ISSN 0326-646X

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

ADHIERE A LOS PRINCIPIOS ETICOS DEL GRUPO HEART

VOLUMEN 39 - SUPLEMENTO 1 2010

SOCIEDADES FEDERADAS

ATLANTICA
ATUEL
BUENOS AIRES
CATAMARCA
CENTRO OESTE DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
COMAHUE
COMODORO RIVADAVIA
CONURBANO SUR
CÓRDOBA
CORRIENTES
CHACO
CHUBUT
ENTRE RÍOS
FORMOSA
JUJUY
LA PAMPA
LA PLATA
LA RIOJA
MENDOZA
MISIONES
NECOCHEA
NEUQUEN Y RÍO NEGRO
NORTE DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
OESTE BONAERENSE
RAFAELA
RÍO GRANDE
ROSARIO
SALTA
SAN JUAN
SAN LUIS
SANTA CRUZ
SANTA FE
SANTIAGO DEL ESTERO
SIERRA Y CENTRO DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
SUR PCIA. DE CÓRDOBA
TUCUMÁN
VENADO TUERTO Y SUR DE SANTA FE

DELEGACIONES

CAÑADA DE GOMEZ
CASILDA
CENTRO SUR DE CORRIENTES
CONCORDIA
GOYA
GUALEGUAYCHÚ
NORESTE DE CÓRDOBA
ROQUE SAENZ PEÑA
SURESTE DE CORDOBA
TARTAGAL
VILLA MARÍA

XXVIII Congreso Nacional de Cardiología

22 al 24 de mayo de 2010
Metropolitano Centro de Convenciones, Rosario

RESÚMENES DE TEMAS LIBRES

Fundación Centro Diagnóstico Nuclear

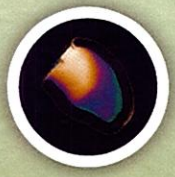
PET/CT en Cardiología

El diagnóstico cardiológico cuenta ahora con una tecnología de punta que permite realizar estudios únicos mediante el uso del radiofármaco indicado (**N-13 Amonio** y **FDG**).

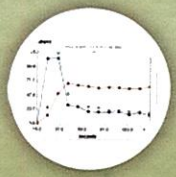
Perfusión miocárdica



Función Ventricular



Reserva Coronaria



Viabilidad Miocárdica



Fusión Multimodal



Nazca 3449 - C1417CVE - Ciudad de Buenos Aires - Argentina | Teléfono y fax (rotativas)
54.11.4501.4554 - info@fcdn.org.ar - www.fcdn.org.ar - www.mejorsalud.org.ar

IRAM
GESTION DE LA CALIDAD

Rev Fed Arg Cardiol
ISSN 0326-646X

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Volumen 39
Suplemento 1

AUTORIDADES DE LA REVISTA

Editor Jefe
HECTOR LUCIARDI

Editores Asociados
DANIEL PISKORZ, LUIS GUZMAN

Editores Consultores
GIANNI TOGNONI, JUAN BADIMON

COMITE EDITORIAL NACIONAL

LUIS AGUINAGA (Tucumán)
RAUL ALTMAN (Buenos Aires)
CARLOS BAUDINO (Córdoba)
CARLOS BECKER (Santa Fe)
JUAN BELOSCAR (Rosario)
MARIO BENDERSKY (Córdoba)
SOFIA BERMAN (Tucumán)
JULIO BONO (Córdoba)
RAUL BREGLIA (Córdoba)
EDMUNDO CABRERA FISCHER (B. Aires)
RODOLFO CALVO (Mendoza)
HORACIO CINGOLANI (La Plata)
EDUARDO CONCI (Córdoba)
DANIEL CORSIGLIA (La Plata)
CARLOS CUNEO (Salta)
SERGIO CHAIN (Tucumán)
NESTOR DE GENNARO (Rosario)
LUIS DE LA FUENTE (Buenos Aires)
JULIO DE LA RIVA (Córdoba)
FERNANDO DE LA SERNA (Tucumán)
RAFAEL DIAZ (Rosario)
ADRIAN D'OVIDIO (San Juan)
EDUARDO ESCUDERO (La Plata)
FERNANDO FACCIO (Santa Fe)
EDUARDO FARIAS (Corrientes)
GABRIELA FELDMAN (Tucumán)
FRANCISCO FEMENIA (Mendoza)
ARTURO FERNANDEZ MURGA (Tucumán)
JOAQUIN GARCIA (Corrientes)
JORGE GARGUICHEVICH (Rosario)
FLORENCIO GAROFALO (Rosario)
ENRIQUE GURFINKEL (Buenos Aires)
SERGIO HAUAD (Tucumán)
RAMON N. HERRERA (Tucumán)
EMILIO KUSCHNIR (Córdoba)
JUAN C. LINARES CASAS (Rosario)
LILIA LOBO MARQUEZ (Tucumán)
ROBERTO LOMBARDO (Entre Ríos)
HUGO LONDERO (Córdoba)
RICARDO LOPEZ SANTI (La Plata)
JORGE LOPEZ SOSA (Salta)
ALBERTO LORENZATTI (Córdoba)
STELLA MACIN (Corrientes)
FELIPE MARTINEZ (Córdoba)
JOSE MILEI (Buenos Aires)
JUAN MUNTANER (Tucumán)
RICARDO OBREGON (Corrientes)
MARCELO ORIAS (Córdoba)
RAUL ORTEGO (Mendoza)
ARMANDO PACHER (Entre Ríos)
ERNESTO PAOLASSO (Rosario)
JORGE PASCA (Buenos Aires)
SERGIO PERRONE (Buenos Aires)
RICARDO PICHEL (Buenos Aires)
DANIEL PISKORZ (Rosario)
JUAN PLASTINO (La Plata)
ADOLFO POLICHE (Tucumán)
DOMINGO POZZER (Corrientes)
ALDO PRADO (Tucumán)
HUGO RAMOS (Córdoba)
JOSE L. RAMOS (Rosario)
OSVALDO ROBIOLO (Rosario)
ALBERTO ROBREDO (Salta)
RICARDO RONDEROS (La Plata)
JOSE SALA (Córdoba)
ALBERTO SAMPAOLESI (Córdoba)
FELIPE SOMOZA (Córdoba)
WALTER STOERMANN (San Juan)
EDUARDO VALEFF (La Plata)

COMITE EDITORIAL INTERNACIONAL

JUAN BADIMON (USA)
JOSEP BRUGADA (España)
ALAIN CARPENTIER (Francia)
JUAN CHACHQUES (Francia)
MARIO CAZZANIGA (España)
COSTANTINO COSTANTINI (Brasil)
ADOLFO DE BOLD (Canadá)
MARCELO DI CARLI (USA)
EDGARDO ESCOBAR (Chile)
VALENTIN FUSTER (USA)
MARIO GARCIA (USA)
MARIO GONZALEZ (USA)
MAGDA HERAS (España)
ROBERT LANG (USA)
RADI MACRUZ (Brasil)
CARLOS MARTINEZ SANCHEZ (México)
NATESA PANDIAN (USA)
LEONARD REISEN (Israel)
ALFREDO ROMERO DAVALOS (Bolivia)
DAVID RUSH (Canadá)
JULIO SANDOVAL ZARATE (México)
GIANNI TOGNONI (Italia)
HECTOR VENTURA (USA)
RAUL WEISS (USA)

Propiedad Intelectual Nº 157282
Dirección Postal: Bulnes 1004, 1176 Buenos Aires, Argentina.
Gerencia Editorial: Bulnes 1004, 1176 Buenos Aires, Argentina. Telefax (011) 4866-5910 y (011) 4862 0935
e-mails: **Editorial FAC**: edifac@fac.org.ar - **Editor de la Revista**: luciardi@fac.org.ar - **Internet**: http://www.fac.org.ar
Producción gráfica y editorial: Eduardo Stilman y Beatriz Favieri: stilman@fac.org.ar
Sede de la FAC: Bulnes 1004. (1176) Buenos Aires - Tel. 54-11-48665910 / 54-11-48620935 - e-mail: mesadirectiva@fac.org.ar
Tirada de esta edición: 5.000 ejemplares
Prohibida la reproducción total o parcial salvo autorización expresa de la Dirección de la Revista

Rev Fed Arg Cardiol
ISSN 0326-646X

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Volumen 39
Suplemento 1

FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA (FAC)

MESA DIRECTIVA 2010

Presidente
DOMINGO LUIS POZZER
Vicepresidente 1°
RICARDO LOPEZ SANTI
Vicepresidente 2°
WALTER STOERMANN
Secretario
EDGAR H. GARCIA
Prosecretario
JORGE CAMILLETTI
Tesorero
RAUL ROMERO
Protesorero
FEDERICO GIACHELLO
Vocales
EDUARDO PERNA
ALEJANDRO AMARILLA
MIGUEL ABBATE
GUSTAVO RUFINO
Asesores
GUSTAVO CEREZO
JULIO VALLEJOS
IGNACIO REYES
EDUARDO FARIAS

SECRETARIAS CIENTIFICAS

Secretaria Comités Científicos y Consensos Institucionales
Area Comités Científicos
EDUARDO BIASIN
Area Consensos Institucionales
SERGIO HAUAD
Secretaría de Docencia
EDUARDO ESCUDERO
Secretaría de Etica
DANIEL PERONI
Eventos Científicos
JOSE SALA
LADISLAO ENDREI
JUAN PLASTINO
SILVIA NANFARA
Informática Médica
ARMANDO PACHER
Planeamiento y Capacitación en Gestión
RICARDO LOPEZ SANTI
EDUARDO VALEFF
JORGE CAMILLETTI
Investigación Básica y Clínica
NESTOR VITA
Comités Ciencias Básicas
ELENA LESCANO
Comités de Investigación Clínica
NORA VAINSTEIN
DANIEL PISKORZ
HORACIO SESSA
GUSTAVO CEREZO
Desarrollo de la Red Nacional de RCP
DANIEL CORSIGLIA

COMITES DE SUBESPECIALIDADES (Presidentes)

Arritmias
LUIS AGUINAGA
Bioingeniería
NORBERTO LERENDEGUI
Cardiología Aeroespacial
VICENTE CIANCIO
Cardiología del Ejercicio
ROQUE GONZALEZ
Cardiología Intervencionista
ANIBAL DAMONTE
Cardiología Nuclear
GUSTAVO OJEDA
Cardiología Pediátrica
ARTURO GOMEZ BORUS
Cardiopatía Isquémica
ORLANDO CARUSO
Cirugía Cardiovascular
WALTER QUIROGA CASTRO
MARCELO JOSE FIGUEROA
Ecocardiografía
JORGE TAZAR
Emergencia Cardiovascular
LILIANA ROCAMORA
Enfermedad de Chagas
HUGO MUJICA
Enfermedad Cardiovascular de la Mujer Adulta
MARCELA ALMAGRO
Epidemiología y Prevención
GUSTAVO CEREZO
Hipertensión Arterial
CARLOS SECOTARO
Insuficiencia Cardíaca
FABIAN DIEZ
Miocardiopatías
CARLOS DUMONT DUYANEVICH
Recuperación Cardiovascular
MARCELO FIGUEROA
Stroke y Medicina Vascular
CARLOS CIANCAGLINI
Técnicos y Enfermeros en Cardiología
PATRICIA PEREZ

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

ARBITROS TEMAS LIBRES

Dr. Luis Aguinaga
Dr. Eduardo Allegrini
Dr. Mario Argüello
Dr. Víctor Hugo Arja
Dra. María Rosa Aymat
Dr. Mario Bendersky
Dra. Sofía Berman
Dr. Eduardo Biasín
Dr. Julio Bono
Dr. Oscar Bottasso
Dr. Claudio Burgos
Dr. Gustavo Bustamante Labarta
Dr. Luis Cartasegna
Dr. Ricardo Castro
Dr. Gustavo Cerezo
Dr. Miguel Angel Chiappe
Dr. Claudio Cigalini
Dr. Juan Pablo Cimbaro Canela
Dr. Roberto Colque
Dr. Diómedes Cornelli
Dr. Pedro Corvalán
Dr. Guillermo Covelli
Dr. Carlos Cúneo
Dr. Adrián D´Ovidio
Dr. José De Rosa
Dra. Mildren Del Sueldo
Dr. Ariel Dogliotti
Dr. Diego Echazarreta
Dr. Eduardo Escudero
Dr. Adolfo Gambarte
Dr. Ricardo Gelpi
Dr. Roque González
Dra. Narcisa Gutiérrez
Dr. Víctor Hasbani
Dr. Roberto Ingaramo
Dr. Jorge Alberto Manuel Iravedra
Dr. Hugo Lastiri
Dr. Norberto Lerendegui
Dra. Lilia Lobos Márquez
Dr. Jorge López
Dr. Ricardo López Santi
Dr. Alberto Lorenzatti
Dra. Stella Macín
Dr. Carlos Mackey
Dr. Daniel Mackinon
Dr. Isabel Masuda
Dra. Alicia Matiazzi
Dr. Guillermo Moisés Azize
Dra. Analía Molteni
Dr. Oscar Mordini
Dr. Javier Nuñez Burgos
Dr. Andrés Orlandini
Dr. Raúl Ortego
Dr. Jorge Pasca
Dr. Gustavo Pereiro
Dr. Eduardo Perna
Dr. Sergio Perrone
Dr. Juan Plastino
Dr. Domingo Poseer
Dr. Ricardo Rasmussen
Dr. Juan Carlos Rivas
Dr. Pablo Rodenas
Dr. Alberto Robredo
Dr. José San Damasso
Dr. Jorge Sanagua
Dr. Osvaldo Sánchez
Dr. Carlos Secotaro
Dr. José Luis Serra
Dr. Bernardo Spitz
Dr. Francisco José Sosa
Dr. Miguel Tibaldi
Dr. Eduardo Valeff
Dr. José Luis Velarde Mariscal
Dr. José Vicario
Dr. Jorge Villariño
Dra. Judith Zilberman
Dr. Roberto Zulaica

JURADOS PREMIOS Y SUBSIDIOS

Dr. Carlos Becker
Dr. Horacio Cingolani
Dr. Carlos Cúneo
Dr. Alberto Enrique D´Ottavio
Dr. Ladislao Endrei
Dr. Luis Guzmán
Dr. Sergio Hauad
Dr. Emilio Kuschnir
Dr. Fernando De La Serna
Dr. Ricardo López Santi
Dr. Héctor Luciardi
Dr. Felipe Martínez
Dr. Raúl Ortego
Dr. Armando Pacher
Dra. Susana Perrone
Dr. Juan Plastino
Dr. Amira Ponce Zumino
Dr. Ricardo Ronderos
Dr. José Sala
Dr. Néstor Vita

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

INDICE GENERAL

1. SECCIÓN PARA TEMAS LIBRES NOMINADOS A PREMIO FAC AL "MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA" Pág 5

2. SECCIÓN PARA TEMAS LIBRES NOMINADOS A PREMIO FAC AL "MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA" Pág 8

3. SECCIÓN PARA TEMA LIBRES NOMINADOS AL PREMIO FAC AL "MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REALIZADO POR RESIDENTES" Pág 10

4. SECCIÓN PARA TEMAS LIBRES CON PRESENTACIÓN ORAL Pág 12

5. SECCIÓN PARA TEMAS LIBRES PREFERIDOS CON PRESENTACIÓN PÓSTER DIGITAL Pág 24

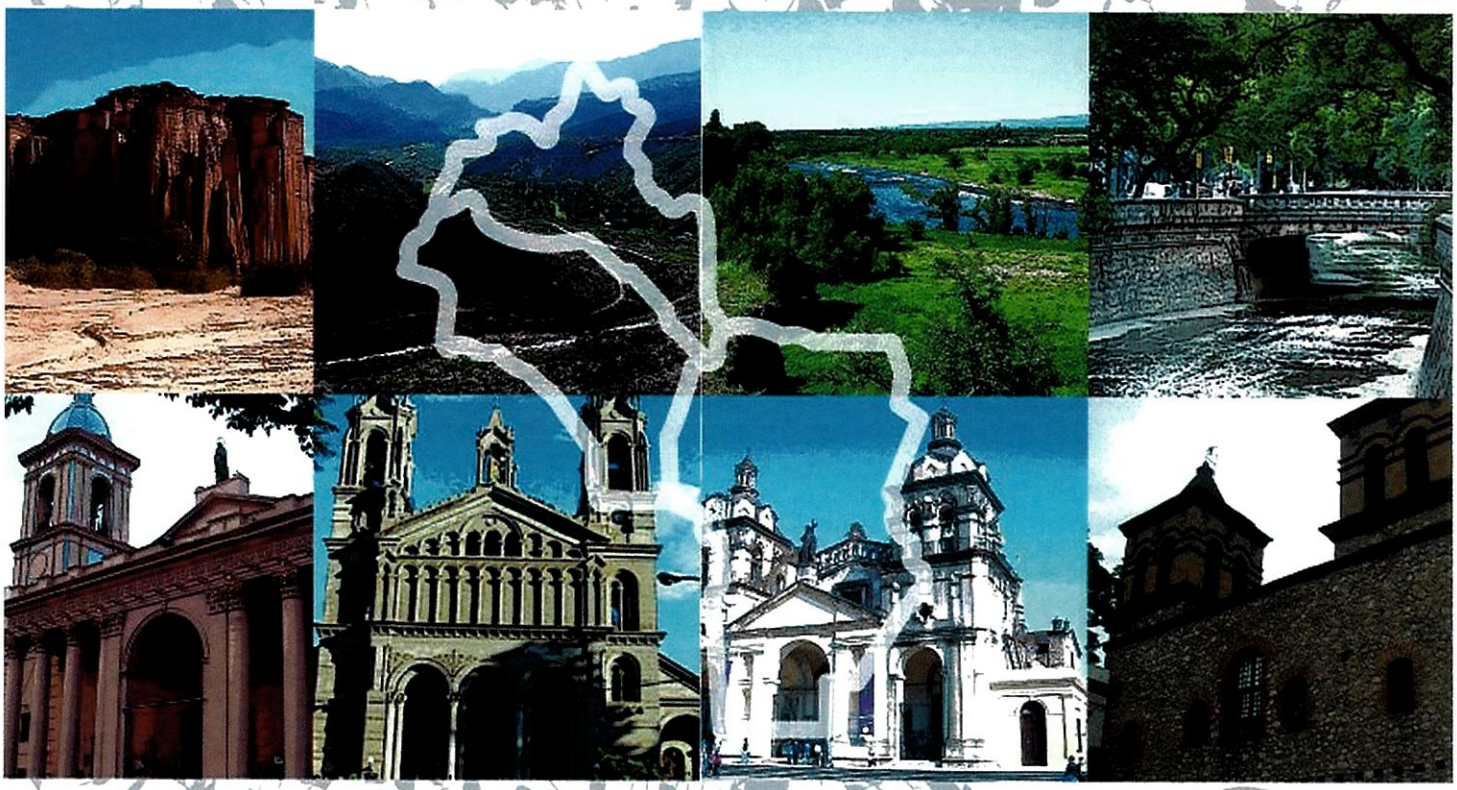
6. SECCIÓN PARA TEMAS LIBRES CON PRESENTACIÓN PÓSTER DIGITAL Pág 27

7. INDICE TEMÁTICO Pág 57

8. INDICE DE AUTORES Pág 58

9. INDICE DE INSTITUCIONES Pág 62

10. CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE TEMAS LIBRES Pág 66



2011

XXIX
Congreso Nacional de Cardiología

REGION CENTRO - CÓRDOBA - ARGENTINA

26 al 28 de Mayo, 2011

www.fac.org.ar

Este Congreso es

AREACARDIOPROTEGIDA

Certificada por la

FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

de acuerdo a las normas establecidas por el

Programa Integrado de Cardio-Asistencia para la prevención de la muerte súbita cardíaca

AREACARDIOPROTEGIDA

001 Score de Calcio Coronario en Individuos con Historia Familiar de Enfermedad Coronaria Precoz

Courtis, J; Centeno, S; Lucino, S
Cardiología, Departamento de Imágenes, Instituto Oulton, Córdoba, Córdoba, Argentina / Imágenes, Departamento Imágenes, Instituto Oulton, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción y objetivos. El score de calcio coronario (SCC) se correlaciona fuertemente con el desarrollo de eventos cardiovasculares a largo plazo pero poco se sabe sobre el comportamiento de la calcificación coronaria en individuos con historia familiar de enfermedad coronaria precoz (HFECP); nuestro objetivo fue evaluar el SCC en estos sujetos.
Métodos. Se seleccionaron 146 individuos consecutivos sin enfermedad coronaria previa a los cuales se les realizó un SCC a través de la tomografía computada multidetectores. Se analizó a la población entera dividiéndola en aquellos con y sin HFECP y posteriormente se evaluó sólo a los sujetos con score de Framingham bajo. La variable historia familiar fue obtenida por interrogatorio directo y la cantidad de calcio coronario obtenido por el SCC fue el punto final de evaluación.
Resultados. Al comparar aquellos sujetos con (n=36) y sin HFECP (n=110) no se encontraron diferencias clínicas entre ambos grupos excepto que los primeros tomaban más estatinas, 44% vs. 24% respectivamente (P=0.03). Los individuos con HFECP presentaron un valor absoluto de SCC (expresado como mediana) mayor que el otro grupo, por método de Agatston 98 vs. 16.5 (P=0.01) y por volumen 95 vs. 17 (P=0.01) respectivamente. Además, una mayor cantidad de estos sujetos se encontraban en un percentil >75% (42% vs. 22%, P=0.02) y tenían un valor absoluto de SCC >100 (50% vs. 30%, P=0.04). Al analizar sólo a aquellos con score de riesgo de Framingham (SRF) bajo (n=84), los individuos con HFECP (n=23) también presentaban un mayor valor absoluto del SCC (expresado como mediana) en comparación con los sujetos sin estos antecedentes familiares (48 vs. 0 respectivamente, P=0.0005).
Conclusiones. Los individuos con HFECP, aún aquellos con un SRF bajo, presentan un mayor score de calcio coronario que aquellos sin este antecedente familiar.

006 Trombofilias Hereditarias en Pacientes con Síndrome Antifosfolipido

Lema, L; Serra, C; Tibaldi, M; Saurit, V; Caeiro, F; Sanchez, A; Peano, N; Alvarellos, A; Alvarellos, T; Alba, P
Cardiología, Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Reumatología, Inmunología, Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina / Reumatología, Clínica Médica, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Las enfermedades trombóticas son una de las principales causas de morbi mortalidad. El origen es multifactorial. El factor V Leiden (FVL) y la mutación de la protrombina 20210A (PRT) son los factores hereditarios más frecuentes con una prevalencia en la población general de 5% para el FVL y del 1-2% para PTR. Entre las trombofilias adquiridas, los anticuerpos antifosfolipidos han sido implicados como uno de los factores protrombóticos de mayor relevancia.
Objetivo: Evaluar la prevalencia de factor V Leiden y mutación de la protrombina 20210A en p con Síndrome antifosfolípido (SAF) y asociar su presencia con eventos trombóticos recurrentes (ETR) durante el seguimiento.
Métodos: Se estudiaron 45 pacientes con diagnóstico de SAF a los que se les evaluó factor V Leiden y mutación protrombina 20210A. Se valoró recurrencia de trombosis durante un periodo de 40.4 meses (12-132) comparando la población con y sin trombofilia hereditaria. Análisis Estadístico: Se utilizó el test de Chi2 para variables categóricas. Los datos fueron analizados con el software INFOSTAT
Resultados: 31 p (69%) eran mujeres. La edad media fue de 42.1 años (22-68). 30/45 (66.6%) p tenían SAF primario, el resto tenían SAF asociado a LES. En 36/45 (80%), el SAF fue por compromiso trombótico y en 9/45 (20%) obstétrico. En 16/45 (35%) p se encontró alguna de las trombofilias hereditarias. FVL en 12 (26.6%) y PRT en 4 (8%).La recurrencia trombótica se observó en 11p (24.4%), No se encontró asociación con los factores de riesgo clásicos para trombosis y los ETR. 10/11 (90.9%) pacientes con ETR tenían una de las trombofilias hereditarias (p<0.0001) y 4/11(36.6%) p tenían antecedentes trombóticos previos (p<0.02)
Conclusión: La prevalencia de trombofilias hereditarias fue mayor en pacientes con SAF comparada a la población general. La recurrencia de eventos trombóticos estuvo asociado significativamente a la presencia de trombofilias hereditarias y a los antecedentes trombóticos previos.

072 Impacto de la Menopausia sobre la Prevalencia del Síndrome Metabólico y sus Componentes

Del Sueldo, M; Zilberman, J; Vainstein, N; Cerezo, G; Carasa, M; Castellino, S; Vicario, A
Investigación, Grupo Certus, Villa María, Córdoba, Argentina / Programa Corazón Sano, Consejo Municipal de Salud, Municipalidad, Villa María, Córdoba, Argentina

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en la mujer (mj). El síndrome metabólico (SM) es un factor de riesgo (FR) para ECV. Su prevalencia incrementa desde la pre menopausia a la menopausia (MNP) independiente de la edad. No hay estudios locales que analicen la prevalencia del SM y la frecuencia de sus componentes en el estado MNP.
Objetivo: Evaluar la prevalencia del SM y sus componentes en la mj MNP.
Métodos: estudio de corte transversal, 1011 mj (18-85 años) evaluadas durante 2007 y 2008 pertenecientes al Programa "Corazón Sano" de Villa María, Córdoba. Médicos entrenados administraron una encuesta sobre FR cardiovascular. Se midió la presión arterial (PA) y el perímetro de cintura (PC). Los lípidos y la glucemia (Glu) fueron determinadas en una muestra de sangre en ayunas. Se definió: MNP=amenorrea ≥ 1 año y SM según AHA´05. Se uso test de Student y Chi².
Resultados: Se dividió la población en 2 grupos: Grupo 1 (G1) MNP (n=643), grupo 2 (G2) no-MNP (n=368). La prevalencia de SM total fue 26,5% y por grupo: G1:35.0%, G2:10,9% (p=0.0001). Los valores medios de los componentes del SM no mostraron diferencias significativas entre G1 vs G2: triglicéridos (TG)=213±0.68 vs 212±65mg/dl; HDL=42±5 vs 41±5 mg/dl; Glu=142±54 vs 94±92 mg/dl; PC=104±10 vs 03±11cm; PA=49,2±18/93,7±8 vs 43,5±16/90,8±5 mmHg. La prevalencia de los componentes del SM en G1 y G2 fue:

	MNP (%)	no-MNP (%)	p
PC	96.5	97.5	ns
PAS	87.3	67.5	0,004
PAD	43.0	42.5	ns
TG	65.4	67.5	ns
HDL	60.1	90.0	<0,001
Gluc	31.6	20.0	ns

Conclusiones: 1) El SM fue más prevalente en la MNP, 2) el PC fue el componente mas prevalente en ambos grupos, 3) HDL bajo fue más prevalente en las no-MNP y la PAS en las MNP. 4) en esta muestra la prevalencia del SM fue condicionado por la MNP con diferencia en los componentes según la condición MNP/no-MNP, aunque los componentes no mostraron mayor severidad.

077 Prevalencia y Pronóstico de Enfermedad Vascular del Injerto en el Post Trasplante Cardiaco

Ratto, R; Favaloro, L; Diez, M; Peradejordi, M; Bertolotti, A; Huerta, C; Rojo, A; Lev, G; Valdivieso, L; Favaloro, RR
Transplante Intratorácico, Transplante Intratoracico, Hospital Universitario-Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Cirugía Cardiotorácica, Transplante Intratorácico, Hospital Universitario-Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Cardiología Intervencionista, Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario-Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina

Introducción La enfermedad vascular del injerto (EVI) es una forma acelerada de hiperplasia intimal de las coronarias y una de las principales causas de morbimortalidad en el transplante cardiaco (TC) alejado. Las opciones terapéuticas son limitadas.
Objetivo: Evaluar la prevalencia de EVI en un grupo de pacientes (P) TC en un único centro, el tratamiento y su pronóstico.
Material y Métodos: Desde 01/02/93 al 31/12/09 se analizaron retrospectivamente 335 TC. El diagnóstico (dx) de EVI se realizó con cinecoronariografia (CCG) y ultrasonografía intravascular (IVUS) inicialmente a P de 3 años o más del post TC o por sospecha clínica. Desde el 2004 se realizó a todos los P a 12 meses del TC. El criterio dx EVI fue el hallazgo de proliferación intimal ≥5 mm (IVUS) o lesiones estenóticas ≥ 50% (CCG) Se realizaron 259 estudios hemodinámicos en 175 P. Todos los P recibieron AAS y estatinas y al momento de dx de EVI se inició I-TOR. Aquellos P con lesión estenótica significativa y pasibles de angioplastia se realizó angioplastia trasluminal coronaria (PTCA).
Resultados: Edad promedio P 45±15 años, hombres 68% (122/175) Edad promedio donante 26±9 años, hombres 86% (151/175). No se analizaron a los P que fallecieron en el 1° año post TC (66P), ClCr <30ml/min y 24 P perdidos en el seguimiento. La prevalencia de EVI fue 63% (111/175): leve 48%; moderada 8%; severa 7%. El tiempo promedio de dx fue 5,2±3 años, la incidencia a 2, 5 y 7 años fue del 14%,47% y 66% respectivamente. Se realizaron 16 procedimientos de PTCA en 13P, en 9 con stent liberador de droga y en 7 stent convencional. Se realizó una Cirugía de revascularización y un reTC por enfermedad coronaria y deterioro severo de la función ventricular. La mortalidad fue en 6P/111P (5.4%) con EVI.
Conclusiones: En nuestra población la prevalencia de EVI fue 63% siendo leve 48%. Se requirió revascularización o reTC en 8.5%P (15/111). El método de revascularización de elección fue la PTCA en P con función ventricular conservada .La mortalidad fue del 5.4%.

087 Cirugía Cardiaca en Octogenarios - Nuestra Experiencia Análisis de 69 Casos

Quiroga Castro, W; Conci, E; Chiappe, M; Zelaya, F; Canestri, A; Alvarez, E; Tescione, S; Sala, J; Serra, C; Balestrini, C
Cirugía Cardiovascular, Cirugía Cardiovascular, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Terapia Intensiva, Terapia Intensiva, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología Clínica, Cardiología Clínica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El aumento de la expectativa de vida en la población ha producido un aumento en la Cirugía Cardíaca (c.c) en pacientes (p.) octogenarios, esta es nuestra experiencia.
Objetivos: Evaluar los resultados de C.C. en p. octogenarios, compararlas con cifras internacionales, identificar complicaciones habituales y predictores de riesgo.
Material y Métodos: En nuestra Institución se han realizado > 6200 C.C. y de las cuales 69 p. (1,1%) fueron en octogenarios, se evaluaron > de 40 variables clínicas perioperatorias y la evolución intrahospitalaria.
Resultados: Se operaron 69 p. Edad promedio (pr): 82 años (rango 80-90). Sexo Masculino 55% Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM): 37 p (53%) Cirugía Valvular (CV): 19 p (23%) Cirugía Combinada (CCO): 10 p. (14%) Cirugía Ruptura Ventricular CRV: 1 p (1%) CRM con Plástica Ventricular 2 p (3%) Score de Higgins (pr): 6,33 (2-15) Parsonet: 27 (13-66). Fracción de Eyección (pr): 48 %. Clase funcional IV: 41p (68 %) Clase III: 10 p. (17%) Posoperatorio: Mortalidad Intrahospitalaria 6 p. (8,7%). C.R.M.: 4 p (11%) C.V.:1p (3,5%) C.C.O.: 0p. (0%) C.R.V. 1 p. (100%) Balón de Contrapulsación Aórtico (bcao): 14 p (21%) Circulación Extracorpórea en CRM: 24 p. (72%) Fibrilación Auricular: 28 p. (57%) - Bradicardias con necesidad de Marcapasos 14 p. (23 %) - Arritmias ventriculares 12 p (18%) Reoperación por sangrado: 6 p. (9%). Disfunción Renal: 18 p (31%) - Infecciones Graves 7 p. (11%) - Accidente Cerebrovascular Tipo I 1 p. (1,6%) - Días de internación (pr): 11,5 días. El bcao fue asociada a mayor mortalidad p < 0,01- OR: 6,93 IC 95% (1,5 - 32).
Conclusión: La C.C. en octogenarios se puede realizar con cifras de mortalidad aceptables, similares a la bibliografía internacional. La Morbilidad es alta; Fibrilación Auricular, Disfunción Renal y la necesidad de Marcapaseo son frecuentes. El uso de Bcao fue predictor de mayor mortalidad.

124 Impacto de Tres Modalidades Diferentes de Ejercicio Físico sobre el Tejido Adiposo Visceral en Mujeres con Síndrome Metabólico

Vainstein, N; del Sueldo, M; Iglesias, D; Carasa, M; Paganini, M; Castellino, S; Zilberman, J; Vicario, A; Cerezo, G
Federación Argentina de Cardiología, Comité de Epidemiología y CV, Sociedad Cardiología de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina / Investigación, Grupo Certus, Villa Maria, Córdoba, Argentina

Antecedentes: El síndrome metabólico (SM) incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes tipo 2 (DM2). En las mujeres (mj) el SM incrementa el riesgo de ECV 5 veces más que en el hombre. Existe evidencia que los cambios en el estilo de vida, reducción del peso corporal y la actividad física, reducen el riesgo de DM2. Se desconoce si las diferentes modalidades de ejercicio (ME) son igualmente efectivas en las mj.
Objetivo: Evaluar el impacto de tres diferentes ME en mj con SM.
Métodos: Estudio prospectivo (6 meses) en una muestra de 43 mj con SM (según AHA 05). Las mj fueron randomizadas a 3 modalidades de ejercicio: aeróbico (Ae), resistencia (Rs) o flexibilidad (Fl). La frecuencia e intensidad de ejercicio se incremento progresivamente hasta sesiones de 60 min/5 veces por semana. Se midió consumo de O2 (VO2max), fuerza muscular (1-RM), perfil lipídico, marcadores inflamatorios, grasa visceral (GV) por tomografía (TC) y perímetro de cintura (PC), basal y 6 meses.
Resultados: Valores basales (medias): edad 54.7±8.4 años, PAS 136.5±7.5, PAD 85.2±9.7 mmHg, peso 76.4±9.6 kg, perímetro de cintura (PC) 99.9±8.5 cm. No hubo diferencias basales entre grupos. Solo el PC mostró una reducción significativa (basal 99.9±8.5 vs pos-intervención 97.6±8.1cm, p=0.018) si se comparan en conjunto todos los grupos. En el análisis por grupo esta reducción se observó solo en el grupo Ae (PC 96.8±8.1 vs 94.6±8cm p=0.026). Igual cambió se observó en la GV. El ejercicio Ae mejoró el VO2max (24,9±5,1 vs pos 27,7±5,4 ml/kg/min, p=0,019). El entrenamiento (En) muscular mejoró la fuerza de brazos y pectorales, no de piernas 1-RM (kg) Biceps: basal 17.0±2,7 pos-Ent 18,7±3,0, p=0,019, 1-RM Pectoral: basal 28,8±4,6 vs pos-Ent 33,7±4,1, p=0,004 y 1-MR cuádriceps: basal 36,0±10,2 vs pos-Ent 37,3±11,3, p=ns. Solo el TNF mostró un incremento significativo.
Conclusión: Nuestro estudio sugiere que el ejercicio Ae es más útil que el de Rs y Fl para reducir la GV medida por PC y TC.

136 Disfunción Renal en Insuficiencia Cardíaca: Comparación de Diferentes Instrumentos para su Identificación en el Registro Hospical

Coronel, ML; Perna, ER; Reyes, ML; Echeverria, F; Lobo Márquez, LL; Cimbaro Canella, JP; Diez, F; Colque, RM; Poy, C; Perrone, SV
Insuficiencia Cardiaca, Comité de Insuficiencia Cardiaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo. Evaluar la prevalencia de las alteraciones de la función renal en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) y comparar diferentes fórmulas para determinar la tasa de filtrado glomerular (TFG).
Método. Se incluyeron en este análisis retrospectivo 1792 pacientes con ICC incluidos en el Registro Hospical II con disponibilidad de creatinina sérica. Se estimó el aclaramiento de creatinina (ClCr) por medio de la fórmula de Cockcroft-Gault y la TFG por la de MDRD. El ClCr corregido por superficie corporal fue calculado (ClCrSC).
Resultados. La edad media de la población fue de 72±12 años, 54% fue de sexo masculino y 42% de etiología isquémica. La media y mediana de creatinina fueron: 1,27±0,44 y 1,20 (intervalo intercuartilo 25 - 75% [IIC]: 1,00 - 1,40) mg/dl, y de urea 48,34±19,93 g/l y 45,00 (37,00 - 55,00), respectivamente. Las medias y mediana para las estimaciones renales fueron: ClCr 61,40±30,49 y 55,59 (41,77 - 74,01) ml/min, TFG 59,07 ±26,18 y 55,12 (43,83 - 68,84) ml/min/1,73m2, ClCrSC 56,23±25,02 y 52,26 (40,49 - 66,75). La correlación (Rho de Spearman) del ClCr con TFG fue 0,80 (p<0,001) y con ClCrSC 0,97 (p<0,001). La disminución de la función renal fue clasificada como Etapa 1 (> 90ml/min/1,73 m2), 2 (89 - 60), 3 (59 - 30), 4 (29 - 15) y 5 (< 15) y la proporción según ClCr fue 13,3; 30,5; 47,8; 7,7 y 0,7% y según TFG 6,6; 34,1; 55,3; 3,7 y 0,3%, con un coeficiente kappa de concordancia de 0,47 (p<0,001).
Conclusión. La función renal se encontró anormal en más de la mitad de los pacientes con ICC, con un valor promedio de ClCr y TFG bajo. La aplicación de diferentes fórmulas derivó en una estimación distinta de estas anormalidades, con una buena correlación entre ellas, pero una concordancia pobre en la clasificación de la severidad del deterioro renal.

146 Rol Pronóstico de los Biomarcadores en el Edema Agudo de Pulmón con Función Ventricular Conservada. Subanálisis del Estudio CIAST-HF

Perna, ER; Coronel, ML; Alvarez, OD; Macin, SM; Cimbaro Canella, JP; Aspramonte, N; Di Tano, G; Milani, L; Milli, M; Valle, R
Insuficiencia Cardiaca, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Heart Failure Unit, Ospedale Civile, Chioggia, Venecia, Italia / Heart failure Unit, Ospedale Santo Spirito, Roma, Roma, Italia

Objetivo: Evaluar el rol pronóstico de la troponina T (TnT) y péptidos natriuréticos (PN) en pacientes con edema agudo de pulmón (EAP) y función sistólica conservada (fracción de eyección del VI ≥40%, FSC).
Método: Estudio colaborativo, multicéntrico, retrospectivo que incluyó 182 sujetos hospitalizados por EAP con FSC. Se determinaron TnT (3 generación, Roche), NT-proBNP (Roche) (N=10) y BNP (Biosite) (n=172).
Resultados: La edad fue 78±9 años, 48% varones y 39% con etiología isquémica. La incidencia de eventos a 6 meses (rehospitalización por ICD o muerte) fue 31%. El área bajo curva ROC para predecir eventos de TnT, NT-proBNP y BNP fue 0.67, 0.84 y 0.68, y los puntos de corte fueron ≥0.030 ng/mL, ≥3000 pg/mL y ≥480 pg/mL, respectivamente. De acuerdo a ello, la población se clasificó como TnT (+) o (-) y PN (+) o (-), con una prevalencia de (+) de 36% y 50%, respectivamente. Los pacientes con eventos fueron de mayor edad (81+-8 vs 77+-9 años, p=0.010), con mayor prevalencia de CF III-IV (43 vs 23%, p=0.008), enfermedad coronaria (50 vs 34%, 0.043), fallo renal crónico (20 vs 8%, 0.023), TnT (+) (57 vs 26%, p<0.0001) y PN (+) (77 vs 37%, p<0.0001). En el modelo de Cox los predictores independientes fueron edad (HR=1.038, IC95%=1.001-1.078, p=0.049), TnT (+) (2.3, 1.3-4.0, p=0.006) y PN (+) (2.9, 1.5-5.7, 0.002). La supervivencia sin readmisión por ICD fue 90% en pacientes con ambos (-), 68% con sólo TnT (+), 61% con sólo PN (+) y 44% con TnT (+) y PN (+) (p<0.00001). Comparado con aquellos con ambos biomarcadores (-), la presencia de uno (+) (TnT o PN) se asoció con un riesgo de 3.5 (IC=1.4-8.5), mientras que ambos (+) aumentó el riesgo 7.3 veces (IC=3.0-18.2).
Conclusión: TnT y PN son predictores pronósticos potentes en pacientes con EAP y FSC, demostrando la importancia de dos mecanismos subyacentes en este grupo: daño miocárdico y sobrecarga del VI. El uso combinado mejoró la estratificación de riesgo.

160 El Valor de los Ensayos Clínicos Pequeños en Ausencia de Estudios de Grandes Dimensiones

Dogliotti, A
Cardiología, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: el ensayo clínico aleatorizado (ECA) es el diseño apropiado para evaluar la eficacia de intervenciones terapéuticas o profilácticas; sin embargo con frecuencia hallamos investigaciones con tamaños muestrales inadecuados para el punto final propuesto.
Objetivos: relacionar el tamaño muestral con la magnitud del efecto de distintas intervenciones en medicina cardiovascular.
Material y Métodos: se incluyeron 143 ensayos clínicos aleatorizados integrantes de 9 metaanálisis (ECAma) y 12 ensayos de grandes dimensiones (ECAgd) considerados referentes, publicados con posterioridad al metaanálisis y que respondían a la misma pregunta que los ECAma. Los ECAma se estratificaron según sus tamaños muestrales en: n <= 100; 101 - 1000; 1001 - 10000; y >10000 pacientes. La magnitud del efecto se definió como el odds ratio (OR). Los 12 ECAgd se integraron en un odds ratio único (ORi). El menor y mayor OR de cada estrato se comparó con el ORi obteniéndose las distancias porcentuales.
Resultados: Las distancias entre los estratos 1; 2; 3; 4 y el ORi fueron respectivamente: de 70,96% a 118,27%; 76,34% a 348,38%; 20,43% a 119,35%; y de 16,1% a 12,9%, es decir que la magnitud del efecto de cada ECA se acercó progresivamente hacia la nulidad conforme el incremento del tamaño muestral. Doce ECAma mostraron claro beneficio o perjuicio de la intervención (IC 95% que no cruzaron la nulidad "1"). De ellos, 8 difirieron del ORi más allá del azar (Z >1,96), y 9 del OR de cada ECAgd referente del mismo tópico.
Conclusiones: los ECAs se distancian de la verdadera magnitud del efecto siguiendo un patrón relacionado al tamaño muestral, por lo que no parece prudente sustentar las decisiones exclusivamente en ECAs de tamaño inadecuado aún cuando sean la única evidencia disponible.

165 Implantación Directa de Células Madres Embriofetales en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca. Resultados a Largo Plazo

Benetti, F; Maldonado, T; Peñaherrera, E; Duarte Vera, Y; Geffner, L
Cirugía Cardiaca, Dpto. Investigación Células Madres, Fundación Benetti, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía Cardiaca, Cirugía, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Guayas, Ecuador / Hepatología, Dpto. Células Madres, Instituto de Medicina Regenerativa, Guayaquil, Guayas, Ecuador

Introducción. A pesar de que las células embriofetales tienen una amplia base de investigación básica Esta es la primera experiencia clínica en pacientes con insuf cardiaca.
Objetivo: Este estudio fue realizado para determinar la eficacia y seguridad de las células embriofetales en el tratamiento de pacientes portadores de insuficiencia cardíaca terminal debido a miocardiopatía idiopática.
Material y Métodos: La implantación fue realizada por cirugía cardíaca directa en diez pacientes. Antes y después del procedimiento no se realizaron cambios en la medicación y dosis. Los pacientes fueron monitoreados por la clasificación funcional de la NYHA, el test de tolerancia al ejercicio, la fracción de eyección y el diámetro diastólico por ecocardiografía transtorácica, el test de caminata de 6 minutos y el test de Minnesota.
Resultados: Todos los pacientes sobrevivieron a la operación., a los 40 meses de seguimiento la probabilidad de sobrevida fue del 66% (KM). No se observó ni cáncer ni rechazo. La NYHA decreció de 3.4 +- 0.5 a 1.33 +- 0.5 (P: 0.001). La fracción de eyección se incrementó el 31% de 26,6 +- 4% a 34,8 +- 7,2% (P: 0,005). El test de tolerancia al ejercicio se incrementó 291.3 % en minutos y 128.9% en METS (P<0.0001). El diámetro diastólico decreció un 15% (P<0.001). El test de 6 minutos tuvo un incremento del 43.2% en tiempo (P:0.01) y 64,4% (P:0.004) en distancia. El test de Minnesota decreció de 71 +- 27.3 a 6 +-5.9 (P<0.001).
Conclusión: Este trabajo inicial sugiere que la implantación directa de células embriofetales es segura y mejora la función cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal a 40 meses, Análisis estadistico: Los valores promedios de los parámetros antes y después del procedimiento fueron comparados usando paired t-tests (primer program) y Kaplan y Meier para sobrevida.

172 Conversión de Inhibidores de la Calcineurina a Sirolimus en Pacientes Trasplantados Cardiacos

Buchanan, J; Nievas, P; Suárez, ML; Moreno, P; Pieroni, M; García Brasca, D; Martellotto, R
Area Trasplante, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Sirolimus (SRL) es un agente inmunosupresor eficaz y una opción terapéutica de rescate en pacientes (p) que desarrollan insuficiencia renal postrasplante cardíaco ortotópico secundario a inhibidores de calcineurina (IC).
Objetivos: Evaluar utilidad y seguridad de SRL como régimen inmunosupresor en pacientes trasplantados cardíacos; analizando la incidencia de rechazo significativo y mejoría de la función renal.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 20p a los que se efectuó trasplante entre setiembre de 2003 y junio de 2008. La edad media fue 56,8 años. Los motivos para la conversión a SRL fueron: deterioro de función renal 12p, rechazo 6p, neoplasias 2p, escasa edad 2p, miolisis 1 p y vasculopatía 1p. La incidencia de rechazo (igual o mayor a G2 según ISHLT) se evaluó mediante la obtención de Biopsias Endomiocárdicas (BEM) y la mejoría de la función renal (aumento del clearence de creatinina (cl) >20%) a los 6 y a los 12 meses pos conversión según fórmula de Cockroft-Gault. El tiempo medio de conversión fue 60 meses (1 a 120 meses). Como método estadístico se utilizó la Prueba T para muestras apareadas del programa InfoStat/L.
Resultados: Se realizaron 70 BEM post conversión, sin presentar rechazo significativo. Además 134 BEM fueron realizadas previo a la conversión objetivándose rechazo significativo en 6p. El cl basal promedio fue de 56,09 ml/min. A los 6 y 12 meses el cl fue de 71,3 ml/min y 70,03 ml/min respectivamente. Los niveles de SRL se mantuvieron entre 5 y 10 ng/ml (6,2ng/ml). Los efectos adversos post conversión fueron, dislipemia en 10p y úlceras orales 5p, sin necesidad de suspensión del SRL.
Conclusión: Conversión a Sirolimus es una estrategia efectiva para mejorar el Filtrado Glomerular en pacientes inmunosuprimidos con Insuficiencia Cardiaca. Es un fármaco seguro y eficaz como inmunosupresor y los efectos adversos son menores.

208 Estimulación Septal Parahisiana. Una Técnica para Evitar la Desincronía. Seguimiento a Largo Plazo

Ortega, D; Barja, L; Montes, JP; Logarzo, E; Mangani, N; Paladino, C; Pellegrino, MG; Turri, D; Hita, A
Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina / Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Clínica San Camilo, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La estimulación cardiaca definitiva en la punta de ventrículo derecho ha demostrado provocar desincronía interventricular y deterioro de la función ventricular por provocación del Bloqueo de rama izquierda, sobre todo en pacientes con QRS angosto. Desde el 2006 nuestro grupo ha desarrollado las técnicas para la estimulación septal parahisiana como sitio alternativo. El objetivo de este estudio fue evaluar la factibilidad del método, complicaciones y efectividad del implante a largo plazo.
Métodos: Se protocolizaron 32 pacientes sintomáticos (p) con ECG con QRS fino, sin trastornos de la conducción intraventricular y con indicación de implante de marcapasos. Edad entre 27 y 72 años. 1 p. bloqueo AV (BAV) congénito, 21p Bradicardia sinusal severa por enfermedad del nódulo sinusal (ENS), 2p con ENS asociado a BAV de 1° grado, 4 p con fibrilación auricular (FA) de baja respuesta ventricular, 1 p con ablación del nodo AV por FA crónica e insuficiencia cardiaca, y 2 p con colocación de CDI con catéter ventricular septal. Se utilizaron sólo catéteres de fijación activa en 3 pacientes, y catéteres y vainas deflectables en 29p. Los implantes fueron monitoreados por ECG. Los umbrales obtenidos en el implante fueron menores a 1 volt y las ondas R medidas fueron mayores a 5 mV.
Resultados: Seguimiento 5-40 meses. El umbral crónico promedio fue de 1,4 volt +/- 1,3 volt, con una onda R promedio de 5 mV +/- 2 mV. El tiempo de implante con los catéteres convencionales fue de 30 min +/- 10 min, y de 18 min +/- 11 min con los catéteres especiales con vaina deflectable. Las complicaciones: 2 desplazamientos, siendo su recolocación efectiva
Conclusiones: Esta técnica es eficaz y rápida no demorando más que una técnica convencional. La estabilidad de los catéteres a largo plazo, los umbrales y su sensado fueron aceptables. Es factible entonces la localización parahisiana, con posibilidad de NO ensanchamiento del QRS, y evitando la desincronía interventricular.

094 Impacto de la Hipertensión Arterial Sistémica en la Estructura del Ventrículo Derecho

Escudero, EM; Pinilla, OA
CIC, Fac. de Cs. Médicas, UNLP, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: los efectos de la sobrecarga de presión por hipertensión arterial en el corazón han sido más estudiados en el ventrículo izquierdo (VI), desconociéndose aspectos del comportamiento del ventrículo derecho (VD). En este estudio se proyecta analizar las características estructurales del VD en un grupo de ratas espontáneamente hipertensas (SHR).
Métodos: se evaluaron 15 ratas macho de 6 meses de edad, 5 controles normotensas Wistar (W), y 10 SHR. Los animales fueron sacrificados, aislando y pesando independientemente el VI y el VD. Se dividió el peso de los mismos por el peso del animal para obtener el índice de masa. Cortes histológicos del VI y VD, fueron teñidos con hematoxilina/eosina para evaluar el diámetro de los miocitos y con Picro sirius red para determinar la concentración de colágeno. Los datos fueron expresados a través de la media y su correspondiente error estándar; utilizando el análisis de varianza para definir la existencia o no de diferencias entre las variables analizadas. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas con valor de $p < 0.05$.
Resultados: los índices de masa ventricular izquierda (IMVI) y derecha (IMVD) fueron mayores en las SHR respecto a las W. (IMVI: SHR 2.76 ± 0.07 mg/g; W 1.59 ± 0.06 mg/g – p<0.01; IMVD SHR: 0.55 ± 0.02 mg/g; W: 0.48 ± 0.02 mg/g – p<0.01). Los diámetros de los miocitos del VI y del VD fueron m –µm; W: 14.21 ± 0.20 µmayores en las SHR (VI SHR: 18.59 ± 0.52 p<m – pµm; W: 14.50 ± 0.20 µ0.01; VD SHR: 17.91 ± 0.28 <0.01). El porcentaje de colágeno intersticial fue mayor en las SHR en ambos ventrículos (VI SHR: 2.94 ± 0.35 %; W: 1.10 ± 0.06 % - p< 0.01; VD SHR: 2.07 ± 0.08 %; W: 1.14 ± 0.05 % - p<0.01).
Conclusión: el VD muestra alteraciones estructurales similares a las encontradas en el VI en respuesta a la hipertensión arterial. La disposición en paralelo de ambos ventrículos permite inferir que los cambios señalados pueden responder a factores no hemodinámicos.

095 Análisis In Vivo e In Vitro de la Función de la Adventicia y su Relación con la Mecánica de Arterias Femorales

Cabrera Fischer, E; Bia Santana, D; Zócalo, Y; Palacios, P; Camus, J; Armentano Feijóo, R
Dinámica Cardiovascular y Asist. Circul., Facultad de Ingeniería y Ciencias Nat., Universidad Favaloro, Buenos Aires, Capital Federal, Argentina / Salud, Investigación Básica, CONICET, Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

Introducción: el rol de la adventicia en la dinámica arterial es importante en estados fisiológicos y patológicos. Sin embargo el monto de su contribución y los mecanismos involucrados en su actividad no han sido totalmente estudiados.
Objetivo: el propósito del estudio fue caracterizar la influencia de la adventicia sobre las propiedades de la pared arterial y la función conducto en arterias femorales.
Material y Métodos: se estudiaron siete arterias femorales ovinas in vivo y otras tantas in vitro. El estudio in vitro se hizo en un simulador hidráulico en condiciones isobáricas, isofrecuenciales y a flujo constante. En todos los experimentos se adquirieron las ondas instantáneas de presión y diámetro arterial femoral, antes y después (diez y 20 minutos) de retirar la adventicia. El Módulo Elástico fue derivado de la relación estrés-deformación arterial. La Función Conducto se calculó como la inversa de la Impedancia Característica.
Resultados: en los estudios in vivo, la remoción de la adventicia determinó una disminución no significativa del diámetro arterial. El Módulo Elástico, el Índice Beta, la Velocidad de la Onda del Pulso, la Compliance y la Distensibilidad arterial en los experimentos in vivo, mostró un significativo incrementeo de la rigidez, tanto en los registros tempranos como tardíos, respecto de las arterias intactas (P<0.05). Estos hallazgos no fueron observados en estudios vitro. En los experimentos in vivo, la Función Conducto mostró una disminución significativa sólo en los registros tempranos, respecto de las arterias intactas (P<0.02).
Conclusiones: la elasticidad de la pared arterial y la Función Conducto fueron modificadas significativamente luego de la remoción de la adventicia, en estudios in vivo de arterias femorales. Estos hallazgos estuvieron ausentes en los estudios in vitro. La tiempo-dependencia de los cambios observados in vivo en arterias femorales fue confirmada.

104 Aumento del Anión Superóxido Inducido por Aldosterona

Caldiz, CI; Chiappe De Cingolani, GE; Cingolani, HE
CIC, Fac. de Cs. Médicas, UNLP, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Clinical trials recientes con pacientes en insuficiencia cardiaca (IC) han mostrado los efectos beneficiosos de la inhibición de la acción de la Aldosterona (Ald). Por otro lado es conocido el hecho que en la IC existe un aumento deletéreo de las especies reactivas del oxigeno. En músculo cardiaco de rata (cortes de tejido de ~ 20 mg de peso) determinamos la producción de anión superóxido (O2-) por luminiscencia con lucigenina. La Ald produce un aumento dosis dependiente de la producción de O2-. A la dosis 10 nM produjo un aumento de ~ 70% respecto al control (66,0±9.2%, n=15, P<0,05). Este aumento es NADPH oxidasa dependiente (se suprime con apocinina 100 uM, 7,8±13,9%, n=6, NS), y es de origen mitocondrial como lo muestra su supresión por 5HD (24,6±8,7%, n=6, NS), glibenclamida (4,3±17,2%, n=5, NS) y rotenona (-3,1±12,6%, n=8, NS). Aunque estos efectos son relativamente rápidos (~ 30 min.), exploramos la posibilidad de un efecto no genómico inhibiendo la síntesis de proteína con cicloheximida, lo cual no afectó la producción de O2-. El aumento de la producción de O2- por Ald fue abolido por espirolactona. Concluimos que la Ald produce ROS mitocondriales NADPH oxidasa dependiente por efectos no genómicos sensible al bloqueo de su receptor MR. Este efecto de la Ald, el de aumentar la producción de O2- podría explicar en parte los efectos benéficos de su bloqueo en IC.

193 Localización de la Isoforma 1 del Intercambiador Na+/H+ (Nhe1) en Mitocondrias

Morgan, PE; Villa-Abrille, MC; Cingolani, E; Cingolani, HE; Alvarez, BV
Cátedra de Fisiología y Física Biológica, Centro de Invest. Cardiovasculares, Facultad de Ciencias Médicas, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Heart Institute, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California, EE UU

La inhibición de la isoforma 1 del intercambiador Na+/H+ (NHE) reduce los daños producido por isquemia/reperfusión (I/R), hipertrofia e insuficiencia cardíaca. Los posibles mecanismos que explican estos efectos involucran el mantenimiento del potencial de membrana mitocondrial, el enlentecimiento de la apertura del poro de transición mitocondrial, y la reducción de la producción de ión superóxido por la mitocondria. Por este motivo, estudiamos la expresión del NHE1 en mitocondrias aisladas de corazones de rata. Detectamos la expresión del NHE1 mediante técnicas de immunoprecipitación seguida de análisis por immunoblots (Western Blot, WB). Se uso un RNA de interferencia capaz de silenciar el NHE1 (shNHE1) inyectado en la pared del miocardio de corazones de ratón o rata, libre o incorporado en lentivirus (LV), respectivamente. Como controles fueron inyectados ratones con secuencias sin sentido o ratas con solución salina. Después de 48 h, shNHE1 redujo la expresión de NHE1 total en un 63±1% vs control (n=4, P<0.02 t-test), mediante WB. Luego de dos semanas, se examinó la expresión del NHE1 en lisados mitocondriales de ventrículos de rata tratadas mediante WB. La inyección del LV-shNHE1 redujo la expresión del NHE1 en un 69±1% comparado con control (n= 4, P<0.05 t-test), confirmando la expresión del NHE1 en mitocondrias. La expresión del NHE1 fue confirmada por microscopia electrónica, mediante la técnica de immunogold, mostrando la asociación del NHE1 con la membrana interna de la mitocondria. Immunocitoquímica combinada con microscopía confocal en miocitos ventriculares de rata mostró co-localización de NHE1 con citocromo C oxidasa, un marcador de mitocondrias. Podemos concluír entonces que hemos demostrado por primera vez la expresión de la isoforma 1 del intercambiador Na+/H+ en mitocondrias. Por lo tanto el NHE1 localizado en la mitocondria podría ser el responsable del efecto protector sobre patologías cardiacas mediado por inhibidores del NHE1.

195 Hipertrofia Cardíaca: ¿Compensadora o Deletérea?

Pérez, NG; Cingolani, OH; Pinilla, OA; Escudero, EM; Cónsole, G; Vargas, LA; Alvarez, BV; Cingolani, HE
Centro de Investig. Cardiovasculares, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, EE UU

La hipertrofia por sobrecarga de presión (H) se ha interpretado como un mecanismo compensatorio que inicialmente normaliza el estrés parietal del ventrículo izquierdo. Esto implicaría que evitar H sin bajar la sobrecarga de presión debiera deteriorar la función miocárdica, lo cual no siempre ocurre. Nuestro objetivo fue aclarar esta controversia para lo cual usamos un modelo de H por constricción aórtica transversal (TAC) en ratón. Los grupos fueron: 1) TAC (n=7), 2) TAC+LOS (n=8, recibieron 40 mg/Kg/día de Losartan), 3) Sham (n=8, operados pero sin TAC) y 4) Sham+LOS (n=7). Se sacrificaron 7 semanas post-cirugía previa ecocardiografía. Los resultados se expresan como media±ES, se analizaron con ANOVA+Student-Newman-Keuls como post-hoc. La TAC aumentó el índice de masa ventricular izquierda ~40% vs. Sham (4.86±0.17 vs 3.42±0.11 mg/g, $P<0.05$) y se correlacionó con un aumento del área de sección de los miocitos (280±3 vs 199±8 um2, $P<0.05$) y del volumen fraccional de colágeno (5.62±0.43 vs 1.95±0.10 %, $P<0.05$), efectos mitigados por LOS (3.74±0.16 mg/g, 219±5 um2 y 3.34±0.44 %, respectivamente, $P<0.05$ vs TAC). El acortamiento endocárdico (AE) en Sham fue 63±1 % y cayó significativamente con la H (51±2 %, P>005). La regresión de la H con LOS aumentó el AE (57±1 %, $P<0.05$ vs TAC) pese a un aumento del estrés parietal de fin de sístole de 46±8 % (n=6, $P<0.05$ vs TAC). El estrés diastólico tampoco explicó el aumento del AE detectado tras la regresión de la H. Animales Sham+LOS no mostraron aumento del AE (61±1 %) eliminando un posible efecto inotrópico positivo de LOS. La expresión del intercambiador Na+/H+ miocárdico (NHE1), mecanismo vinculado al desarrollo de H, aumentó en TAC (136±8 % del control, n=7, $P<0.05$) y disminuyó con LOS (110±7 %, n=8, $P<0.05$). Concluimos que al revertir la H por LOS se detecta un aumento de la contractilidad a pesar del aumento de la postcarga, sugiriendo un efecto deletéreo o maladaptativo de la H.

221 El Bloqueo del Receptor de Adenosina A1 Inhibe el Efecto Antiarrítmico del Poscondicionamiento Isquémico

Diez, ER; López, MC; Lucero, GA; Lembo, C; Ponce Zumino, AZ; Miatello, RM
Lab. de Fisiopatología Cardiovascular, IMBECU, CONICET, Mendoza, Mendoza, Argentina / Área de Fisiología Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Mendoza, Argentina

El poscondicionamiento isquémico (PCI), mediante interrupción intermitente del flujo coronario durante la reperfusión, confiere cardioprotección contra la injuria por reperfusión. Anteriormente hemos demostrado que este procedimiento reduce las arritmias de reperfusión (AR), pero los mecanismos involucrados todavía se desconocen. El objetivo de este trabajo fue evaluar si el bloqueo selectivo del receptor de adenosina A1 con 8-ciclopentilteofilina (CPT) interfería con el efecto antiarrítmico del PCI. Se trabajó con corazones aislados de ratas Sprague Dawley macho, perfundidos según la técnica de Langendorff, latiendo espontáneamente y sometidos a 10 min de isquemia regional. Al momento de la reperfusión se distribuyeron al azar en 4 grupos: a) control, 10 minutos de reperfusión con solución de Krebs-Henseleit (n=12); b) PCI, 3 ciclos de 30 seg de reperfusión y 30 seg de isquemia (n=12); c) CPT, 10 µM en los primeros 3 min (n= 9); d) CPT+PCI, bloqueante simultáneamente a la maniobra de PCI (n=11). Se registró el ECG y se analizaron la incidencia y severidad de las AR. Todos los corazones sufrieron una alta incidencia de fibrilación ventricular al restituir el flujo (control 92%, PCI 83%, CPT 100%, CPT+PCI 100%; NS mediante test $\chi 2$). Luego del PCI el número de corazones que se encontraba en ritmo sinusal fue el único que aumentó (control 17%, PCI 67%, CPT 19%, CPT+PCI 0%; analizado por $\chi 2$ $p<0.05$ para PCI vs. los grupos restantes). Los resultados obtenidos indican que el mecanismo de protección contra las AR durante la maniobra de PCI involucra la activación del receptor A1 de adenosina.

031 Prevalencia de Anemia en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca y Función Sistólica Preservada

Cadars, L; Fusilieri, M; Jorge, R; Chávez Caballero, R; Meiriño, A; Zapata, G; Stroppi, H; Cursack, G
Residencia, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Insuficiencia Cardíaca, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

La anemia ha demostrado ser un problema frecuente en pacientes (ptes) con insuficiencia cardiaca (IC) y función sistólica deprimida (FSD) y con pronóstico adverso. Se conoce menos acerca de la prevalencia de anemia en ptes con IC y función sistólica preservada (FSP).
Objetivo: evaluar la prevalencia de anemia en nuestra población de pacientes con IC y FSP.
Material y Métodos: analizamos nuestro registro de IC que incluyó en forma prospectiva y consecutiva a 211 ptes desde el Sep 2005 hasta Nov 2009. Los ptes con IC valvular primaria o cardiopatía congénita fueron excluidos. Anemia fue definida como Hcto < 36% en mujeres y < 40% en hombres. Para el análisis de las variables se utilizó Chi-cuadrado y T-test ($p<0.05$) con el programa estadístico SPSS®.
Resultados: el 37% (n=78) de los ptes presentaron FSP. La IC con FSP fue más frecuente en mujeres (52.6% vs 27.1%, $p<0.01$) que en hombres y el antecedente de IAM fue más frecuentes en ptes con FSD que con FSP (33.1% vs 14.1%, p= 0.03). No se encontraron diferencias significativas en las otras variables demográficas analizadas, incluyendo el nivel de creatinina en sangre. La prevalencia de anemia en ptes con FSD fue de 42.9% y en ptes con FSC 48.7%, p=ns.
Conclusión: al igual que en ptes con IC y FSD, la anemia también es un problema frecuente en ptes con IC y FSP. Futuros estudios deberían analizar su significado pronóstico y diferentes estrategias terapéuticas.

092 Variables Pronósticas en el SCA sin Elevación del ST y su Comparación con los Scores Propuestos por las Guías. Seguimiento a 12 meses

Zoni, CR; Kriskovich Juré, J; Parras, JI; Echeverría, RF; Babi, CA; Fleitas, M; Aristimuño, G; Lange, JM; Comisario, R; Macin, SM
Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Servicio de Cardiología del Ejercicio, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: Existen múltiples scores de riesgo propuestos por las guías de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCAsST) que se aplican a la población general a pesar de que estas varían de una región a otra. Objetivo: Evaluar las variables pronósticas a nivel local de los pacientes ingresados con diagnóstico de SCAsST y correlacionarlo con la tasa de eventos (muerte, revascularización o internaciones de causa cardiovascular) a los 12 meses. El punto secundario fue la asociación entre la presencia de las variables de mayor pronóstico con los scores TIMI, PURSUIT y GRACE.
Material y Método: Estudio observacional, prospectivo en el cual se incluyeron pacientes >18 años que ingresaron al Instituto de Cardiología de Corrientes con diagnóstico de SCAsST entre el 01/06/2008 y el 28/02/2009.
Resultados: Se incluyeron 181 pacientes consecutivos a los cuales se les realizó un seguimiento a los 12 meses mediante historia clínica o contacto telefónico. La tasa de eventos a los 12 meses fue del 36,9%. Se asoció con mayor tasa de eventos en el análisis univariado la edad > a 65 años, cambios dinámicos del ST-T en el ECG de ingreso, presencia de insuficiencia cardíaca (IC) al ingreso, valor de creatinina (Cr) al ingreso y el valor de troponina T (TnT) a las 8 hs del evento agudo. En el análisis multivariado las que persistieron fueron IC (p=0,023), TnT (p=0,019) y Cr (p=0,003). Al correlacionar estas 3 últimas y su asociación con los scores no se observaron diferencias significativas entre la aplicación de alguno de ellos al analizarlos con una curva ROC (score PURSUIT AUC 0,67); score TIMI AUC 0,684; score GRACE AUC 0,693, variables locales AUC 0,66.
Conclusión: A nivel local la IC al ingreso, valor de TnT y Cr nos orientan en el pronóstico del SCAsST. Al comparar éstas con los scores propuestos por las guías no existen diferencias significativas por lo cual se podría recomendar, en nuestro medio, la evaluación de éstas 3 variables fácilmente obtenibles al ingreso.

096 Evaluación de la Función Sistólica en Jóvenes y su Modificación según la Geometría Ventricular

Bocian, JL; Pinilla, OA; Escudero, EM
Residencia Universitaria de Cardiología, UNLP, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina / CIC, Fac. de Cs. Médicas, UNLP, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Servicio de Cardiología, Centro Investigaciones Cardiovasculares, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción. El objetivo de este trabajo fue analizar si las modificaciones en la geometría ventricular izquierda (GVI) en pacientes jóvenes, generan alteraciones en la función sistólica (Fsis), aunque sean éstas subclínicas. Para este estudio se emplearon 397 (255 M y 142V) alumnos de la Cátedra de Fisiología y Física Biológica de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.
Métodos. En todos los casos se realizó ecocardiograma en modo M, bidimensional y con efecto Doppler. Se utilizaron como puntos de corte para definir hipertrofia ventricular izquierda (HVI) el valor promedio más dos desvíos estándar, surgidos del grupo estudiado sin HTA y sin obesidad, para cada sexo. Como parámetro de Fsis se utilizaron el acortamiento medio ventricular corregido por estrés (AMV/STRESS) y la onda S del Doppler tisular del anillo mitral (Slat). El AMV/STRESS y Slat se analizaron según la GVI.
Resultados. Tanto en el remodelado concéntrico (RC) como en la HVI, se observó una disminución significativa de la onda Slat en relación a GVI normal (N) N: 25.09cm/seg; RC: 23.06cm/seg; HVI: 19.08cm/seg ($p<0.001$); en cambio, el AMV/STRESS, si bien presentó una disminución en el RC y en la HVI, los valores hallados no resultaron estadísticamente significativos; N: 0.59%; RC: 0.56%; HVI: 0.50% (p=NS).
Conclusión: Estos resultados permiten concluir que el deterioro de la función sistólica que se produce tanto en el RC como en la HVI es detectado por la onda Slat, reflejando esto una afectación más temprana de las fibras longitudinales cuando se las compara con las fibras transversales.

107 Características Clínicas y Marcadores de Riesgo de una Población de Diabéticos

Santoro, A; Erriest, J; Plastino, ML; Vigo, G; Illanes, L; Camilletti, J
Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La diabetes triplica el riesgo de muerte de causa cardiovascular, y el riesgo se multiplica doce veces cuando los pacientes tienen enfermedad coronaria.
Objetivos: a. Identificar las características clínicas. b. Evaluar los parámetros de ejercicio, Perfusión y función sistólica del VI.
Método: A una muestra de 53 pacientes diabéticos, se les realizó un estudio de perfusión miocárdica spect gatillado. Se evaluaron parámetros clínicos (factores de riesgo), de perfusión (SSS, SRS, SDS) y FSVI (FE, VFS, VFD).
Resultados: El promedio de edad fue de 63 +/- 12años; el 65 % varones y el 35 % mujeres (p: 0.02); IMC 30,5+/- 1; el 79 % hipertensos; 75% dislipémicos; 11% tabaquistas; 9% vasculares periféricos; 30 % presentaban antecedentes familiares de enfermedad coronaria, 55 % stress; duración de la diabetes 11 +/-10 años. El 100% de los pacientes realizaron una prueba de esfuerzo: alcanzaron 5,5 +/- 1,4 mets, porcentaje de la frecuencia cardíaca máxima 86% +/- 16%, doble producto 253748 +/-6931. Las pruebas de perfusión miocárdica fueron normales en un 53 % y anormales en un 47 % .En las anormales el SSS promedio fue de 4,2 +/- 5.9; SRS 2,6 +/- 3,9; SDS 1,6 +/- 3,4; FEVI 52 +/- 13%; VDF 98+/- 48ml; VSF 51+/- 43 ml. Tiempo de duración de la diabetes en estudios de perfusión normal 7+/- 6 años vs perfusión anormal 12 +/- 1años (p: 0.04).
Conclusiones: Se observó un alto porcentaje de pacientes masculinos, hipertensos, dislipémicos y con un índice de masa corporal aumentado. Alrededor de la mitad de los pacientes tuvieron un estudio de perfusión miocárdica anormal con un score de perfusión bajo, FSVI conservada y un tiempo de duración de la diabetes significativamente mayor que el grupo con estudios de perfusión normal.

115 Registro de Insuficiencia Cardiaca 2009

Marini, C; Vottero, E; Zerbo, S
Cardiología, Unidad Coronaria, Hospital Italiano Garibaldi, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: la insuficiencia cardíaca constituye uno de los principales motivos de ingreso a las salas de Unidad Coronaria. Es una de las principales causas de morbi-mortalidad.
Objetivos: analizar los antecedentes, forma de presentación, etc., de una muestra de pacientes ingresados por ICC.
Material y métodos: de una población total de 474 pacientes ingresados en la Unidad Coronaria durante el año 2009, se realizó un registro de 95 pacientes ingresados con diagnóstico de ICC. En cada paciente se obtuvieron los siguientes datos: sexo, edad, factores de riesgo, antecedentes, factor desencadenante, medicación previa, laboratorio, tratamiento durante la internación y el promedio de días de la misma.
Resultados: los pacientes ingresados por ICC representan el 20% de los ingresos en Unidad Coronaria, no habiendo diferencias significativas entre ambos sexos. La edad promedio fue de 74,36 años. Los principales factores de riesgo fueron la HTA y el tabaquismo. Dentro de los antecedentes, los más destacados son las internaciones previas por ICC (62%) y los antecedentes de cardiopatía isquémica (54%). En más del 50% de los pacientes los factores desencadenantes fueron las transgresiones alimentarias y el abandono de la medicación. El laboratorio fue normal sólo en el 17% de los pacientes mientras que el resto presentó algún tipo de alteración (anemia, falla renal o hepática, etc.). El ecocardiograma presentó FE deprimida en más del 50%. Más del 90% fue tratado con vasodilatadores y diuréticos y un bajo porcentaje requirió inotrópicos (14%). El promedio de días de internación en Unidad Coronaria fue de 3,5 días y en sala general de 1,7 días.
Conclusiones: la ICC representa uno de los principales motivos de internación en Unidad Coronaria. La mayoría de los pacientes responden adecuadamente al tratamiento farmacológico y sólo un muy bajo porcentaje requiere algún otro tipo de tratamiento La mortalidad ronda el 15%.

184 Prevalencia de Resistencia a Aspirina y/o Clopidogrel y sus Implicancias Clínicas

Sánchez, JA; Minoldo, S; Guglielmone, H; Chabán, CD; Liberman, A; Bono, JO
Cardiología, Unidad Cardiovascular, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina / Hematología, Hematología Oncología, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina / Estadística, Estadística, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivos: Establecer la prevalencia de resistencia a la aspirina (AAS) y/o clopidogrel (Cl) en pacientes (P) tratados por síndrome coronario agudo (SCA). Determinar si dicha resistencia se asocia a variables bioquímicas, demográficas y/o tratamiento concomitante. Evaluar si tiene implicancias clínicas el hecho de ser resistente a las drogas mencionadas.
Material y método: Se estudiaron 63 P consecutivos que fueron asistidos por SCA y tratados con AAS y Cl con dosis habituales de carga y de mantenimiento. Fueron excluidos los P con insuficiencia renal y hepática severa, trastornos de coagulación y los que tomaban inhibidores de la bomba de protones. A los 6 meses se estudió la agregación plaquetaria en plasma rico en plaquetas, inducida con ADP concentración final (cf) 2,5 uM, ADP 1,25 uM, colágeno 1 mg/ml, adrenalina (cf) 50 mcg, ristocetina (cf) 1,25 y 0,625 mg/ml y acido araquidónico (cf) 0,5 mMol. Se los dividió en respondedores (R) y no respondedores (NR) a AAS y Cl. Se midió el peso de la relación de las variables independientes mediante regresión logística siendo: 16 cuantitativas y 24 cualitativas. Se investigó incidencia de hospitalización, revascularización y muerte.
Resultados: 63 P (60,6±11,2 años) y 81% hombres. Los NR ASA 27%; CL 39,7% y a ambas 9,5%. De la regresión logística resalta la significación estadística de los leucocitos en los NR a ambas drogas: GB/AAS p=0,008 y GB/Cl p =0,017. En el resto de las variables no se encontró influencia. A los 6 meses los eventos fueron 5 hospitalizaciones + revascularización siendo 3 en R y 2 en NR (NS).
Conclusiones: 1. Es alta la prevalencia de resistencia a AAS y/o Cl. 2. Sólo los leucocitos tuvieron una influencia en los NR a ambas drogas. 3. A pesar del escaso número de eventos, no parecería tener implicancias clínicas el hallazgo de resistencia a estas drogas.

008 Patología de Aorta Torácica: Presentación Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Morbimortalidad

Garros, P; Escalante, J; Cadars, L; Chavez Caballero, R; Cursack, G; Zapata, G; Damonte, A; Picabea, E; Ameriso, J
Cardiología, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Hemodinamia, Cardiología, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Cirugía Cardiovascular, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La patología de aorta torácica presenta un amplio espectro de presentación y pronóstico, debiendo tener en cuenta múltiples datos para una decisión terapéutica.
Objetivo: analizar factores de riesgo, presentación clínica, métodos diagnósticos, tratamiento y mortalidad en nuestra institución
Material y métodos: se analizó el registro ICR de patología de aorta torácica que incluye en forma prospectiva y consecutivamente, desde 1998 a 2009, a 103 pacientes (P) con patología de aorta torácica. Se dividieron en Tipo A y B (Stanford) y según su tiempo de evolución (< o > a 14 días), en agudas y crónicas .Se analizaron variables clinicas, métodos diagnósticos, tipo de tratamiento y sobrevida al alta.
Resultados: De los 103 P, 80 fueron tipo A y 23 tipo B; 80 (77,7%) correspondieron a disecciones agudas. La edad media fue de 57,7 años y el 81.6% (84) eran hombres. Factores de riesgo: hipertensión 77% y tabaquismo 40.8%. Presentación clínica: dolor torácico 84%, síntomas neurovegetativos 23,1%, síncope 9,45, ACV 9,45%. Diagnóstico de certeza: Ecocardiograma trasesofágico (ETE) 62.1%,TAC 19.4%, RMN 9.7%.Tipo de tratamiento: quirúrgico 62.1%, tratamiento endovascular 4.9% y tratamiento médico 33%.La mortalidad intrahospitalaria fue de 33%.
Conclusiones: 1) La mayoría de los P fueron hombres, hipertensos, tabaquistas y se presentaron dolor torácico como síntoma de presentación. 2) La sospecha diagnóstica se confirmó con ETE en un alto porcentaje de los casos. 3) La mortalidad intra hospitalaria es acorde con la de registros internacionales.

009 Endocarditis Infecciosa: Análisis de la Población de un Centro de Tercer Nivel

Garros, P; Escalante, J; Chavez Caballero, R; Teglia, O; Bottari, C; Elías, G; Cursack, G; Zapata, G
Residencia, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Infectología, Infectología, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cardiología, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología que requiere alta sospecha clínica para su identificación. Esta fue modificando sus características a partir de los patógenos causales y la cantidad de dispositivos invasivos utilizados actualmente.
Objetivos: Evaluar las características de los pacientes derivados a nuestro centro por EI, gérmenes causantes y evolución hospitalaria.
Material y Métodos: Se analizó la base de datos de EI que incluye a pacientes admitidos con este diagnóstico desde 2006 a 2009. Se utilizó el programa estadístico PASW 18.0.
Resultados: Se analizaron datos de 32 pacientes, un 78.1% de sexo masculino, el 72% con edades comprendidas entre 60 y 80 años. El 78.1 % de los eventos se produjeron sobre válvula nativa, un 75% válvula aórtica. En un 71.9% de los casos se logró rescate bacteriológico, de ellos un 43.5% Stafilococo y 34.8% Streptococo. Los hallazgos de anamnesis y examen físico más frecuentes fueron: fiebre en 93.9%, situación predisponente (manipulación odontógena, vías centrales, dispositivos implantables) en 50% y astenia en 43.8%; los hallazgos clásicos fueron muy poco frecuentes. El 68.8% de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico, un 50% antes de los 7 días del diagnóstico y un 50% posteriormente. La mortalidad total fue del 34.4%.
Conclusión: se observa una mayor incidencia de la patología en pacientes de sexo masculino y adultos mayores con gran predominio de lesiones sobre válvula aórtica nativa con enfermedad previa. Nuestra población presenta una mayor incidencia de rescate de Stafilococo, mayor indicación quirúrgica y mayor mortalidad que otras series probablemente por considerarse centro de derivación.

019 La Anemia Influye en la Capacidad de Ejercicio sin Comprometer el Beneficio de la Rehabilitación Cardíaca en Insuficiencia Cardiaca

Martínez, JM; Balice-Pasquinelli, M; Montenegro, E; Martínez, DF; Bennegadi, D; Iliou, MC
Cardiología, Rehabilitación Cardiaca, DAMIC Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina / Rehabilitación Cardiaca, Rehabilitación Cardiaca, APHP Hopital Broussais-HEGP, Paris, France

La anemia en los pacientes (P) con Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) es un factor predictivo independiente de mortalidad y su prevalencia aumenta con la severidad de la ICC.
Objetivos: el objetivo de este estudio fue evaluar en forma prospectiva el impacto de los valores de hemoglobina (Hb) sobre la capacidad de ejercicio basal y los resultados del reentrenamiento físico en pacientes con ICC con disfunción sistólica de ventrículo izquierdo (DSVI)
Métodos: Se incluyeron 246 pacientes con ICC de diferentes etiologías con una edad media de 56 años con una fracción de eyección (FE) < 40%. Se consideraron anémicos todos los P hombres con una Hb < 13 g/l y menor a <12g/l en las mujeres; todos los P realizaron un programa de entrenamiento físico en ciclo-ergómetro con una media de 20 sesiones.
Resultados: 55.7 % (137) de los P eran anémicos; La presencia de anemia influyo de manera negativa en la capacidad de esfuerzo, el pico de consumo de oxigeno, el umbral ventilatorio anaeróbico y la natremia Las tasas de Hb no difirieron antes ni después de la RHC en ninguno de los dos grupos

	Anémicos (n :137)	No Anémicos (n :109)	P (T test)
Duración del ejercicio (minutos)	5.08 ± 2.4	5.9 ± 2.9	0.001
Carga máxima (watts)	68.3 ± 22.8	80.2 ± 27.7	0.0005
Pic de VO2	14.9 ± 4.4	16.9 ± 5.4	0.0001
Ganancia VO2 (%)	20.1±22.1	18.9 ± 22.8	NS

Conclusión: La anémia es responsable de las modificaciones metabólicas, bioquímicas y funcionales que conducen a un agravamiento de la disfunción y el remodelamiento ventricular izquierdo. Los beneficios obtenidos por la RHC son similares en pacientes con ICC anémicos o no anémicos

022 ¿Se Utiliza el Tratamiento Aconsejado en Base a la Evidencia en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca por Disfunción Sistólica?

Capece, RH; Santoro, B; Mosca, S; Borgo, J
Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, HIGA Evita Lanús, Lanús, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Valorar si en pac con insuficiencia cardiaca CF III/IV, (NYHA) internados en la Unidad Coronaria recibían previamente a su ingreso tratamiento farmacológico basado en la evidencia publicada y que tratamiento se emplea en los de diagnóstico reciente, donde se incluyeron pac con IC portadores de miocardiopatía dilatada CF III/IV con relación cardiotorácica > 0.5 en la Rx de tórax y con deterioro de la función ventricular (FV) por ecocardiograma, quedando conformados 2 grupos; los de diagnóstico de IC al ingreso (GI) y aquellos con diagnóstico de antigüedad mayor a 1 año, (3.3 años / DS 2.1) denominado grupo tratamiento (GT).
Resultados: La edad fue 55.2±11.2 años GI y 60.3±11.3 años GT (p NS), predominancia del sexo masculino (65% GI y 79.7% GT). Tratamiento Farmacológico:

Drogas	Furosemida	Espironolactona	Inh. ECA	B. Bloq	Digital	Aspirina
GI Ingreso N: 22	1 (4.5%)	0 (0%)	2 (9.09%)	1 (4.5%)	1 (4,5%)	1 (4.5%)
GI Egreso N: 18	16 (88.8%)	13 (72.2%)	14 (77.7%)	14 (77.7%)	7 (38.8%)	14 (77.7%)
GT Ingreso N: 84	51 (60.7%)	27 (32.1%)	49 (58.3%)	21 (25%)	23 (27.3%)	19 (22.6%)
P	0.00001	0.00001	0.00001	0.01	0.01	0.00001
GT Egreso N: 60	55 (91.6%)	53 (88.3%)	55 (91.6%)	28 (46.6%)	29 (48.3%)	39 (65%)

Conclusión: el tratamiento farmacológico de los pacientes ambulatorios con IC es subóptimo según la evidencia, y la tolerabilidad a un mayor empleo de fármacos con fuerte impacto en la morbimortalidad no es un condicionante que limite su empleo.

023 Estudios de Spect Cardiaca Post Angioplastia Coronaria

Pollice, A; Taborra, S; Arce, C; Chichizola, N; López, J; Zapata, G
Residencia, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cardiología Nuclear, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

La evaluación post ATC con SPECT cardíaca para re-estenosis son rutinariamente utilizadas. Las guías dicen que el tiempo (T) de realización debe ser > a los 3 meses, éste es importante para el resultado y conducta.
Objetivos: evaluar el T de realización de la SPECT cardíaca post ATC exitosa y su influencia en la detección de restenosis.
Material y Métodos: n = 173 p consecutivos derivados al servicio post ATC, las características basales, T al estudio, resultado de SPECT y CCG se analizaron con SAPW 18.
Resultados: Edad 60 años (± 9.4), 86.1% masc., HTA 67.6%, DBT 17.3%, tabaquismo 24.2%, sintomáticos 17.9%. T al SPECT: ≤ 3 meses (m) 52 (30%), entre 3 y 6 m 60 (34.6%) y entre 6 y 12 m 61 (35.2%). SPECT anormales (en los segmentos del vaso tratado): 36 (20.8%). En este grupo se realizaron 18 CCG (60%) y ninguna en el de SPECT normal. Tiempo al SPECT, estudio anormal, CCG y re-estenosis:

	SPECT	isquemia	CCG	re-est./CCG	tasa re-est.
≤ 3 meses	52/30	15/28.2	5/33.3	3/60.0	3/5.7
3 a 6 meses	60/34.6	15/25.0	8/53.3	6/75.0	6/10
6 a 12 meses	61/35.2	6/10.1	5/83.3	2/40.0	2/3.2
valor de p	ns	0.02	0.06	ns	ns

Conclusiones: a pesar de las recomendaciones, las SPECT post ATC se solicitaron uniformemente dentro del año. El resultado tuvo una fuerte influencia en la decisión del médico tratante para la detección de re-estenosis.

024 Reporte de Contraindicaciones Tempranas para el Uso de B Bloqueantes en los Sindromes Coronarios Agudos

Zapata, G; Chichizola, N; Chaves Caballero, R; Tuero, E; Cursack, G; Meiriño, A; Escalante, J; Stroppi, H
Cardiología, Unidad Coronaria, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

A pesar de las pocas contraindicaciones conocidas para el uso de B Bloqueantes (BB), la falta de utilización en los síndromes coronarios agudos (SCA) es elevada, ésta aumenta con la edad y se relaciona a un peor pronóstico.
Objetivo: Evaluar las causas relacionadas con la no utilización de BB en los SCA y su relación con el pronóstico.
Material y Métodos: Se analizaron 2.134 pacientes ingresados a unidad coronaria en forma consecutiva, 1.079 SCA s/elevación ST y 1.055 SCA c/ elevación ST. 374 enfermos (17.5%) no recibieron desde el ingreso BB. El análisis estadístico se realizo con programa PASW 18.
Resultados: Las causas relacionadas a la falta de uso fueron:

	OR	IC 95%	p
Sexo femenino	1.4	(1.08 a 1.8)	0.009
Insuficiencia Cardíaca (IC)	13.2	(10.2 a 17.1)	0.0001
TA < 100 mmHg	4.4	(3.2 a 6)	0.001
BAV > 1° grado	5.2	(3 a 8.9)	0.0001

La no utilización fue mas frecuente en los SCAc/ST con respecto a los SCA s/ST: 253/23.9% vs 121/11.2% y se relacionó con > tasa de IAM/re IAM [2.7 (1.7 a 4.3) p 0.001] y mortalidad [6.1(4.2 a 8.7) p 0.001] a 30 días.
Conclusiones: una menor utilización de BB en SCA es más frecuente en mujeres, con IC o hipotensión arterial y con BAV de 2 o 3° grado. Este grupo de enfermos tiene claramente un pronóstico diferente.

026 Variables Clínicas Predictoras de Perfusión Miocárdica Spect (PM) Anormal en Pacientes Asintomáticos

Faccio, F; Erbetta, A; Polatto, C; Carlessi, C; Amín, A; Valli, C
Medicina Nuclear San Gerónimo, Medicina Nuclear, Sanatorio Privado San Gerónimo, Santa Fe, Santa Fe, Argentina

Existen diferencias de acuerdo a las guías y distintos estudios, en cuanto a la indicación del SPECT para diagnóstico y riesgo, de enfermedad arterial coronaria (EAC) en pacientes (P) asintomáticos.
Objetivo: Determinar si existen variables clínicas que se presenten con mayor incidencia en PM Stress/Reposo (S/R) anormal (aN), de P asintomáticos enviados para la realización de un estudio diagnóstico.
Material y Métodos: Se estudiaron en forma prospectiva 273 P, 220 hombres, edad promedio 56,7 años que fueron derivados al Servicio de Medicina Nuclear para realizar una PM S/R de screening, por considerar P asintomáticos con riesgo al menos intermedio para EAC. Se analizaron las variables clínicas: Edad, Sexo, Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes (DBT), Dislipemia (DLP), Tabaco, Stress, Arteriopatía Periférica, (AP), Antecedentes Familiares de EAC (AFC), Índice de Masa Corporal (IMC) y ECG basal. Criterios de exclusión: 1) Presencia de dolor precordial, 2) P coronarios conocidos (SCA, IAM, APTC, RVM), 3) Miocardiopatía dilatada, 4) BCRI, 5) Marcapasos definitivo.
Resultados: De los 273 P, 98 presentaron PM patológica (SSS>4). Se estimó odds ratio para el análisis univariado, no presentando diferencias entre PM normales y aN para DBT, DLP, Tabaco, Stress, AFC, AP y ECG basal aN. Las PM patológicas se presentaron más en hombres, P añosos (>70), HTA e IMC >25 que las Normales. La asociación de DBT e HTA presentó mayor número de PM aN.
Conclusión: 1) En los P asintomáticos, la edad, sexo masculino, HTA, e IMC >25 presentan mayor probabilidad de estudios de PM aN. 2) En los DBT cuando se asocia a HTA también tendrían mayor posibilidad de PM aN.

060 Calcificación de la Válvula Aórtica y su Relación con el Score de Calcio

Bonelli, JM; Dumont, C; Hanna, C
Tomografía Cardíaca Multislice, Servicio de Cardioimágenes, Instituto Gamma, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cardiología Clínica, Servicio de Cardiología, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina

Existe una fuerte asociación entre la calcificación de la válvula aórtica y la mortalidad de origen cardiovascular. Esto nos motivo a investigar la asociación entre el Score de Ca coronario y la prevalencia de esclerocalcificación de la Válvula Aórtica por TCMS. Evaluamos en forma retrospectiva a 287 pacientes que fueron sometidos a TCMS coronaria desde junio 2008 a diciembre del 2009. Analizamos la prevalencia de esclerocalcificación valvular aórtica en pacientes con diferentes niveles del score de calcio (0, 1-10, 11-100,101-400, 401-1000, >1000). De los 287 pacientes, 73% eran de sexo masculino, 52% dislipémicos, 61% hipertensos, diabéticos 12%. 73 pacientes (con un edad promedio de 64 años) presentaron calcificación valvular aórtica. Observamos una mayor prevalencia de esclerocalcificación valvular aórtica a medida que aumentan los niveles del score de calcio (p<0,001.Chi cuadrado de tendencia). Sin embargo, un 10% de los pacientes que no presentaron esclerocalcificación valvular aórtica presentaron un score de calcio >1000.

		EslerocalcAo		
Score Ca		**ausente**	**presente**	**Total**
0	Prevalencia Calcif. Ao	93,8%	6,3%	100,0%
1-10	Prevalencia Calcif. Ao	84,6%	15,4%	100,0%
11-100	Prevalencia Calcif. Ao	83,6%	16,4%	100,0%
101-400	Prevalencia Calcif. Ao	73,5%	26,5%	100,0%
401-1000	Prevalencia Calcif. Ao	55,6%	44,4%	100,0%
>1000	Prevalencia Calcif. Ao	46,7%	53,3%	100,0%
Total	N Pctes	214	73	287

La prevalencia de esclerocalcificación valvular aórtica aumenta directamente con los niveles de score de calcio, pero la ausencia de esclerocalcificación aórtica no nos excluye la posibilidad de presentar un score de calcio coronario elevado.

061 Valoración de la Miocarditis Viral Mediante Cardio-Resonancia: Correlación entre el Agente Viral y el Segmento Miocárdico Comprometido

Bonelli, JM; Dumont , C; Bontempo , A; Keller, L; Cardona, M
Resonancia Magnética Cardíaca, Servicio de Cardioimágenes, Instituto Gamma, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cardiología Clínica, Servicio de Cardiología, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina / Unidad Coronaria (UCC), Servicio de Cardiología, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina

La cardiorresonancia magnética es una modalidad diagnóstica de gran utilidad actual en el diagnóstico de pacientes con sospecha clínica de miocarditis. El agente viral determinante del proceso inflamatorio miocárdico varía en los diferentes países. Por otro lado, es conocido que ciertos virus tienen una afinidad particular por los diferentes segmentos miocárdicos, lo cuál es de utilidad para inferir su etiología y así como también su pronóstico. Analizamos en forma retrospectiva los pacientes estudiados por sospecha clínica de miocarditis y correlacionamos el agente viral con el segmento miocárdico afectado. Se estudiaron 15 pacientes mediante cardiorresonancia (SE T2, FIESTA, FGRE post inyección de Gadolinio) y análisis serológico. El 60% eran de sexo masculino, 20% eran tabaquistas, 33% eran HTA, el 67% presentó angor, el 67% presentó cambios en el ST T del ECG y el 87% presentó Tp T+. Observamos la presencia de proceso inflamatorio en todos los pacientes estudiados.

Virus	N de Pctes	% Ptes	Segmento c/ RT +
Enterovirus	(8/15)	53%	Lateral
Adenovirus	(4/15)	27%	Septobasal
Influenza	(1/15)	6,70%	Inferior
CMV	(1/15)	6,70%	Anterobasal
No se detectó	(1/15)	6,70%	Septal

Conclusión: En nuestra población el virus más frecuentemente asociado con el diagnóstico de miocarditis fue el enterovirus. Encontramos relación entre el segmento miocárdico afectado determinado por cardiorresonancia y el agente viral.

067 Modulación Endotelio Dependiente de la Elasticidad Arterial durante la Contrapulsación Aórtica

Cabrera Fischer, E; Bia Santana, D; Zócalo, Y; Palacios, P; Armentano Feijóo, A
Dinámica Cardiovascular y Asist. Circul., Facultad de Ingeniería y Ciencias Nat., Universidad Favaloro, Buenos Aires, Capital Federal, Argentina / Salud, Investigación Básica, CONICET, Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

Introducción: El endotelio modula las propiedades biomecánicas de la pared arterial, determinantes de la poscarga ventricular y capacidad funcional vascular. Recientemente demostramos que la contrapulsación intra-aórtica (CIAO) se asocia a cambios presión-independientes y flujo sanguíneo-asociados en la conducta biomecánica arterial. Resta establecer la relación entre los cambios biomecánicos arteriales durante la CIAO y la función endotelial.
Objetivo: Este estudio fue diseñado para caracterizar los efectos de la CIAO sobre la biomecánica arterial femoral, en presencia y ausencia de endotelio.
Material y Métodos: En 6 ovejas anestesiadas, se midió presión y diámetro instantáneos en la arteria femoral derecha en condición basal, y durante la CIAO 1:2 (catéter balón), antes y después de remover el endotelio. Cálculos: complacencia (CA) y distensibilidad (DA) arterial, módulo elástico (Einc) y velocidad de la onda del pulso (VOP).
Resultados: En arterias intactas, la CIAO se asoció a aumento significativo de la CA (77%) y DA (66%), y a reducción significativa del Einc (29%) y VOP (17%), respecto del estado basal. Luego de remover el endotelio, la CIAO se asoció a un menor aumento significativo de CA (9%) y DA (8%), y a menor reducción significativa de Einc (5%) y VOP (3%).
Conclusiones: La CIAO se asoció a reducción de la rigidez arterial tanto en arterias intactas, como sin endotelio, pero la reducción fue significativamente mayor en las primeras. Los cambios biomecánicos asociados a la CIAO, que permiten reducir la poscarga ventricular e incrementar la capacidad arterial de conducción y amortiguamiento, serían dependientes del endotelio. Esto sugiere que la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular a la CIAO y la eficiencia de la misma, podrían depender del nivel de función endotelial del sujeto.

073 Razón Dimero D / Fibrinógeno en Sospecha de Tromboembolismo Pulmonar Agudo

Ghione, S; Hadad, MR; Del Val, LA; González Achaval, G; Sala, JP
Hemostasia y Trombosis, Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología, Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La determinación de dímero D (DD) se encuentra en la primera línea de exclusión del tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA). A su alta sensibilidad y valor predictivo negativo (99%), se suma, como ventaja, su rapidez y bajo costo. Sin embargo su baja especificidad hace necesaria la confirmación de los resultados positivos con otras metodologías diagnósticas. Algunos autores sugieren que la determinación de fibrinógeno (Fg) mejoraría la especificidad, ya que se encuentra elevado en la mayoría de las situaciones clínicas que cursan con signos y síntomas similares al TEPA, mientras que en el TEPA los niveles permanecen bajos.
Objetivo: Evaluar si la determinación de Fg y la razón DD/Fg mejoran la especificidad del DD en el diagnóstico de TEPA.
Material y métodos: En 48 pacientes con sospecha de TEPA y DD positivo, se determinaron DD (látex, Biopool) y Fg (Gornall). El diagnóstico de TEPA se realizó con métodos convencionales (centellografía ventilación / perfusión y Tomografía Helicoidal). Los pacientes se dividieron en dos grupos: Grupo I: pacientes en los que se confirmó el TEPA y grupo II: pacientes en los que se excluyó el TEPA. Análisis estadístico: se utilizó el test de student para variables continuas normales y Wilcoxon como test no paramétrico. Se realizó la curva ROC para la razón DD/Fg.
Resultados: La razón DD/Fg para el grupo I fue 6.94 (IC 95% 2.13-19.6) vs el grupo II 2.85 (IC95% 1.67-6.42) $p < 0.0001$. La especificidad para una razón > 6.0 fue de 92 %.
Conclusiones. La inclusión del dosaje de fibrinógeno y de la razón DD/Fg mejoró la especificidad del DD en la sospecha de TEPA.

078 Cirugía Cardiaca Simultánea con Revascularización Carotídea

Diodato, LH; Camou, JI; Geromini, H; Ameriso, JL
Cirugía Cardiovascular, Departamento de Cirugía, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La revascularización carotídea simultánea con cirugía cardíaca es motivo de controversia. La morbimortalidad asociada a este procedimiento y el desarrollo de técnicas endovasculares ha llevado al planteo de diversas estrategias de tratamiento.
Objetivo: Evaluar los resultados del abordaje quirúrgico simultáneo carótido-coronario con y sin cirugía valvular asociada en pacientes con lesiones carotídeas bilaterales significativas o lesiones críticas unilaterales.
Material y métodos: Análisis retrospecivo de 13 pac. intervenidos entre 2005 al 2009 en el Instituto Cardiovascular de Rosario. Se evaluaron factores de riesgo cardiovasculares, condición clínica prequirúrgica, severidad de enfermedad carotídea y morbimortalidad.
Resultados: La mediana de edad fue de 65 con predominio del sexo masculino 12/1, factores de riesgo cardiovaculares: hta (85%), dlp (77%), tbq y dbt (54%), vasculopatía (46%). Se realizó CRM pura en 11 pacientes, todos ellos admitidos a la institución por angina inestable. De estos el 65% tenía lesión severa de TCI. En 2 pac. se asoció RVA a CRM. En 3 pac. la enfermedad era severa bilateral y la decisión de cual intervenir se tomo de acuerdo a variables de riesgo. El resto de los pacientes tenían estenosis >80%.No hubo mortalidad asociada al procedimiento. Hubo dos accidentes neurológicos. Uno que revirtió en menos de 24hs y otro que dejó una secuela braquio-crural. No hubo complicaciones cardiacas mayores en el postoperatorio.
Conclusiones: El abordaje simultáneo carótido-coronario con o sin recambio valvular asociado es una alternativa terapéutica que puede ser realizada con aceptable morbimortalidad en esta población de alto riesgo.

080 La Interleukina 6 Podría Predecir Respuesta a la Terapia de Resincronización Cardiaca

Tettamanti, ME; López Díaz, J; San Román, JA; Arnold, R; Nieto, ML; García Moran, E; Tapia Ballesteros, C; De La Fuente Galán, L; Gómez Salvador, I; Puerto Sanz, A
Insuficiencia Cardiaca y Transplante, Scio de Cardiología (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Instituto de Biología y Genética Molecul, Universidad de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Conocer si los biomarcadores plasmáticos pueden predecir respuesta a la terapia de resincronización cardiaca (TRC).
Material y Métodos: 21 pacientes (P) candidatos a TRC y 12 P con insuficiencia cardiaca (IC) fueron vistos en situación basal (pre implante para los P TRC), y a 1, 3 y 6 meses. Se midieron marcadores plasmáticos (pro péptido natri urético cerebral –proBNP-, troponina T- TnT-, interleukina 6-Il6-, proteína C reactiva – PCR-, proteína ligadora de ácidos grasos especifica del corazón- HFABP, pro péptido del pro colágeno tipo I – PICP-) y se realizo un test de la caminata de 6 minutos (6'WT) en cada oportunidad. La respuesta a TRC se definió como un aumento >10% en el ultimo 6'WT y la ausencia de eventos durante el seguimiento (ingreso hospitalario por IC, muerte cardiaca o transplante cardiaco).
Resultados: 5 P fueron excluidos del análisis final por diversos motivos; solo 6 de los 16 P restantes fueron respondedores según definición (38%). Considerando solamente el 6'WT sin considerar eventos, 8 de los 14 P que completaron el seguimiento fueron respondedores (61%). Los niveles basales de PCR, TnT e Il6 fueron más elevados en los P con TRC que en los P del grupo IC. Los niveles basales de PCR, TnT e Il6 fueron mas altos en los P TRC que en P con IC (13,2 ± 16,7 vs 3,4 ± 2,9 mg/l, 10 P con TnT>0,01 vs ninguno, 16 ± 14 vs 6 ± 3,5 pg/ml) (p 0,0037, 0,002 y 0,032). Los niveles de Il6 fueron mas bajos en P respondedores a TRC que en no respondedores (6,3 ± 3,7 vs 16 ± 10,3 pg/ml, p 0,09.
Conclusión: No hemos encontrado asociaciones entre niveles de biomarcadores y respuesta a la TRC, no obstante los niveles de Il6 mostraron una tendencia a ser más bajos en respondedores, por lo cual podría tratarse de un marcador potencialmente útil en este contexto.

081 ¿Pueden los Biomarcadores Plasmáticos Predecir Respuesta a la Terapia de Resincronización Cardiaca?

Tettamanti, ME; López Díaz, J; San Román, JA; Arnold, R; Nieto, ML; García Moran, E; Rubio, J; De La Fuente Galán, L; Gómez Salvador, I; Puerto Sanz, A
Insuficiencia Cardiaca y Transplante, Scio de Cardiología (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Instituto de Biología y Genética Molecul, Universidad de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Conocer si los biomarcadores plasmáticos (pro péptido natriurético cerebral –proBNP-, troponina T- TnT-, interleukina 6-Il6-, proteína C reactiva – PCR-, proteína ligadora de ácidos grasos especifica del corazón- HFABP, pro péptido del pro colágeno tipo I – PICP-) predicen respuesta a la terapia de resincronizacion cardiaca (TRC).
Material y Métodos: Se midieron los niveles de biomarcadores y se realizo el test de la caminata de los 6 minutos (6'WT) en 21 pacientes (P) candidatos a TRC 1, 3 y 6 meses después de la visita basal (pre implante). Se registró la ocurrencia de eventos (internaciones por insuficiencia cardiaca, muerte cardiaca o transplante cardiaco). La respuesta a la TRC fue definida como el aumento ≥ 10% en el 6'WT y la ausencia de eventos. Se compararon los niveles de biomarcadores en respondedores y no respondedores.
Resultados: 5 P fueron excluidos del análisis final por diversos motivos; solo 6 de los 16 P restantes fueron respondedores según definición (38%). Considerando solamente el 6'WT sin considerar eventos, 8 de los 14 P que completaron el seguimiento fueron respondedores (61%). Los niveles de biomarcadores no difirieron entre respondedores y no respondedores excepto para Il6 que mostró una tendencia a ser mas baja en los respondedores (ver tabla).
Conclusión: Los niveles de biomarcadores no mostraron asociación con la respuesta a la TRC; sin embargo los niveles de Il6, un marcador de inflamación, fueron más bajos en respondedores, posiblemente reflejando que los P estaban menos graves y más propensos a responder.

	Respondedores	No Respondedores	p valor
HFABP ug/l	2,1± 0,7	1,9 ± 0,9	0,8
PICP ug/l	135 ± 106	165 ± 100	0,5
proBNP pg/ml	1876 ± 1412	2239 ± 1375	0,6
TnT ng/ml	0,03	0,03 ± 0,02	*
Il6 pg/ml	6,3 ± 3,7	16,2 ± 10	0,09
PCR mg/l	8,8 ± 14	16,8 ± 19	0,4

*no se calculó el p valor por datos asimétricos (solo un respondedor con TnT>0,01)

083 Implante de Marcapasos Definitivo en Cardiopatía Chagásica: ¿Hay Diferencias?

Arce, M; Arrieta, M; Femenia, F
Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: Un 25% de los pacientes (P) con enfermedad de Chagas desarrollan trastornos de conducción infrahisianos y/o disfunción del nodo sinusal, requiriendo marcapasos definitivo (MCP).
Objetivos: evaluar en P chagásicos y no chagásicos y con indicación de MCP, las características clínicas y las variables técnicas eléctricas durante el implante y seguimiento.
Material y Métodos: análisis descriptivo, tipo casos-controles. Los P se dividieron en 2 grupos: chagásicos (GrA) y no chagásicos (GrB). Para las variables categóricas se utilizo el X2 test y las variables cuantitativas continuas se expresan en media ± DS. Consideramos estadísticamente significativa: $p < 0.05$.
Resultados: N=649 P, edad: 73,6 ± 12 años, 62.4 % varones, 6,8% (44) presentaban cardiopatía chagásica. No hubo diferencias con respecto al sexo, factores de riesgo coronarios, indicaciones de MCD, síntomas y variables técnicas eléctricas (umbral de estimulación, sensado e impedancia) durante el implante. El Gr A fueron de menor edad (69 vs 73 años, $p < 0.05$), QRS basal de mayor duración (116 vs 99 ms, $p < 0.05$), > tiempo de procedimiento (43 vs 31 min $p < 0.05$) y de radioscopia (6.9 vs 3.9 min $p < 0.05$). No hubo diferencias entre ambos grupos con respecto a complicaciones relacionadas al implante (9.5 vs 9.4 %, p NS). Durante el seguimiento el GrA presento mayor aumento patológico del umbral de estimulación (5 vs 3.6 % $p < 0.05$),
Conclusiones: Los P con cardiopatía chagásica, fueron más jóvenes, con mayor trastorno de la conducción intraventricular y tiempos de implante más prolongados, evolucionando frecuentemente con un aumento patológico del umbral de estimulación durante el seguimiento.

086 Tiempo de Positivización del Tilt Test Utilizando un Protocolo no Sensibilizado en Pacientes con Sospecha de Sincope Neurocardiogénico

Femenia, F; Arce, M; Calderon, F; Arrieta, M

Introducción: El tilt test (TT) ha demostrado ser un método útil para evaluar la sensibilidad del reflejo neurocardiogénico en pacientes con sospecha de síncope vasovagal (SV). Distintos protocolos pueden utilizarse, variando la sensibilidad y especificidad de acuerdo al tiempo y a los grados de inclinación y a la utilización de drogas sensibilizadoras del reflejo.
Objetivos: determinar el tiempo y el porcentaje de positividad en pacientes con SV, utilizando un protocolo sin sensibilización con drogas.
Material y Métodos: estudio descriptivo, de corte transversal, incluyendo P ≥ 15 años, con sospecha de SV. Se utilizo una mesa basculante con inclinación de 60° y 40 min de duración. Análisis Estadístico: realizamos pruebas de tendencia central. Para determinar la asociación entre variables se utilizaron pruebas de Chi2 y Fisher, para establecer correlación el coeficiente de Pearson y regresión logística binaria y se analizo la positividad acumulada en función al tiempo a través del análisis de Kaplan-Meyer.
Resultados: N= 70 P, 66% mujeres, edad: 39±19 años, el 87% sin antecedentes cardiovasculares, Score de Sheldon: mediana 1, n° de episodios sincopales/mes 1,6±1. TT positivos: 30%. (mixto:29%, vasopresor: 71%). Tiempo de positividad promedio: 19,70±7 min (8-38), percentilo 10: 9,6 min; percentilo 90: 31,20 min. Las correlaciones significativas fueron Sheldon-Edad ($r = -0,286$; $p=0,017$) y Edad-Tiempo de positivización ($r = 0,452$; $p=0,04$). No hubo asociación significativa entre factores de riesgo clásicos, cardiopatía estructural y la positividad del TT. Probabilidad acumulada de negatividad a los 28min: 0,09; a los 32 min: 0,04 y a los 38 min: 0.
Conclusiones: el tiempo promedio de positividad fue de alrededor de 20 min. Con un tiempo de inclinación de 30 min se incluyeron el 85% de los resultados positivos.

098 Proteína Ligadora de Ácidos Grasos Especifica del Corazón: Esta Elevada en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca pero no Predice Evento

Tettamanti, ME; López Díaz, J; San Román, JA; Arnold, R; Nieto, ML; García Moran, E; Tapia Ballesteros, C; Revilla Orodea, A; Gómez Salvador, I; De La Fuente Galán, L
Insuficiencia Cardiaca y Transplante, Scio de Cardiología (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Instituto de Biología y Genética Molecul, Universidad de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Estudiar el comportamiento de la proteína ligadora de ácidos grasos especifica del corazón (HFABP) en pacientes (P) con insuficiencia cardiaca (IC).
Material y Métodos: Los niveles séricos de HFABP fueron medidos en 33 P con IC (21 de ellos candidatos a terapia de resincronización cardiaca –TRC-) y en 26 donantes de sangre que actuaron como grupo control sano. Los P fueron evaluados en el momento basal y 1, 3 y 6 meses después. En cada momento se registro la CF NYHA y la ocurrencia de eventos (internaciones por IC, muerte cardiaca o transplante cardiaco). Se compararon los niveles basales de HFABP en P con y sin eventos a lo largo del seguimiento y se construyo una curva ROC para evaluar su capacidad de predecir eventos clínicos.
Resultados: Los niveles de HFABP fueron significativamente mas elevados en los P candidatos a TRC que en los P con IC que en los controles sanos (1,93 ± 0,95 vs 1,27 ± 0,93 vs 0,09 ± 0,76 ug/l, p 0,001 y 0.01 para P TRC y P IC vs controles sanos respectivamente) y tendieron a ser mas elevados en los P con IC con CF NYHA mas avanzada (p 0,07) (ver tabla). Sin embargo, los niveles de HFABP no fueron diferentes entre los P con y sin eventos a lo largo del seguimiento (2,16 ± 0,8 vs 1,56 ± 0,9 ug/l, p 0.18). La curva ROC para HFABP y eventos mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,7. Un punto de corte de 1,9 ug/l mostró una sensibilidad de 83% y una especificidad de 62% (OR 5, IC 95% [0,7 – 34,9]) (ver gráfico).
Conclusiones: Los niveles séricos de HFABP distinguieron claramente a los P con IC de los controles sanos y mostraron tendencia a ser mas elevados en los P con IC mas avanzada. Sin embargo se comporto modestamente como predictor de eventos clínicos en este contexto.

HFABP ug/l	CF NYHA	p valor
1,9 ± 0,9	III – IV	0,07
1,2 ± 0,9	I - II	

099 Propéptido del Procolágeno Tipo I, Proteína Ligadora de Ácidos Grasos Específica del Corazón y Eventos en Insuficiencia Cardiaca

Tettamanti, ME; López Díaz, J; San Román, JA; Arnold, R; Nieto, ML; García Moran, E; Tapia Ballesteros, C; Revilla Orodea, A; Gómez Salvador, I; De La Fuente Galán, L
Insuficiencia Cardiaca y Transplante, Scio de Cardiología (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Instituto de Biología y Genética Molecul, Universidad de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Evaluar si dos nuevos marcadores, el propéptido del procolágeno tipo I (PICP) y la proteína ligadora de ácidos grasos especifica del corazón (HFABP) predicen ocurrencia de eventos en pacientes (P) con insuficiencia cardiaca (IC).
Material y Métodos: Se evaluaron los niveles séricos de PICP y HFABP en 33 P con IC en una visita basal. Los P fueron seguidos a 1, 3 y 6 meses. En cada visita se registro la ocurrencia de eventos (internación por IC, muerte cardiaca o transplante cardiaco). Se compararon los niveles basales de ambos biomarcadores en P con y sin eventos clínicos a lo largo del seguimiento y se construyeron curvas ROC para PICP y HFABP en relación a la ocurrencia de eventos.
Resultados: 6 P sufrieron eventos durante el seguimiento: 2 P murieron por progresión de su IC y 4 P tuvieron internaciones por IC descompensada. Los niveles basales de HFABP fueron 2,16 ± 0,8 vs 1,56 ± 0,9 ug/l y los de PICP 202 ± 68 vs 133 ± 82 ug/l en P con y sin eventos (p 0,187 y 0,07 respectivamente). Las áreas bajo la curva (AUC) de las curvas ROC fueron 0,69 y 0,76 para HFABP y PICP. Los puntos de corte, sensibilidad y especificidad para ambos biomarcadores se muestran en la tabla. Las curvas ROC se muestran en el gráfico.
Conclusión: Los niveles basales de PICP mostraron una tendencia estadística a asociarse con eventos a lo largo del seguimiento de P con IC. Las curvas ROC mostraron un AUC modestamente mejor para PICP que para HFABP en cuanto a la predicción de eventos clínicos. PICP, un marcador de fibrosis miocárdica, podría ser útil en la practica clínica para el monitoreo de la evolución de los P con IC.

	AUC	Punto de Corte	Sensibilidad %	Especificidad	OR [IC 95%]
HFABP	0,69	1,87 ug/l	83	62	5 [0,7 – 34]
PICP	0,76	140 ug/l	83	64	8,8 [0,8 – 88]

102 Detección de Isquemia con Gammagrafía en Diabéticos Tipo 2 con Angioplastia

Uriarte, RM; Echazarreta, DF; Sarti, M; Letiz, I; Franco, O
Cardiología Nuclear, Hospital San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Cardiología Nuclear, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La enfermedad coronaria es la principal muerte en diabéticos (DBT), estimándose que la mitad fallece por esta patología siendo su incidencia 2 a 4 veces mayor que en el resto de la población. La revascularización con angioplastia (ATC) ha demostrado mayor tasa de reestenosis en pacientes (p) DBT razón por la cual se ha iniciado tratamiento con stents liberadores de drogas (DES) con el fin de mejorar los resultados.
Objetivos: valorar la presencia de isquemia con estudios de perfusión SPECT en DBT tratados con stent convencional (SC) comparados con DES en arteria descendente anterior (DA).
Material y Métodos: Desde Enero de 2006 a Mayo de 2009 se evaluaron 45 p DBT (34 varones) dividiéndose en 2 grupos. Grupo A ATC con DES 21 p con edad x 56 evaluados a 9 meses de la ATC; Grupo B SC 24 p con edad x 54 años.
Resultados: En el Grupo A se detectaron 2 p con isquemia (9,5%), 1 inferobasal y 1 septoapical, apical, anteroseptal, medio y basal con ATC a DA siendo el DP de 19800 en el SPECT. En el Grupo B 9 p con isquemia (37,5%) 2 apical y septoapical, 3 apical y anteroapical, 1 septoapical y anteroseptal y 3 septoapical y anteroseptal medio con score de reversibilidad de 8 puntos y DP de 18100 analizándose los datos con Chi cuadrado p=0,036, Correcciones de Yates p=0,080.
Conclusión: Los estudios de perfusión detectaron isquemia predominantemente en portadores de SC, siendo un método óptimo para identificar reestenosis en forma no invasiva.

118 Concepto Actual de la Progresión desde la Insuficiencia Cardiaca Crónica a la Descompensada en los Registros Hospical I y II

Perna, ER; Coronel, ML; Chuquel, C; Lange, JM; Lobo Márquez, LL; Cimbaro Canella, JP; Diez, F; Colque, RM; Poy, C; Perrone, SV
Insuficiencia Cardiaca, Comité de Insuficiencia Cardiaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Comparar características de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y descompensada (ICD). Método: Análisis retrospectivo de los registros multicéntricos Hospical I (Jun-04/Jun-05) y II (Ago-05/Feb-06), donde se reclutaron prospectivamente pacientes con ICD e ICC, respectivamente.
Resultados: De 3222 pacientes, 475 (15%) fueron admitidos por ICD y 2747 (85%) fueron manejados ambulatoriamente por ICC. Aquellos con ICD fueron más jóvenes, predominantemente varones, sin cobertura social, con historia de alcoholismo, accidente cerebrovascular (ACV) y menos obesos, mientras que los hospitalizados tenían mayor frecuencia de historia de ICC, internaciones previas por ICD e inicio <30 días, pero con similar proporción de etiología isquémica. La evaluación clínica reveló en ICD presiones sistólica y diastólica más elevadas, mayor frecuencia de clase funcional 3-4, ortopnea, sobrecarga hídrica e ingurgitación yugular; mayor porcentaje de fibrilación auricular, bloqueo de rama izquierda y ondas Q en el ECG, cardiomegalia, elevación de creatinina e hiponatremia y función sistólica del VI preservada (FSVIP). En el análisis de regresión logística, las variables asociadas independientemente con ICD fueron: edad (HR=0,96; IC95%=0,95-0,97), ausencia de cobertura (HR=1,6;IC=1,04-2,5), obesidad (HR=0,6;IC=0,4-0,8), ACV (HR=1,9;IC=1,06-3,3), diagnóstico previo (HR=2,8;IC=1,8-4,5), presión diastólica (HR=1,02;IC1,01-1,03), sobrecarga hídrica (HR=3,1;IC=2,2.4,3), ortopnea (HR=4,9;IC=3,4-7,1), ingurgitación yugular (HR=3,8;IC=2,6-5,5), fibrilación auricular (HR=1,5;IC=1,1-2,2), creatinina (HR=1,7;IC=1,3-2,1), sodio (HR=0,96;IC=0,94-0,99) y FSVIP (HR=2,6;IC=1,9-3,6).
Conclusión: El perfil clínico y los factores socioeconómicos fueron diferentes en ICD e ICC. La sobrecarga hidrosalina, la disfunción renal, el tono vascular aumentado y las co-morbilidades, aún en presencia de FSVIP, surgen como mecanismos fisiopatológicos importantes en la progresión hacia la descompensación.

125 Ácidos Grasos del Aceite de Oliva y sus Beneficios en la Salud Cardiovascular

Luna, MC; Moyano, PL; Acosta, GA; Andrada, CA; Nieto, SI; Herrera, JA; Gómez, PE; Espinoza, VP; Catalan, CA; Sanagua, JO
Área Servicio Bromatología y Química, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca, Catamarca, Catamarca, Argentina

Actualmente se reconoce la importancia de los principales ácidos grasos de la dieta; en especial el efecto favorable de la ingesta de ácidos grasos monoinsaturados y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Con el objetivo de estudiar el efecto beneficioso del aceite de oliva virgen (AO) en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, se determinó la composición de ácidos grasos de tres aceites monovarietales, de origen argentino.
Metodología: Se evaluó en tres variedades de A.O.: Frantoio, Picual y Coratina el perfil de ácidos grasos obtenido por cromatografía gaseosa, y se analizaron: porcentaje (%) ácido oleico (ω9), (%) de acido linoleico (ω6), %ácido linolénico (ω3); relación ácido oleico/acido linoleico (O/L); relación linoleico/linolénico (L/Ln) y relación monoinsaturado/poliinsaturado (Mono/Poli).
Resultados: Se encontraron los siguientes valores para los aceites en estudio: Frantoio, Picual y Coratina: % Ac. Oleico: 57.09 vs 71.19 vs 72.22; % Ac. Linoleico: 18.75 vs 7.57 vs 10.60; Relación O/L: 3.2 vs 9.4 vs 6.8 Relación Mono/poliinsaturado: 3.2 vs 8.5 vs 6.4.
Conclusión: la composición en ácidos grasos que presentan los aceites de oliva estudiados los posicionan como alimentos saludables, destacándose como favorables en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, los varietales Picual y Coratina.

129 Influencia del Aceite de Girasol sobre la Composición Corporal en Pacientes Coronarios

Acosta, GE; Herrera, JA; Luna, MC; Andrada, CA; Nieto, SI; Moyano, PL; Gómez, PE; Espinoza, VP; Catalan, CA; Sanagua, JO
Ergometría y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca, Catamarca, Catamarca, Argentina

Determinar el efecto de la ingesta de Aceite de Girasol (AG) sobre la composición corporal en pacientes con enfermedad coronaria crónica estable. El aceite de girasol (AG) tiene una alta proporción en ácidos grasos polinsaturados y es recomendado como un alimento saludable para controlar los riesgos cardiovasculares. El objetivo de este trabajo es observar los efectos de la suplementación de AG en estos pacientes.
Métodos: Un total de 33 sujetos de 63 ± 7 años de sexo masculino fueron evaluados antes y después 21 días de consumo de 50 ml/día de AG. La dieta fué controlada para no aumentar las calorías diarias. Se estudio la Talla (cm), y por bioimpedancia las siguientes variables Peso (Kg), IMC (unidades), Masa grasa (kg), Grasa visceral (Kg), Peso magro (Kg).
Resultados. pre y pos intervención fueron: Talla 169.5 vs 169.3 n/s; Peso 83,3 vs 78,3 p <0.001; IMC 28,3 vs 27,6 p<0.001; Masa grasa 28,01 vs 26,7 p<0.001; Grasa visceral 14,7 vs 14,03 p<0.001; Peso magro 30.3 vs 29,7 p<0.001
Conclusión: se observó una disminución significativa para todas las variables antropométricas evaluadas tras el periodo de intervención con AG, sugiriendo un efecto beneficioso de este suplemento nutricional, en la prevención secundaria, a través de la modificación de la composición corporal de estos pacientes.

131 Plástica Tricuspídea: Técnica y Seguimiento Ecográfico a Mediano Plazo

Zgrablich, C; Ruda Vega, P; Lamelas, A; Aramburu, C; Alonzo, E
Cirugía Cardiovascular, Hospital Italiano La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los diversos mecanismos que generan insuficiencia de la válvula tricúspide requieren el uso de distintas técnicas para su reparación.
Objetivo: Describir las técnicas utilizadas en la reparación de la válvula tricúspide insuficiente y los resultados obtenidos a mediano plazo.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, del registro prospectivo en nuestra base de datos. Entre noviembre de 2005 y diciembre de 2009 se realizaron 20 plásticas tricuspídeas consecutivas. Se realizó plástica de De Vega en el 20% de los pacientes operados hasta el año 2007, posteriormente anuloplastia con anillo completo al resto de los pacientes. Además se realizaron 2 plásticas complejas: cierre de cleft e implante de neocuerdas y resección cuadrangular y deslizamiento. Se realizó ecocardiograma transesofágico (ETE) intraoperatorio y seguimiento ecocardiográfico anual a todos los pacientes.
Resultados: Todas las plásticas fueron exitosas. En dos pacientes se observó gradiente transvalvular moderado en el postoperatorio inmediato, con insuficiencia cardíaca derecha asociada, que no se observó en el control a los tres meses ni posteriormente. En el seguimiento promedio a 22 meses todos los pacientes se encuentran en clase funcional I II y sin insuficiencia residual significativa.
Conclusiones: En nuestra serie, el uso de técnicas diversas según el mecanismo de la IT permitió obtener resultados óptimos en el seguimiento a mediano plazo.

137 Impacto Clínico de la Resincronización en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada

Coronel, ML; Perna, ER; Pantich, RE; Cimbaro Canella, JP; Manzolillo, S; Parras, JI; Macin, SM; Reyes, I; Pozzer, D; Unzain, B
Insuficiencia Cardiaca, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos. Valorar el impacto de la resincronización (TRC) sobre parámetros clínicos, hemodinámicos y eléctricos en insuficiencia cardiaca (IC).
Método. Se incluyeron retrospectivamente 33 pacientes tratados con TRC entre 2003-09. Se analizaron variables eléctricas, ecocardiográficas y clínicas, antes y después del implante. Se calculó la reducción proporcional del QRS (RedQRS) con la fórmula (QRS preTRC-QRS postTRC/QRS preTRC)*100.
Resultados. La edad fue 68±9 años, 76% varones y 60% de etiología isquémica. Pre y pos implante, el QRS fue 192±31 y 154±29 mseg (p<0,001), el intervalo PR 225±47 y 158±15 (p<0,001), sin cambios en los volúmenes de fin de diástole y fin de sístole, pero si un incremento en el volumen sistólico (57,5 vs 68,1 p=0,040) y la fracción de eyección del VI (24±8 vs 29±9, p=0,003). Antes y después de la colocación, la proporción de pacientes internados por IC fue 82% vs 18% (p<0,001), con una media de internaciones de 2,4 vs 0, 5 (p<0,001), y un promedio de 13,5 vs 2,6 días (p<0,001); la clase funcional mejoro desde 3,5 a 2,3 (p<0,001). El tratamiento incluyo betabloqueantes: 82%, IECA/BRA: 82%, diuréticos de asa: 94%, espironolactona: 82%, sin cambios luego del implante excepto por un incremento en la dosis de carvedilol (13,1 vs 18,4 mg, p=0,021) y reducción de la furosemida (68,7 vs 49,1 mg; p=0,004). La RedQRS fue de 18±15 mseg, el área bajo la curva COR para predecir muerte o reinternación por IC fue de 0,91 y un punto de corte de 12% tuvo una sensibilidad de 77% y especificidad de 89%. La supervivencia sin rehospitalización en pacientes con RedQRS mayor o menor del 12% fue 86 vs 20% (log rank test p=0,001).
Conclusiones: La TRC sumada al tratamiento óptimo de pacientes con IC se asoció a mejoría eléctrica y hemodinámica. Estos efectos se relacionaron con reducción en internaciones y mejoría de la CF. El acortamiento del QRS fue una herramienta sencilla para predecir estos resultados.

140 Insuficiencia Cardíaca en Octogenarios en Argentina. Resultados de los registros Hospical I y II

Coronel, ML; Perna, ER; Cimbaro Canella, JP; Echazarreta, D; Lobo Márquez, LL; Botta, C; Diez, F; Colque, RM; Poy, C; Perrone, SV
Insuficiencia Cardiaca, Comité de Insuficiencia Cardiaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Evaluar prevalencia y características diferenciales de pacientes octagenarios con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y descompensada (ICD) en Argentina.
Método: Análisis retrospectivo de los registros multicéntricos Hospical I y II, donde se reclutaron sujetos con ICD e ICC, respectivamente.
Resultados: De 2893 pacientes, 736 (25%) fueron ≥ 80 años (27% en ICC y 15% en ICD, p<0,001). Los octagenarios eran más mujeres, con más cobertura social, demencia, artrosis, anemia y menor filtrado glomerular (FG), siendo menos frecuente el tabaquismo, dislipidemia y diabetes. No hubieron diferencias en la historia de ICC ni en internaciones previas. La enfermedad coronaria fue menos frecuente así como el ritmo sinusal. La tensión arterial fue mayor en pacientes añosos, mientras que la frecuencia cardiaca, tercer ruido y ortopnea, se presentaron con menor frecuencia. La FEy conservada fue similar en ambos grupos (36 y 33%, p NS). En ancianos el uso de cinecoronariografía fue 11 vs 24% y ecocardiograma 87 vs 91%, ambas p<0,001. En octagenarios con ICD el tratamiento difirió en el uso de inotrópicos (4 vs 13%, p 0.024), sin diferencias en vasodilatadores. El tratamiento vía oral en ancianos incluyó betabloaqueantes 38 vs 52%, p<0,001, IECA/ARA II 60 y 70% p<0,001 sin diferencias en la prescripción de espironolactona, diuréticos y digoxina. En el análisis multivariado, las variables asociadas de manera independiente fueron: mujer (OR=1.4,IC95%=1.1-1.9), cobertura social (2.9,1.7-4.8), tabaquismo (0.3,0.2-0.5), dislipidemia (0.5,0.4-0.7), diabetes (0.6,0.5-0.8), demencia (3.9,1.7-8.9), presión sistólica (1.006,1.002-1.011), anemia (1.5,1.1-1.9), ritmo no sinusal (1.6,1.2-2), ICC (1.8,1.3-2.6), artrosis (2,1.4-2.8) y FG (0.988, 0.982-0.994)
Conclusiones: En la actualidad 1 de 4 pacientes con IC es mayor de 80 años. Esta población presenta un perfil clínico similar al resto, con las principales diferencias en las comorbilidades y el tratamiento.

143 Ecocardiograma Tisular Normal en Pediatría

De Dios, A; Manso, P; Levantini, F; Carugattti, R; Zampach, M; Seara, G; Floresi, E; Martínez, I; Vidal, M; Stepfferi, C
Cardiología, Cardiología Pediátrica, Hospital de Niños Pedro Elizalde, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: La ecocardiografía doppler tisular es un nuevo método para revelar alteraciones precoces de la función ventricular izquierda (VI) y derecha (VD), siendo un potencial marcador de disfunción ventricular precoz. El objetivo de este estudio fue obtener valores medios normales de las velocidades tisulares miocárdicas en niños de acuerdo a su superficie corporal (SC).
Método: Se realizaron ecocardiograma 2D, Doppler y tisular a 45 pacientes sanos. Se midieron: la función sistólica, las velocidades E y A mitral y tricuspídea, excursión lateral, TEI VD y VI, onda A tisular (A´), onda E tisular (E´) y onda S tisular (S´) en pared libre de VD, VI y septum interventricular a nivel basal y medioventricular. Los datos cuantitativos fueron expresados como media ± desviación estándar. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de p < 0,05.
Resultados: Los pacientes se agruparon por edad y SC: menores 1 año SC<0.4 (25 p), de 1 a 5 años SC >0.4 <1 (10 p), entre 5 y 10 años (a) SC de 1 a 1.5 (8p) y mayores de 10 a con SC >1.5 (2p). La onda S aumenta con la edad a nivel basal VD y VI y septal. La onda E' de VI, VD y septal tanto a nivel basal como medioventricular aumentó con la edad hasta los 5 años. La onda A´ del VI, VD y septal tanto basales como medioventriculares no presentaron cambios. El IVA medido en m/seg/m2 a nivel medioventricular del VI y del VD aumentó durante el primer año de vida y luego permanece estable
Conclusiones: El doppler tisular revela un cambio positivo de la onda S´ y en la onda E´ que se incrementa con la edad, sugiriendo una mejoría en las propiedades sisto diastólicas del miocardio, mientras que la onda A´ no se afecta implicando una función atrial conservada. El IVA en m/s2 (velocidad/tiempo) se incrementa durante los primeros meses de vida y luego es menos edad dependiente que las velocidades miocárdicas. Estos valores aportan valores de referencia en población normal.

144 Eco Tisular Normal en los Menores de 1 Año

Manso, P; De Dios, A; Levantini, F; Carugattti, R; Zampach, M; Seara, G; Lavaroni, C; Martínez, I; Vidal, M; Vaccari, M
Cardiología, Cardiología Pediátrica, Hospital de Niños Pedro Elizalde, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: La ecocardiografía doppler tisular es un nuevo método para revelar alteraciones precoces de la función ventricular izquierda (VI) y derecha (VD), siendo un potencial marcador de disfunción ventricular precoz. El objetivo de este estudio fue obtener valores medios normales de las velocidades tisulares miocárdicas en niños menores de 1 año.
Método: Se realizaron ecocardiograma y Doppler tisular a 45 pacientes sanos. Se midieron: la función sistólica, las velocidades E y A mitral y tricuspídea, excursión lateral, TEI VD y VI, onda A tisular (A´), onda E tisular (E´) y onda S tisular (S´) en pared libre de VD, VI y septum interventricular a nivel basal y medioventricular. Los datos cuantitativos fueron expresados como media ± desviación estándar. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de p < 0,05.
Resultados: Los pacientes se clasificaron en 4 grupos: I: entre 0 y 1 mes (12 p), II: entre 1 y 3 meses (12 p), III: entre 4 a 6 meses (10p) y IV: entre 7 y 12 meses (10p). La onda E' de VI, VD y septal tanto a nivel basal como medioventricular aumentó con la edad. La onda A´ del VI, VD y septal tanto basales como medioventriculares no presentaron cambios. La onda S´ no presenta cambios significativos excepto a nivel medioventricular del VD que se incrementó con la edad. El IVA medido en m/seg/m2 a nivel medioventricular del VI y del VD aumentó con la edad y el IVA medido en m/seg a nivel basal de VD también se incrementó.
Conclusiones: El aumento progresivo del DDVI y anillo mitral se relaciona con el crecimiento biológico. El doppler tisular revela un cambio positivo de la onda E´ que se incrementa con la edad, sugiriendo una mejoría en las propiedades diastólicas del miocardio, mientras que la onda A´ no se afecta implicando una función atrial conservada. El estudio permitió tener valores normales de referencia ante disfunciones ventriculares en menores de 1 año.

154 Angioplastia Coronaria en la Enfermedad de Múltiples Vasos con Severo Deterioro de la Función Ventricular

Hanna, C; Larghi, R; Montefeltro, G; Cigalini, C
Centro de Tratamientos Endovasculares, Hemodinamia, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina / Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Hemodinamia, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Los pacientes con enfermedad coronaria de múltiples vasos (ECMV) y mala función sistólica ventricular izquierda (FSVI) representan un subgrupo de alto riesgo, constituyendo un desafío al momento de definir la mejor estrategia de revascularización.
Objetivo: Analizar los resultados inmediatos y alejados de un grupo consecutivo de pacientes con ECMV y severo deterioro de la FSVI tratados con angioplastia transluminal percutánea coronaria (ATPC) como método primario de revascularización.
Material y métodos: Entre el 01/01/00 y 31/12/09 se incluyeron 48 pacientes. Se definió como ECMV a la obstrucción ≥70% en dos o más vasos epicárdicos con distinto territorio de irrigación miocárdica, y como severo deterioro de la FSVI a una fracción de eyección ≤ 30%. Se estudiaron variables clínicas y angiográficas, y se analizó la incidencia de eventos en el seguimiento.
Resultados: n= 48 pacientes, edad: 65 años (rango: 44 - 87 años), 33% diabetes, 50% con IAM previo, 12.5% con ATPC previa, 8.5% con antecedente de cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Se implantaron un promedio de 1.8 stents/paciente, 41.6% de los mismos eran liberadores de droga. Se utilizó balón de contrapulsación aórtica en un 6.3% de los casos. El éxito del procedimiento fue del 96% (IC 95%: 86%-99%). No se requirió de cirugía de urgencia. En un seguimiento promedio de 25.6 meses (rango: 0 - 114 meses) la sobrevida global al año del tratamiento fue del 80.7% y a los dos años del 71%. La sobrevida libre de eventos (IAM, nueva ATPC, necesidad de CRM) fue de 87.8% a los 6 meses y del 84.6% a los 12 meses.
Conclusión: Teniendo en cuenta el alto riesgo de la población tratada, la angioplastia en la ECMV y severo deterioro de la FSVI ha demostrado una elevada tasa de éxito primario y sobrevida global, con una baja incidencia de eventos en el período intrahospitalario y en el seguimiento alejado.

155 Registro de Angioplastia y Stenting Carotideo de la Ciudad de Rosario

Cigalini, C; Piraino, R; Picabea, E; Zangroniz, P; Paolantonio, D; Rojo, L; Hanna, C
Hemodinamia, Sociedad de Cardiología de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

La Angioplatia Carotidea (AC) ha surgido como una alternativa a la Endarterectomía Carotidea (EC) en el tratamiento de la enfermedad carotidea extracraneana, especialmente en pacientes con mayor riesgo quirúrgico.
Objetivo: Evaluar los resultados intrahospitalarios de la AC llevada a cabo en servicios de Cardiología Intervencionista de la ciudad de Rosario.
Material y Métodos: Participaron del registro 9 instituciones donde habitualmente se realizan más del 95% de las intervenciones endovasculares que se practican en la ciudad. Los datos fueron recogidos en forma retrospectiva a través de un cuestionario preestablecido respondido por cada institución. En un período comprendido entre Junio/1996 y Agosto/2009 se incluyeron 553 pacientes, 76% de sexo masculino, edad promedio de 66.1 años. El 47.4% eran sintomáticos, el 31.1% tenía comorbilidad asociada que incrementara significativamente el riesgo quirúrgico (ASA >III) y el 10.7% oclusión carotidea contralateral. Se estimaron incidencias ponderadas de Mantel-Haenszel con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC.95%).
Resultados: Se implantaron stents en el 100% de los pacientes y el uso de protección cerebral fue del 85%. Se practicó un procedimiento endovascular simultaneo en otro territorio en el 4.8% de los casos. La tasa de éxito de la intervención fue del 97.3% (95.6 - 98.5). Hubo un 4.3% (2.8 - 6.4) de complicaciones perioperatorias: muerte 0.36% (0.04 - 1.3), ACV mayor 1.26% (0.5 - 2.6), ACV menor 2.53% (1.4 - 4.2), IAM 0%, complicaciones vasculares 0.18% (0 - 1).
Conclusiones: La tasa de éxito y complicaciones reportadas se encuentran dentro de los límites fijados como recomendaciones para la EC. Esta observación proporciona una prueba más de la eficacia de la AC y sustenta su consideración como una de las opciones terapéuticas en el manejo de la enfermedad carotidea extracraneana.

162 Diferencias Clínicas entre Presentación Aguda y Crónica de la Insuficiencia Cardíaca con Función Sistólica Preservada

Coronel, ML; Lobo Márquez, LL; Diez, F; Colque, RM; Poy, C; Alvarez, S; Echazarreta, D; Cimbaro Canella, JP; Perna, ER; Perrone, SV
Insuficiencia Cardiaca, Comité de Insuficiencia Cardiaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

La insuficiencia cardíaca presenta un perfil clínico diferente según la función ventricular deteriorada o conservada (FSC). Sin embargo existen pocos datos de acuerdo a la presentación aguda o crónica en este último grupo.
Objetivo: Comparar características de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y descompensada (ICD) con función sistólica conservada (FSC).
Método: Análisis retrospectivo de los registros multicéntricos Hospical I (Jun-04/Jun-05) y II (Ago-05/Feb-06), donde se reclutaron prospectivamente pacientes con ICD e ICC, respectivamente. FSC se definió a partir de una FEy ≥40% o evaluación cualitativa (función conservada o deterioro leve).
Resultados: De 3222 pacientes, 917 tenían FSC, 20% fueron admitidos por ICD y 80% fueron manejados ambulatoriamente por ICC. La edad de los pacientes internados fue menor, 68 vs 72 años (p=0.002); con similar proporción de sexo masculino (45%), y cardiopatía isquémica (20%). El diagnóstico previo, los antecedentes de hospitalización por ICD y clase funcional (CF) 3/4 fueron más frecuentes en los pacientes internados. También la frecuencia cardiaca (FC), recuento de glóbulos blancos (GB), glucemia y creatinina fueron más altos en este último grupo. En el análisis multivariado los predictores independientes fueron el diagnóstico previo (HR=2.9, IC95%=1.6-5.4), la CF 3/4 (HR=1.9, IC=1.1-3.2), creatinina ≥1.2 mg/dl (HR=1.7, IC=1.1-2.8), FC≥80 (HR=2.1, IC=2.3-3.5), GB≥7200 (HR=2.6, IC=1.6-4.3), glucemia ≥100 (HR=2.5, IC=1.5-4.1) y < edad (reducción de 10 años) (HR=1.3, IC=1.1-1.6).
Conclusión: La IC con FSC demostró un perfil diferente según su presentación como ICC o ICD. Este último grupo se caracterizó por ser de menor edad, con mayor severidad y una tasa más elevada de comorbilidades.

168 Abordaje Xifoideo-Esternotomía Inferior (Mini-OPCAB) en Cirugía Coronaria Técnica Resultados Alejados

Benetti, FJ; Angeletti, E; Ameriso, JL; Zapetti, M; Zapetti, A; Rizzardi, JL
Cirugía Cardiaca, Cirugía, Fundación Benetti, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía Cardiaca, Depto. Bioingeniería, Fundación Benetti, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: En 1978 comenzamos a realizar la cirugía coronaria sin la utilización de la circulación extracorpórea, por esternotomía mediana OPCAB. En 1994 por primera vez la operación de MIDCAB. En 1997 por primera vez la operación de MINI OPCAB
Objetivos: Analizar detalles técnicos y resultados alejados de la técnica abordaje xifoideo esternotomía inferior (MINI OPCAB).
Material y Métodos: La población consistió en 40 pacientes a quienes se le realizó la operación de MINI OPCAB entre Octubre de 1997 y Marzo de 2010. 45% tenía lesión de un vaso, 22,5% de dos vasos, 32,5% tres vasos, 5% lesión de tronco, el score de riesgo fue de 3.1 + - 1.2 (EURO SCORE). El esternón fue abierto por la apéndice xifoides hasta el cuarto espacio intercostal, haciendo una extensión hacia la izquierda derecha o ambos lados dependiendo de las arterias a ser revascularizadas. La mamaria izquierda fue disecada dejando los dos últimos cm de la parte distal. La mamaria derecha cuando fue usada como arteria dadora para las anastomosis restantes fue disecada parcialmente efectuando una conexión con la vena o arteria en forma termino terminal o termino lateral preservando alrededor de seis cm en la parte distal del esternón. Diversas combinaciones para realizar una revascularización coronaria fueron efectuadas por esta técnica sin la utilización de la circulación extracorpórea. El número de puentes fue de 1.5 por paciente
Resultados: Mortalidad operatoria 0%. A 144 meses, la probabilidad de sobrevida fue del 82.5% KM. 68.5% de los pacientes está libre de síntomas.
Conclusiones: Esta es una técnica que ofrece al paciente las ventajas de una cirugía menos invasiva con buen resultado a largo plazo. Avances instrumentales son necesarios para facilitar la operación. El análisis estadístico las curvas de Kaplan y Meier fueron hechas con Hintze,JNCSS 2007(Kaysville Uthat)

174 Estratificación del Riesgo en el Infarto Agudo de Miocardio según el Indice Leuco-Glucémico. ¿El "Killip Kimbal" de laboratorio?

Quiroga Castro, W; Conci, E; Zelaya, F; Sala, J; Pacheco, G; Serra, C; Balestrini, C; Isa, M; Collard, L; Chayep, J
Terapia Intensiva, Terapia Intensiva, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Hemodinamia, Hemodinamia, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología Clínica, Cardiología Clínica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La valoración del riesgo en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMc/ST) es de capital importancia en el manejo de los síndromes coronarios agudos.
Objetivos: Se propuso estratificar el riesgo inicial empleando el laboratorio basal de admisión del paciente (p.), combinando el recuento leucocitario y las cifras de glucemia, para conocer el impacto del índice leuco-glucémico (ILG) en la morbi-mortalidad intrahospitalaria.
Material y Métodos: En el período comprendido desde 01/01/2007 a 31/12/2009, 182 p. consecutivos ingresaron a nuestra Institución con diagnóstico IAMc/ST en las primeras 48 horas de evolución desde el inicio de los síntomas. El ILG se obtuvo multiplicando el valor de la glucemia (mg/dl) por el número de leucocitos en miles (leucocitos /1000), para establecer la relación entre este índice y el punto final combinado (Muerte e Insuficiencia Cardiaca).
Resultados: El análisis de las curvas ROC facilitó la selección del punto de corte óptimo (>1600) para el ILG. Los p. fueron divididos en 4 grupos según el ILG: Grupo 1: <1600 15% de eventos. Grupo 2: 1600-2400 32% de eventos. Grupo 3: 2400-3200 48% de eventos. Grupo 4: >3200 63% de eventos. Los valores de Odds-Ratio y Riesgo Relativo obtenidos cuantifican la importancia de la asociación entre las complicaciones y el valor del índice Leuco-Glucémico >1600 (p <0.0001) (OR 6.2, IC 95%: 2,08 - 8,23). Se observó una diferencia estadísticamente significativa (p <0.0001) con el test de chi cuadrado entre la evolución intrahospitalaria de cada grupo y el ILG.
Conclusión: El Índice Leuco-Glucémico (ILG) puede constituirse en una herramienta útil para la estratificación del riesgo en la admisión de los pacientes con IAMc/ST. El ILG >1600 presentó fuerte asociación con las complicaciones intrahospitalarias.

177 Impacto de la Descompensación y la Función Ventricular sobre el Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca

Cimbaro Canella, JP; Perna, ER; Lobo Márquez, LL; Diez, F; Colque, RM; Coronel, JP; Poy, C; Barrios, PI; Olmedo, M; Perrone, SV
Insuficiencia Cardiaca, Comité de Insuficiencia Cardiaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La comparación del tratamiento de la insuficiencia cardíaca en diferentes escenarios clínicos, ha sido poco evaluada en nuestro país.
Objetivo: Comparar el tratamiento de la insuficiencia cardíaca según su forma de presentación, como crónica (ICC) o descompensada (ICD) y según la función ventricular conservada (FC: fracción de eyección ≥40% o función conservada o deterioro leve) o deprimida (FD).
Método: Análisis retrospectivo de los registros multicéntricos Hospical I (Jun-04/Jun-05) y II (Ago-05/Feb-06), donde se reclutaron prospectivamente pacientes con ICD e ICC, respectivamente.
Resultados: Un total de 2759 pacientes fueron clasificados en los siguientes grupos: 1 (ICC-FC) 26%, 2 (ICC-FD) 57%, 3 (ICD-FC) 7% y 4 (ICD-FD) 10%; con una edad media de 72, 71, 68 y 66 años respectivamente (p<0.0001). Del grupo 1 al 4 el uso de drogas fue: betabloqueantes (BB) 38, 54, 61 y 71% (p<0.0001); inhibidores de la enzima de conversión/ bloqueantes del receptor de angiotensina (IECA/BRA) 61, 72, 74 y 83% (p<0.001); espironolactona 77, 84, 32 y 68% (p<0.0001); diuréticos 77, 80, 68 y 82% (p 0.001); digoxina 10, 24, 17 y 39% (p<0.001), triple bloqueo (BB, IECA/ARA y espironolactona) 19, 38, 23 y 54% (p<0.0001).La prescripción de estas drogas fue significativamente mayor en pacientes con fracción de eyección deprimida que en aquellos con función ventricular conservada, tanto en ICC como en ICD; excepto por la indicación de diuréticos en ICC. En pacientes con FC, la comparación del tratamiento entre ICC e ICD mostró diferencias significativas en todas las drogas, excepto en el uso del triple bloqueo; mientras que con FD con ICC y ICD, el único que no alcanzó diferencias estadísticas significativas fue la utilización del diurético.
Conclusión: Existen claras diferencias en el uso de drogas según cada escenario clínico y la función ventricular. En pacientes con ICD, la hospitalización fue una oportunidad para optimizar el tratamiento, aunque éste permanece subóptimo.

178 Uso Racional de Stents Liberadores de Droga y Stents Metálicos en la Enfermedad Coronaria de Múltiples Vasos

Cigalini, C; Hanna, C; Montefeltro, G; Larghi, R
Centro de Tratamientos Endovasculares, Hemodinamia, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina / Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Hemodinamia, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina

Antecedentes: La revascularización percutánea híbrida [RPH] (colocación de stents con al menos un stent liberador de droga [DES] y al menos un stent metálico [BMS] en el mismo paciente) podría resultar una alternativa costo-efectiva a la utilización exclusiva de DES.
Objetivos: Evaluar los resultados del implante de stents en pacientes con enfermedad coronaria de múltiples vasos (ECMV) utilizando una estrategia racional combinando uso exclusivo de DES y RPH.
Material y Métodos: En el período: 01/2002 - 12/2009 se incluyeron 122 pacientes tratados con implante de stents en más de un vaso epicárdico. El uso de DES se reservó para aquellas situaciones clínicas o angiográficas con mayor riesgo de reestenosis (lesiones largas, vasos pequeños, lesiones en bifurcación y pacientes diabéticos). Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba chi-cuadrado; la sobrevida libre de eventos (SLE) se calculó con el método de Kaplan-Meyer. Un valor de P<0.05 en las pruebas fue considerado estadísticamente significativo.
Resultados: Sexo masculino 84%, edad promedio 63.6 ± 1 años (± ESM). Anginas Inestables 87%. Diabéticos 35%. El 30% tenía lesión de 3 vasos y el 13% mala función ventricular. Se utilizó la vía radial en un 23% y se implantaron un promedio de 2,4 stents/paciente. La revascularización fue completa en 80% de los casos. En el 42.6% se utilizó la estrategia de RPH. El éxito de la intervención fue de 98.4% (IC.95%: 94% - 99%), hubo una muerte y un infarto dentro de los primeros 30 días. En un seguimiento medio de 19 meses (rango 3 - 95), la mortalidad global fue del 12.3 % (7.4% cardiológica). La SLE (infarto, muerte o nueva revascularización) fue del 74.6%. La incidencia de eventos en el grupo DES fue similar a la del grupo RPH (27% vs 23%; P= NS).
Conclusiones: La estrategia de RPH ha demostrado ser segura y eficaz. El menor costo implícito podría ampliar la aplicabilidad de las intervenciones percutáneas a un mayor número de pacientes con ECMV.

179 Valor Pronóstico del Pro BNP en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST

Macin, SM; Reyes, L; Perna, ER; Chuquel, C; Echeverria, F; Lange, JM; Alvarez, O; Fleitas, M; González Arjol, B; Brizuela, M
Cardiología, Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina / Laboratorio, Laboratorio, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: El pro-BNP es marcador pronóstico en infartos con elevación del ST.
Objetivos: Evaluar el valor pronóstico del pro-BNP en pacientes con IAM a largo plazo.
Métodos: Estudio prospectivo, observacional de 111 pacientes (ptes) consecutivos con IAM con ST, ingresados a unidad coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes entre el 01/01/08 al 31/12/08, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas. El Pro BNP fue medido a la admisión.
Resultados: En el seguimiento a 542 días se registraron 7 muertes (6.3%), y 20 muertes/infarto. El área bajo la Curva ROC para determinar el mejor punto de corte de proBNP para mortalidad fue 0.72 (0,68-0,88). Un punto de corte de 900 pg/ml mostró una sensibilidad de 85% y una especificidad de 62%. Los ptes fueron clasificados en grupo 1(aquellos con proBNP >900 pg/ml), y los restantes en grupo 2. Ambos grupos fueron diferentes en edad (68±10 vs 59.8±11, p<0.001), diabetes (31.5 vs 10%, p=0.006), tabaco (10 vs 42%, p<0.001), EPOC (20 vs 0.8 %, p<0.001), localización anterior (62 vs 35%, p=0,015) FE menor de 40%(25 vs 40%, p=0.008). En el modelo multivariado los predictores de pro BNP elevado fueron: localización anterior (OR=3.3IC 95%1.17-9.5, p=0.024) y edad (OR=1.06(IC95% 1.009-1.115, p=0.021). En el modelo proporcional de Cox fueron predictores independientes: urea (HR 5.1, IC 95% 3.8-5.9) y rales (HR 2,5: IC 95 % 1,15-3,p=0.025. La supervivencia por Kaplan Meyer fue de 89 y 98% en los grupos 1 y 2 respectivamente (long rank test 0,028).
Conclusiones: Los niveles elevados de proBNP al ingreso, mayores a 900 pg/ml se relacionaron con mayor mortalidad en el seguimiento, la edad y localización anterior fueron predictores de pro BNP elevado, sin embargo no fue predictor independiente.

183 Actitudes de Médicos Argentinos en Prevención Cardiovascular

Alcalá, G; Pacher, A; Prats, M; Flichtentrei, D
IntraMed, Contenidos, IntraMed, Olivos, Buenos Aires, Argentina / CETIFAC, Facultad de Ingeniería, UNER, Oro Verde, Entre Ríos, Argentina

Introducción: La prevención cardiovascular (PCV) es uno de los temas sanitarios de mayor trascendencia del presente.
Objetivos: Conocer la opinión y las actitudes de médicos argentinos de distintas especialidades acerca de este tema.
Material y métodos: se realizaron ocho (8) encuestas sucesivas que indagaron acerca de un punto específico. Se empleó un cuestionario estructurado de opciones múltiples on line en el sitio web www.intramed.net
Resultados: encuestados 4638 médicos. Género: masculino: 57%, femenino: 43%. Edad: media: 50,4 años Edad según género: varones 53,2 años, mujeres: 46,7 años. 57,1 % consideró que más del 40% de sus pacientes tenían exceso de peso.84% les mide la TA a más del 40% de sus pacientes. 85,4% interroga y aconseja sobre tabaquismo a más del 40% de sus pacientes. 90,6% solicita lípidos y glucemia anualmente a más del 40% de sus pacientes. 6,8% les miden el perímetro de la cintura (PC) a más del 50% de sus pacientes.90,8% prescribe actividad física a más del 40% de sus pacientes.49,8% considera que más del 40% de sus pacientes cambian sus hábitos con su consejo. 80,5% considera que más del 40% de sus pacientes cumplen tratamiento para la HTA luego de seis meses.
Conclusiones: estos resultados ponen en evidencia que la mayoría de los profesionales considera que la obesidad es un problema que afecta a gran parte de sus pacientes con independencia de la especialidad. También nos ha permitido identificar la dificultad en la implementación de las medidas antropométricas de obesidad central. El alto valor predictivo del PC así como la sencillez y economía de su aplicación lo convierten en un dato privilegiado en la PCV. Las debilidades de su aplicación en la práctica clínica deberían estimular acciones de educación y divulgación para superar la situación actual. Esta investigación aporta información novedosa respecto de las representaciones y actitudes autorreportadas por profesionales en un tema de alto impacto sanitario.

185 Características Ecocardiográficas y del Doppler Tisular de la Estenosis Aórtica Muy Severa

Parras, JI; García, E; Tassano, E; Obregón, R; García , W; Onocko, M; Popilovsky, S
Ecocardiografía, Instituto de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: recientemente se ha descripto la historia natural de la estenosis aórtica muy severa (EAMS). No se han descripto las características del Doppler tisular (DT) en estos pacientes.
Objetivo: describir las características ecocardiográficas y del DT en pacientes con EAMS (velocidad máxima mayor a 5 m/seg y área valvular menor a 0,6 cm) y relacionarlos con el estadio de la enfermedad.
Métodos: incluimos 139 pacientes con estenosis aórtica severa, 62% hombres, edad media 68 (DS12). Se realizó un ecocardiograma completo con medición de las velocidades del DT septal y lateral. 30 (22%) tenían EAMS.
Resultados: en comparación con el resto, los pacientes con EAMS tuvieron mayor espesor septal y de la pared posterior (16 vs 14 y 13 vs 12 mm p=0,002) mayor índice de masa (169 vs 132 gr/m2 p=0,002) y mayor trabajo sistólico (136 vs 113 g.m p=0,001) menor área valvular (0,4 vs 0,6 cm2 p=0,0001). El llenado restrictivo fue más frecuente (17 vs 0,9% p=0,002). No hubo diferencias en fracción de eyección ni en Zva. El pico S tanto septal como lateral fue menor (5,3 vs 5,9 y 6,3 vs 7,5 cm/seg p=0,03 y 0,004) y la relación E/E´ significativamente mayor (19 vs 15 p=0,028).
Conclusiones: las características ecocardiográficas y del DT de los pacientes con EAMS sugieren peor función sistodiastólica y presiones de llenado ventriculares más elevadas, por lo tanto un estadio más avanzado de la enfermedad.

190 Verificación Intraoperatoria por Medidor de Flujo por Tiempo de Tránsito en Puentes Coronarios

Benetti, F; Ameriso, J; Angeletti, E; Zappetti, M; Zappetti, A; Rizzardi, J
Cirugía Cardiaca, Cirugía, Fundación Benetti, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía Cardiaca, Depto. Bioingeniería, Fundación Benetti, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La utilización del medidor de flujo por tiempo de tránsito es una de las alternativas técnicas que ha demostrado probada eficiencia que redunda en los resultados inmediatos y alejados en cirugía coronaria.
Objetivos: Mejorar la calidad de la cirugía coronaria utilizando el sistema de medición de flujo por tiempo de transito (Transit Time Flow Measurement, TTFM).
Material y Métodos: Se midió el flujo de 179 puentes coronarios arteriales y venosos realizados en 76 pacientes operados de cirugía coronaria directa sin la utilización de la circulación extracorpórea entre agosto de 2001 y marzo de 2010. Se utilizo un sistema Medi-Stim BF 1001, con diferentes sondas para evitar distorsión o compresión del puente. Para detectar cualquier imperfección en la anastomosis o competencia del flujo en la arteria nativa se compararon dos mediciones sobre el puente con la coronaria proximal ocluida y libre. La última medición se realizó después de administrar protamina y antes de cerrar el paciente.
Resultados: Sobre 179 puentes evaluados, 14 (7,8%) debido a curvas de flujos irregulares y valores de IP mayores de 5 fueron revisados. En dos casos se debió a torsiones del conducto (1,1%) en cinco casos (2,7%) discrepancia entre tamaño del puente y arteria nativa. En siete casos (3,9%) se reconstruyó la anastomosis encontrándose en dos la presencia de un trombo (1,1%) en uno un flap intimal libre (0,5%) en uno una disección de la arteria (0,5%) y en tres defectos técnicos (1,7%).
Conclusiones: La medición del flujo por tiempo de tránsito es sumamente útil para detectar, intra operatoriamente, imperfecciones de un puente coronario. Una correcta interpretación en la forma de la curva de flujo, el IP y el valor del flujo medio, puede reducir errores técnicos imperceptibles en la anastomosis. El análisis estadístico fue hecho con Hintze,JNCSS 2007 (Kaysville Uthat)

194 Valor Pronóstico del Recuento de Neutrófilos Sanguíneos en la Evolución de Hipertensión Arterial: Su Aplicación Clínica

Said Nisi, JG; Sembaj, A; Balzarini, M; Bendersky, MA; Martínez, FA
Cardiología, Departamento de Investigación Clínica, Fundación Rusculleda / DAMIC, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cátedra de Biología Molecular, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina / Secretaria de Asuntos Académicos, Departamento de Estadística, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: los neutrófilos sanguíneos (NS) cumplen un rol central en la patogénesis de la hipertensión arterial (HT). Niveles elevados de presión arterial sistólica, aún dentro de los rangos de normotensión, han sido asociados significativamente con un aumento de glóbulos blancos. Sin embargo, se desconoce si el recuento de NS (rNS) tiene valor pronóstico en la evolución de pacientes con HT.
Objetivos: establecer un valor de corte del rNS en sujetos (S) con HT para estimar el riesgo cardiovascular de acuerdo al estadío (E) de HT.
Material y Métodos: estudio transversal, n: 532 S (edad media 54.3, masculinos 50.2%, raza blanca 84,8%) con HT según JNC VII y libres de tratamiento. Se excluyeron HT secundaria, enf. inflamatorias, uso de AINEs/corticoterapia, infecciones sistémicas, diabetes, disfunción tiroidea, neoplasias, embarazo, abuso de drogas y/o alcohol, previa firma del consentimiento informado. El rNS > al percentilo 75 (4.46x10 a la 9 cel/L) se consideró el punto de corte para NS elevados. Los S fueron categorizados según: A- PreHT/HTE1(n=241,45%) y B- HTE2(n=291,55%). Análisis estadístico: un modelo de regresión logística multivariable explica los E de HT: A vs. B en función de edad, género, raza, tabaco, índice de masa corporal, col/hdl, proteína c-us, ácido úrico y score de Framingham como factores de riesgo cardiovascular y rNS.
Resultados: el Odds de aumentar el E de HT de A a B fue 0.55 (coeficiente de regresión: -0.59, 95%IC: 0.31-0.97, p=0.03), en S con elevado rNS (> p 75 de la distribución de NS).
Conclusiones: Los S PreHT/HTE1 con rNS elevados presentan 2 veces más chances de evolucionar a HTE2 e incrementar su riesgo. El rNS surge como un novedoso marcador independiente de riesgo cardiovascular.

196 Ablación por Radiofrecuencia de Taquicardia Ventricular en Pacientes con Cardiopatía Estructural

Medesani, L; Palazzo, A; Galizio, N; Raña, R; Ramírez, M; Robles, F; Albano, F; González, JL
División Electrofisiología, Fundación Favaloro, CABA, CABA, Argentina

En diversas publicaciones se ha reportado la utilidad de la ablación por radiofrecuencia (ARF) de taquicardia ventricular (TV) en pacientes (ptes) con cardiopatía estructural, portadores o no de un cardiodesfibrilador implantable (CDI).
Objetivo: Evaluar el éxito, complicaciones y recurrencia de la ARF de TV en un grupo de ptes con cardiopatía estructural.
Métodos: Desde Diciembre de 2002 hasta Septiembre de 2009 se realizaron, en nuestra institución, 22 procedimientos de ARF de TV en 20 ptes. Dieciocho de sexo masculino, edad media de 54,9 años. El origen de la cardiopatía fue: 35% isquémica, 35% idiopática, 20% congénitas, 5% Miocardio No Compacto y 5% chagásica. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue 33%±13. El 50% tenía implantado un CDI. La indicación de la ARF se realizó por choques repetidos del dispositivo o por TV recurrente a pesar del tratamiento con drogas antiarrítmicas. En todos los ptes se realizó abordaje endocavitario. En dos pts sujetos a un segundo procedimiento se utilizó la vía epicárdica. El 40% de los ptes presentaron una sola morfología de TV, encontrándose dos o más en el resto.
Resultados: El éxito primario se obtuvo en el 60% de los casos, eliminando la TV clínica. En un seguimiento de 15±19 meses se observó una recurrencia de 65%. Cuatro pts (20%) presentaron TV con descompensación hemodinámica durante el procedimiento. Se utilizó sistema de navegación tridimensional en 13 ptes (65%). No se observaron complicaciones relacionadas a la ARF.
Conclusiones: En nuestra población en estudio la ARF en ptes con cardiopatía estructural y TV recurrente y repetitiva mostró un éxito aceptable sin complicaciones, constituyendo una herramienta útil en el tratamiento de este grupo de pts complejos.

197 Catéter Irrigado vs Catéter 8mm en la Ablación de la Fibrilación Auricular. Éxito y Complicaciones

Raña, R; Galizio, N; Medesani, L; Ramírez, M; Robles, F; Palazzo, A; Albano, F; González, JL
Electrofisiología, Cardiología, Fundación Favaloro, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (ARF) es un tratamiento frecuente en pacientes (pts) con fibrilación auricular (FA). La utilización de diferentes catéteres podría incidir significativamente en la tasa de éxito y complicaciones.
Objetivo: Analizar en nuestra población de pts sujetos a ablación de FA, el éxito y las complicaciones obtenidas con 2 tipos de catéteres.
Método: Desde diciembre de 2007 a diciembre de 2009 en forma consecutiva prospectiva y aleatorizada se practicó con catéter de 8 mm o irrigado, ARF de FA en 43 pts. En todos se realizó aislamiento eléctrico circunferencial de las venas pulmonares y en la FA persistente de más de un año (FAP) se completó con líneas en techo y/o istmo mitral y potenciales fraccionados. Se excluyeron del análisis los segundos procedimientos de ablación. Se utilizó catéter irrigado en 22 pts (Grupo A): 77% hombres; 53 ± 7,9 años; AI 41,5 ± 6,4 mm; FEyVI 60,8 ± 4,5% y catéter 8 mm en 21 pts (Grupo B): 76% hombres; 55,6 ± 9,9 años; AI 42,5 ± 6,7 mm; FEyVI 56,8 ± 12,9%. Se definió éxito del procedimiento al aislamiento eléctrico de todas las venas pulmonares y a la imposibilidad de inducir FA mayor de 10 minutos de duración. Complicación mayor se considero a la que requirió alguna intervención, prolongó la estadía hospitalaria o dejo alguna secuela en el pt. La media de seguimiento fue 5,6 meses (2,5 a 25,6 meses).
Resultados: El éxito de la ablación fue de 90,9% (20/22) en el grupo A y 85,7% (18/21) en el grupo B. Se observaron complicaciones en 4 pts del grupo A: 18,2% (embolia aérea coronaria, accidente isquémico transitorio, derrame pericárdico y hematoma inguinal) y en un pt del grupo B: 4,76% (derrame pericárdico). La recurrencia de FA fue de 45,5% (10/22) en el grupo A y 23,8% (5/21) en el grupo B.
Conclusiones: En nuestra población en estudio el éxito del procedimiento fue similar en los dos grupos. Se observó mayor número de complicaciones y recurrencia en los pts en los que se utilizó catéter irrigado.

204 Prevalencia de Síndrome Metabólico y Variación de sus Componentes en Ambos Sexos luego de un Seguimiento de 3 Años. Encuesta ENASE

Zilberman, J; Vainstein, N; Cicco, L; Woronko, E; De Cerchio, A; Ferre Pecora, F; Szczygiel, V; Sánchez, R; Baglivo, H; Villamil, A
Prevención, Fundapres, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Pese a su trascendencia, no se cuenta con información acerca de la utilidad de programas de educación sobre hábitos de vida y su impacto en los componentes del síndrome metabólico (SM), en ambos sexos en nuestro país.
Objetivo: Evaluar la prevalencia del SM, y la variación de sus componentes en ambos sexos, en una muestra de Argentina, luego de la implementación de un programa de educación estandarizado en dieta y ejercicio a lo largo de 3 años.
Métodos: estudio prospectivo, multicéntrico, a 3 años (3/2003 a 12/2007). Se evaluaron 508 pacientes adultos (44% mujeres), edad media 61.41 ± 3,87 años, de 17 provincias del país. Los médicos educaron a los pacientes de manera continua a lo largo del estudio en la adopción de hábitos de vida saludable, bajo supervisión de especialistas en nutrición y deporte. La indicación de fármacos quedó librada a criterio médico. Estadística: Test de t y Chi².
Resultados: de una muestra de 508 pacientes, el 65,9% presento criterios de SM por AHA 2005 (53% hombres). La edad media de los hombres fue 55.8 ± 11.6 y de las mujeres 58.9 ± 11.2 años. Al finalizar el estudio solo 185 paciente (55% hombres) continuaban cumpliendo criterio de SM ($p<0.001$); reducción del 44,8%. Al analizar el comportamiento de los componentes de SM según el sexo, observamos que las mujeres redujeron en forma significativa la presión arterial diastólica (PAD), los triglicéridos, la glucemia y el número de criterios de SM ($p=0.009$; $p=0.029$; $p=0.022$; $p=0.041$ respectivamente) En tanto que en los hombres sólo se evidenció reducción significativa de la PAD ($p=0.047$) y la Glucemia ($p=0.026$).
Conclusiones: en esta muestra, las mujeres mostraron reducciones más significativas en los valores de los componentes del SM, posiblemente debido a una mejor adherencia a las medidas para el cambio en el estilo de vida. Este estudio demuestra que un programa de cambio en el modo de vida, asociado al tratamiento farmacológico disminuye la prevalencia de SM en ambos sexos.

206 ¿Qué nos Aporta la Utilización del Catéter de Swan Ganz en Diferentes Escenarios Clínicos?

Reyes Prieto, ML; Chuquel, C; Lange, JM; Echeverría, R; Alvarez, OD; Babi, CA; Villegas, ED; Coronel, ML; Macin, SM; Perna, ER
Servicio de Insuficiencia Cardiaca, Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Evaluar el tratamiento implementado, complicaciones, impacto terapéutico y parámetros hemodinámicos en pacientes críticos a quienes se realizó monitoreo hemodinámico con catéter de Swan Ganz.
Método: estudio observacional que incluyó 80 pacientes admitidos a Unidad Coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes a quienes se colocó CSG entre 01/01/2009 y 01/02/2010. Los pacientes fueron clasificados según el diagnóstico de ingreso en Infarto de miocardio (GI), insuficiencia cardiaca (G2), sepsis (G3) 17.5% y otros (G4).
Resultados: La distribución en G1, G2, G3 y G4 fue 32, 40, 17.5 y 10% respectivamente. La tasa de complicaciones fue 8, 6, 21 y 13% pNS. Las presiones basales mostraron diferencias significativas en la presión sistólica pulmonar (PSP), media (PMP) y diastólica (PDP), así como en la presión capilar pulmonar, resistencias sistémicas (RVS) y pulmonares (RVP) entre los 4 grupos (todas $p<0.0001$), así como también luego del tratmiento instituido, las diferencias resultaron significativas entre G1, G2, G3 y G4 en PSP, PMP, PDP, RVS y RVP. No se hallaron diferencias en el índice cardíaco y presión arterial sistémica. Dentro del tratamiento instituido, la utilización de nitroprusiato fue de 8, 44, 7 y 13% respectivamente ($p<0.0001$) y de nitroglicerina 23, 25, 7 y 0% , pNS; dobutamina 27, 19, 57 y 38%, pNS; dopamina 23, 13, 64 y 38%, p0.003 y de norepinefrina 12, 3, 50 y 25% respectivamente, p0.001. El impacto terapéutico (normalización de parámetros hemodinámicos) no demostró diferencias significativas entre los 4 grupos. La tasa de muerte en G1, G2, G3 y G4 fue 11.5; 18; 71 y 12.5% respectivamente.
Conclusión: Las principales diferencias del tratamiento se basan en la utilización de agentes vasodilatadores, así como existen claras diferencias basales y luego de la terapia instituida según el escenario clínico considerado. De ellos, la sepsis conlleva un pronóstico ominoso. El Swan Ganz resultó una herramienta útil en pacientes críticos.

207 Utilidad de los Mapas de Voltaje (EnSsite 8.0) para Demostrar el Aislamiento Eléctrico de las Venas Pulmonares

Barja, L; Ortega, D; Logarzo, E; Montes, JP; Mangani, N; Turri, D; Hita, A
Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina / Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Clínica San Camilo, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Desde el 2007 utilizamos el Sistema de Navegación EnSite 7.01 para el tratamiento intervencionista de la Fibrilación Auricular (FA) con distintas técnicas: aislamiento antral, lineal, CFAEs búsqueda de rotores, modulación del sistema parasimpático, etc. Sin embargo, el target para la FA paroxística o persistente (Congreso de Venecia del 2007) sigue siendo el aislamiento eléctrico comprobado (AC) de las venas pulmonares (VPs), más allá de la técnica utilizada. Esto significa la visualización de potenciales de VPs pre y post-ablación utilizando un catéter multipolar circunferencial, involucrando mayor complejidad y costo de materiales.
Objetivo: comparar la técnica de demostración del aislamiento en forma estándar, por catéter circunferencial, versus la obtención de mapas de voltaje por sistema NavX sobre la anatomía de VP, ostium y aurícula izquierda (AI), pre y post-ablación. Evaluación de una herramienta para simplificar el método.
Métodos: Se analizaron 48 segmentos ostiales de VPs, de los 12 últimos pacientes sometidos a aislamiento antral por radiofrecuencia con catéter irrigado. Edad media 49 años. AI y VPs normales por resonancia magnética nuclear. Inicialmente, en 36 VPs con AC positivo, demostraron la disminución de mapas de voltaje. En 12 VPs se evidenció puentes conectados eléctricamente (por método convencional) con exacta relación de actividad de mayor voltaje en esa zona anatómica. 1- Excelente relación entre la actividad eléctrica activa y los mapas de voltaje. 2- Éstos pueden ser utilizados para determinar el aislamiento objetivo, sin necesidad de catéter circunferencial. 3- Puede simplificarse la técnica con un solo catéter en AI.

211 Análisis de Fase Espectral del QRS. Desarrollo de un Nuevo Método no Invasivo para Evaluar Disincronía Intraventricular y su Validación

Ortega, D; Barja, L; Logarzo, E; Montes, JP; Mangani, N; Turri, D; Hita, A
Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina / Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Clínica San Camilo, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

El tratamiento eléctrico de la insuficiencia cardiaca consiste en resincronizar adecuadamente la contracción cardiaca, sobre todo en pacientes en los cuales el trastorno eléctrico provocado por el bloqueo de rama izquierda (BRI) está presente. Para la evaluación diagnóstica de esta desincronización se utiliza eco tisular y métodos invasivos. Pero es difícil predecir qué pacientes son los respondedores.
Objetivo: Demostrar la utilidad de un nuevo método no invasivo para determinar disincronía ventricular y su comparación con ecocardiograma tisular (TDI) y métodos eléctricos invasivos a través de la medición de un índice de correlación.
Material y métodos: se analizaron 65 pacientes entre 22 y 78 años. Grupo A: 19 pacientes con QRS normal, sin disincronía ventricular. Grupo B: 26 pacientes con BCRI (QRS≥120) con probable disincronia. Todos estudiados con correlación cruzada entre las derivaciones DII y V6 y su espectro de frecuencias por derivada de Fourrier. De estos datos se obtuvo un índice de disincronia. Lo obtenido reflejaría un desfasaje temporal de segmentos intraventriculares izquierdos. En el grupo B se estudiaron con eco tisular (TDI) y la evaluación invasiva transcatéter con medición de los tiempos de activación hasta la pared más retrasada del VI.
Resultados: grupo A sin disincronia el índice promedio fue 0.26.Grupo B con distintos grados de disincronias el valor promedio 0.75. La correlación entre el análisis de fase por método no invasivo y TDI fue 0.82 y entre el índice de disincronia y método invasivo fue 0.82.
Conclusión: 1- excelente correlación entre índice de disincronia y TDI y método invasivo. 2- Es una técnica simple, sencilla y NO INVASIVA que puede ser usada para diagnóstico y evaluación de terapias de resincronización intraoperatoria y de seguimiento.

218 Evaluación de Diferentes Patrones de Aislamiento de Venas Pulmonares en Pacientes con Fibrilación Auricular con Distintas Técnicas

Barja, L; Ortega, D; Logarzo, E; Montes, JP; Mangani , N; Turri, D; Hita, A
Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina / Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Clínica San Camilo, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Diferentes tipos técnicas transcatéter son utilizados para la curación de la fibrilación auricular (FA). En el 2001 comenzamos a realizar aislamiento de Venas Pulmonares (VPs) con distintas y variadas técnicas hasta el uso actual de técnicas mixtas bajo sistema de Navegación. Sin embargo el «target» acorde al consenso de Venecia del 2007 sigue siendo el aislamiento eléctrico (AE) comprobado mas allá de la técnica utilizada.
Objetivo: mostrar las distintas formas de AE, más aun en aquellas técnicas que no utilizan sistema de navegación.
Material y métodos: se analizó el modo de AE de las VPs en 107 pacientes con FA que fueron sometidos a diversas técnicas acorde a su anatomía y al tipo de FA: 52 paroxísticas, 39 persistentes y 16 permanentes. Edad promedio de 54 años, 90% con aurícula izquierda normal. 39 casos realizados con sistema En Site. Total de VPs analizadas: 401 (378 VP individuales: 99 VPSI – 105 VPSD – VPII 98 – VPID 76) – 10 Ostium derechos y 13 Ostium izquierdos. Se encontraron tres tipos de AE de VPs : 1- espontáneo, 2- abrupto, 3- progresivo. Este ultimo a su vez: a- con bloqueo VP-AI progresivos, b- con disminución de potencial de VPs y c- con desaparición de segmentos de la VPs acorde a los puentes. **Resultados:** 100% de los ostium comunes fueron progresivos (PRO), VPSI 95% PRO, VPII 80% PRO, VPSD 90% PRO, VPII 60% PRO. Aislamiento espontáneo se encontraron en el 6% en las venas inferiores, más en la derecha. Los tipos a-b-c fueron en las VPSI y VPSD en porcentajes del 33% en cada caso. Solo en la VPII el 70% de los AE fue en forma progresiva, con bloqueo progresivo. Solo la relación con la VPID fue predictor de un aislamiento, más «abrupto» y progresivo tipo segmentario.
Conclusión: en los ostium nunca se espera un AE espontáneo ni abrupto. La VPID es la única que tiene un patrón de AE abrupto alto 40% - El resto de ambas VP superiores y de la VPII se aíslan progresivamente con 33% en sus diferentes tipos.

219 El Estrés por Examen Modifica la Respuesta Autonómica al Cambio de Postura Corporal

Perrone, MS; Zapata, D; Bratovich, C; Bragagnolo, G; Juárez, MT; Mántaras, C; Fainstein, D; Nicola Siri, L
Laboratorio de Fisiología y Biofísica, Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Entre Ríos, Oro Verde, Entre Ríos, Argentina / Cátedra de Bioingeniería, Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Entre Ríos, Oro Verde, Entre Ríos, Argentina / Cátedra de Metodología de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

El estrés agudo genera respuestas fisiológicas tales como modificación de la frecuencia cardiaca, sudoración y vasodilatación, entre otras. Estos signos expresan la participación del sistema nervioso autónomo (SNA) como mediador entre la percepción subjetiva del estrés y la respuesta fisiológica visceral. Por otra parte, la situación de rendir un examen, suele ser descripta como una situación de estrés. En el presente trabajo, se evaluó la percepción subjetiva del estrés generado por un examen académico, en una muestra de estudiantes universitarios, y simultáneamente se valoró el impacto de este estresor sobre el control autonómico de la frecuencia cardiaca. El estrés se analizó mediante la prueba de Holmes y el inventario estado-rasgo de ansiedad (STAI) de Charles Spielberger y, la función autonómica, mediante el estudio de la Variabilidad de la Frecuencia Cardiaca (VFC) y su modificación ante el cambio activo de posición (bipedestación). Nuestros resultados indican: I) los estudiantes universitarios presentan niveles elevados de estrés, aun sin el estímulo de un examen; II) la inminencia de un examen, es percibida subjetivamente como un aumento del estrés; III) la maniobra de bipedestación modificó los indicadores de VFC en forma diferente cuando los mismos se obtuvieron a 15 días de un examen o dentro de las 24 hs. previas al mismo; IV) el estrés aumentó la respuesta barorrefleja a la bipedestación al disminuir la respuesta de la arritmia sinusal respiratoria (retiro vagal); V) se puede concluir que el aumento del estrés por un examen disminuye la participación parasimpática en el control de la frecuencia cardiaca.

043 Estancias Hospitalarias Inadecuadas del Infarto Agudo de Miocardio en la República Argentina. Registro Nacional IAM FAC

Zapata, G; Rodríguez, R; Bono, J; Ramos, H; Macín, S
Comité de Cardiopatía Isquémica, Federación Argentina de Cardiología, , Argentina

En el tratamiento del IAM, una mayor demanda asistencial debe ser acompañada de una optimización de recursos en salud, para ello es importante la eficiencia hospitalaria y reconocer sus posibles desviaciones, ej, inadecuado tiempo de hospitalización. Estudios sobre reperfusión con trombolíticos (TBL) o con angioplastía 1° (ATC), definieron a pacientes de bajo riesgo, candidatos a un alta precoz y segura (GUSTO/PAMI)
Objetivo: conocer la tasa de estancias hospitalarias inadecuadas (EHI) y factores relacionados del IAM en la República Argentina.
Material y métodos: se analizaron 1.052 historias clínicas del REGISTRO NACIONAL IAM FAC I, II y III, realizado prospectivamente en 3 meses al año durante 3 años. Instrumento de evaluación: seleccionaron pac. con criterios GUSTO de alta precoz para TBL y PAMI para ATC, determinando la relación entre los tiempos GUSTO/PAMI y los reales. EHI: es la que con criterios GUSTO/PAMI para alta precoz, permanecieron más de 5 o 4 días respectivamente.
Resultados: 635/60.4% reperfundidos, 50.2%/319 grupo TBL y 49.8%/316 grupo ATC. TBL: 64.2%/205 con criterios GUSTO, estadía de 6.9 ± 2,4 días (2 a 15), el 23.9% con alta < a 5 días. Tasa de EHI TBL: 76.1%. ATC: 35.1%/111 con criterios PAMI, estadía 5.4 ± 3 días (2 a 10) el 24.3% con alta < a 4 días. Tasa de EHI ATC: 75.7%. Para TBL las variables explicativas fueron el sexo, los hospitales públicos y el nivel socio-económico, para ATC no se hallaron motivos.
Conclusiones: nuestro estudio evidenció una excesiva tasa de EHI para el IAM reperfundido y de bajo riesgo en la República Argentina. Políticas de salud debieran implementarse para optimizar este valioso recurso.

047 Evaluación del Patrón Mismatch Inverso entre Flujo y Metabolismo en Pacientes con Miocardiopatia Dilatada de Origen Coronario

Aramayo G., N; Osorio, A; Bruno, G; Gonzalez, C; Namías, M; Campisi, R
PET/CT, Fundación Centro Diagnóstico Nuclear, CABA, Buenos Aires, Argentina

Antecedente: Estudios previos con tomografía por emisión de positrones (PET) demostraron la existencia de segmentos con flujo miocárdico preservado y metabolismo reducido, patrón conocido como "mismatch inverso" (MMI). Su fisiopatología está poco definida.
Objetivo: Evaluar la incidencia del patrón MMI y el flujo miocárdico absoluto (FM) en pacientes con enfermedad coronaria y disfunción ventricular izquierda por PET integrado con tomografía multicorte.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 26 pacientes con miocardiopatía dilatada isquémica derivados para estudio de viabilidad, edad: 59±12 años, fracción de eyección 27±10%. Para el FM en reposo, se inyectaron 15 mCi de 13N-Amonio adquiriéndose imágenes en modo lista y para el estudio del metabolismo se inyectaron 10mCi de 18F-2-desoxiglucosa previa administración de 50 gramos de glucosa. El análisis semicuantitativo de las imágenes se efectuó según el modelo de 17 segmentos. El FM se calculó utilizando el modelo de 2 compartimentos. Se clasificaron los segmentos en cuatro patrones: match (M), disminución concordante del FM y el metabolismo; mismatch (MM), disminución del FM con metabolismo preservado; MMI, FM conservado con metabolismo disminuido y FM y metabolismo conservados (FM-C).
Resultados: Se analizaron 412 segmentos de los cuales el 36.2 % correspondió al patrón FM-C, el 14.8 % al MM, el 18.4% al MMI y el 30.6% al M. El FM (ml/min/g) para FM-C fue 0.72±0.20, para MM, 0.55±0.22, para MMI, 0.67±0.23, los cuales fueron significativamente mayores que para los segmentos con M, 0.38±0.16 ($p<0.05$). Por regresión logística binomial se encontraron como predictores independientes el bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) y la diabetes ($p<0.05$).
Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes la incidencia del patrón MMI fue del 18%. El FM fue significativamente mayor que en los segmentos con M lo que sugeriría presencia de miocardio viable. La diabetes y el BCRI resultaron predictores independientes de MMI.

050 Datos Socioculturales de la Población del Registro Nacional de Enfermedad de Chagas (RNECH) de la Federación Argentina de Cardiología

Bavio, EE; Baro, JC; Espinosa, ME
Comité de Chagas, Federación Argentina de Cardiología, , Argentina / Cátedra de Medicina I, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue, Cipolletti, Río Negro, Argentina

Objetivos. Evaluación sociocultural de los portadores de la enfermedad.
Introducción. Análisis de 2383 casos del RNECH. La enf. de Chagas es "la enf. latinoamericana" y posee en un marco sociocultural particular, alcanzando grandes ciudades. Deseamos traducir en cifras dicho marco.
Método. Investigación observacional, descriptiva sin hipótesis, transversal y mixta, con un relevamiento cuali-cuantitativo desde 08/2008 a 08/2009. Se evaluó: edad, lugar y área de nacimiento, residencia actual, vivienda, servicios (agua, luz, cloacas y gas), nivel educativo, ocupación y cobertura social.
Material. Recursos Humanos: encuestadores y alumnos de la UNCO. Equipamiento e infraestructura: base de datos de CETIFAC.
Resultados: Migraciones: De 1506 pts. nacidos en áreas rurales 826 (54.85%) migran a ciudades; permanecen en zonas rurales 680 (45,15%). De 568 pac. nacidos en áreas urbanas, 528(92,96%) permanecen en esas áreas, migrando a áreas rurales solo 40 pts. (7,04%). Grado de instrucción: 2082 pacientes agrupados en: sin escolaridad 562 (26,99%), escolaridad primaria 1267 (60,85%), escolaridad secundaria 216 (10,37%), niveles terciarios 27 (1,3%) y nivel universitario 10 (0,48%). Grado de instrucción correlacionado con cobertura social: De 1868 pts, carecen de o. social 447 (86,46%) de los 517 analfabetos, 918 ptes. (81,96%) de los 1120 con nivel primario, 123 ptes. (62.44%) de los 197 de nivel secundario, 6 pts. (24%) de los 25 con nivel terciario y 3 pts. (33,33%) de los 9 universitarios. Vivienda: de 1380 viv. son ranchos el 12,9% (178), y de material 87.1% (1202) de las cuales poseen baño externo 36,77% (442). Servicios (1972 pts): con 4 servicios 5.22% (103), con 3 servicios 19,77% (390), con 2 serv. 45,33% (894), con 1 serv. 19.37% (382) y sin servicios 10,29% (203).
Conclusiones: correlación directa entre de educación y, cobertura social. Predomina migración hacia áreas urbanas. Predominan ptes. con solo 2 servicios. Predominan viv. de mat.

119 Escolaridad, Trabajo y Área de Residencia: Correlaciones según los Datos del Registro Nacional de Enfermedad de Chagas de la FAC

Bavio, EE; Baro, JC; Espinosa, ME
Comité de Chagas, Federación Argentina de Cardiología, Argentina / Cátedra de Medicina I, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue, Cipolletti, Río Negro, Argentina

Objetivo: Evaluar la relación existente entre escolaridad, tipo de trabajo y área de residencia en 706 pacientes del RNECH de la F.A.C.
Método. Investigación observacional, descriptiva sin hipótesis, transversal y mixta, con un relevamiento cuali-cuantitativo desde 08/2008 a 08/2009. Campos evaluados: edad (mayores de 18 años), área de residencia, escolaridad y ocupación. La actividad laboral se agrupó en: Trabajo Calificado (empleado administrativo, docente, policía-seguridad y salud) y No Calificado, (peones, albañiles, oficios, changarines y jornaleros). El nivel educativo se dividió en: sin escolaridad, con esc. primaria y con esc. secundaria. El área de residencia en urbana o rural.
Material: Recursos humanos: encuestadores y alumnos de la UNComahue. Equipamiento e infraestructura: base de datos de CETIFAC.
Resultados: Pacientes en ambas áreas: sin esc. 162 pts. (22.94%),con escol. pria 472 pts. (66.85%), con escolaridad secundaria.72 pts. (10.19%), con trab. calif.:107 (15.15%); con trab. no calif 599 (84.85%). En área rural sin escolaridad 68 pts. 100% de trab. no calif. En área urbana con escolaridad primaria y trab. calif. 46 pts. (16.37%), y con trab. no calif. 235 pts (83.63%); en área rural con escol. primaria y trab. calif.10 ptes. (5.24%) y trab. no calif. 181 ptes. (94.76%).; en área urbana con escolaridad secundaria: y con. trabajo calif. 43 ptes. (66.15%) y con trabajo no calif. 22 ptes. (33.85%); en área rural con trab. calif. 2 ptes. (28.57%) y no calif.5 ptes (71.43%).
Conclusiones: 1°) El 89.79% de los ptes. tiene escol. primaria o carece de escol. presentando una marcada correlación con el 84.85% de quienes tienen un trabajo no calificado. 2°) En el área rural se observa mayor porcentaje de trab. no calif. a igual nivel de escolaridad, mientras que el área urbana evidencia porcentajes mayores de trab. calificado en los diferentes niveles de escolaridad. 3°) La baja escolaridad parecería ser determinante de trabajos demandantes de mayor esfuerzo físico.

120 Patrones Electrocardiográficos en Pacientes con Cardiopatía Chagásica Crónica en una Región de Muy Alta Endemia

Hernández, DO; Larroza, GO; Severini, GV; Ventura, AA; Soriano, L; Ferro Queirel, E; Lucero, EH; Bruses, B; Amarilla, NO; Magrini, CD
Cardiología, Sección Arritmias, CORDIS, Resistencia, Chaco, Argentina / Hospital Público de Miraflores, Clínica, Consultorio de Chagas, Miraflores, Chaco, Argentina / Cátedra VI Medicina, Consultorio de Chagas, Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: los trastornos electrocardiográficos de la enfermedad de Chagas-Mazza se presentan en pacientes jóvenes y en esta Región del país hay una coexistencia de alteraciones electrocardiográficas crónicas características, con re infecciones agudas en forma persistente
Objetivos: determinar las alteraciones electrocardiográficas en una Región de muy alta endemia
Materiales y Métodos: fueron incorporados en forma prospectiva desde 1 de noviembre de 2009 al 9 de febrero de 2010, 261 pacientes (p) con diagnóstico serológico de enfermedad de Chagas en el Consultorio de Chagas del Hospital de la Localidad de Miraflores de la provincia de Chaco. Se expresó como variable estadística cualitativa el porcentaje
Resultados: sexo femenino 152 p (58,23%), sexo masculino 109 p (41,76%), 132 p (50,57% presentaron electrocardiogramas normales, y 129 p, electrocardiogramas anormales. La edad de los p que tuvieron ECG normales fue de 37 años, y los que presentaron ECG anormales, 41 años. Las alteraciones electrocardiográficas más frecuentes: HBAIHH 31 p (24.03 %), BRDHH 26 p (20.15%) bradicardia sinusal 24 p (18.6%), extrasístoles ventriculares 18 p (13,9%), HBAIHH incompleto 14 p (10.85%), BCRD + HBAIHH 10 p (9,30 %), taquicardia sinusal 7 p (5,42%), extrasístoles auriculares 6 p (5,42%) fibrilación auricular 5 p (3,87%)
Conclusión: fue elevado el porcentaje de pacientes con electrocardiogramas alterados, siendo más frecuentes los trastornos intraventriculares. Los pacientes que presentaron extrasístoles ventriculares, tenían además bloqueo de rama derecha y bloqueo bifascicular.

122 Presentaciones Clínicas en Pacientes con Cardiopatía Chagásica en el Consultorio de Chagas del Hospital de Miraflores

Hernández, CO; Severini, GV; Larroza, GO; Ventura, AA; Soriano, L; Ferro Queirel, E; Lucero, RH; Bruses, B; Amarilla, NO; Goujón, WN
Cardiología, Sección Arritmias, CORDIS, Resistencia, Chaco, Argentina / Hospital Público de Miraflores, Clínica, Consultorio de Chagas, Miraflores, Chaco, Argentina / Cátedra VI Medicina, Consultorio de Chagas, Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: en los últimos 30 años se realizaron diferentes clasificaciones para los pacientes que presentaban enfermedad de Chagas con diferentes alteraciones y complicaciones eléctricas y miocárdicas. Los pacientes con cardiopatía chagásica tienen presentaciones clínicas diferentes y no son iguales de acuerdo al área endémica y al tiempo de residencia en la misma
Objetivos: determinar las presentaciones clínicas de pacientes con cardiopatía chagásica en una Región de alta endemia
Material y Métodos: fueron incorporados en forma prospectiva desde el 1 de noviembre de 2009 al 9 de febrero de 2010, 261 pacientes con diagnóstico de cardiopatía chagásica en el Consultorio de Chagas del Hospital de Miraflores. Los p presentaban serología positiva con dos métodos, se les confeccionó una historia clínica y se realizó un ECG de 12 derivaciones. Se los clasificó en: Chagas crónico asintomático con ECG normal y Chagas crónico sintomático con ECG normal y anormal. Los p con ECG anormal fueron divididos con y sin insuficiencia cardíaca. Se empleo una variable cualitativa que fue el porcentaje. **Resultados:**

Clasificación	Número de pacientes	Porcentaje
Chagas crónico con ECG normal asintomático	14	5,36 %
Chagas crónico ECG normal sintomático	118	45.21 %
Chagas crónico ECG anormal sintomático con I.C.	11	4.21%
Chagas crónico ECG anormal sin IC	118	45.21 %

Conclusión: la clasificación empleada se ajusta a los pacientes observados en un Región de muy alta endemia, son p sintomáticos que presentan cuadros clínicos variables con ECG normales y anormales.

127 Situación Actual del Consumo de Tabaco en Estudiantes Secundarios de Corrientes

Echevarría, RF; Babi, C; Alvarez, O; Díaz, MG; D´Alessandro, SG; Acevedo, M; Gallo, N; Insaurralde, F; Kriskovich Juré, J; Rasmussen, R
Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología , Servicio de Cesación Tabáquica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Medicina, Facultad de Medicina, UNNE, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: Lo más frecuente es que esta adicción se inicie en la adolescencia por lo que conocer la situación de los estudiantes secundarios frente al tabaquismo, es clave para enfrentar este flagelo.
Objetivo: conocer la prevalencia, edad, motivo de inicio, deseo y/o intento de abandono y la relación con el consumo de la familia conviviente.
Material y métodos: durante marzo a junio del 2009 se entrevistaron 10560 alumnos de diferentes instituciones, públicas y privadas, del centro y periféricas, a través de un autocuestionario anónimo, realizado durante horas de clases. El análisis se realizó con el SPSS V17.0.
Resultados: El 41% eran de sexo masculino, la edad media es de 15±4 años. La prevalencia de tabaquismo fue de 14%. El 75% refirió no saber porque había comenzado y el 20% lo relacionó con los amigos. El 58% refirió que desea abandonarlo, de los cuales 2/3 lo intentó alguna vez (aunque solo el 16% solicitó ayuda), no lográndose ninguna abstención al año. Se halló una asociación significativa con el consumo de padres y hermanos.
Conclusión: se halló una elevada prevalencia a edad temprana, sin tener en claro porque lo hacen. También se observa una elevada proporción de individuos que desean dejar, con intentos frustrados, aunque solo un bajo porcentaje refiere que requiere ayuda, por lo que podría ser necesario insistir con la educación para entender la enfermedad. Es clara la asociación con el consumo de padres y hermanos, potenciándose cuando son ambos padres.

132 Efectos de la Reperfusión Ácida sobre el Tamaño del Infarto en Ratas Hipertensas Espontáneas (SHR)

Pérez Núñez, IA; González Arbeláez, LF; Mosca, SM
CIC, Fac. de Cs. Médicas, UNLP, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Estudios realizados en animales normotensos muestran que la prolongación de la acidosis durante la reperfusión (RA) disminuye la injuria miocárdica de manera similar al postcondicionamiento isquémico (PCI). Nuestro objetivo fue determinar los efectos de estas dos intervenciones sobre el tamaño del infarto en los corazones hipertróficos de las SHR comparándolos con los obtenidos con otra intervención cardioprotectora, el preacondicionamiento isquémico (PI). Los corazones fueron aislados y perfundidos de acuerdo con la técnica de Langendorff y después de un período de estabilización de 20 min fueron sometidos a los siguientes protocolos experimentales: 1) Control isquémico (CI): 45 min de isquemia global (IG) y 1 hora de reperfusión (R); 2) RA: durante los 3 min iniciales de la R los corazones fueron perfundidos con una solución ácida de pH: 6.4 ; 3) PCI: 3 ciclos de 30 seg de IG y 30 seg de R en el inicio de R y 4) PI: se aplicó un ciclo de 5 min de IG y 10 min de R previo a la isquemia de 45 min. Al final de R se determinó el tamaño del infarto (TI) mediante la tinción con trifeniltetrazolio. El TI fue de 51 ± 4 % en el CI y disminuyó con las tres intervenciones a valores de 32 ± 4 %, 37 ± 4 % y 34 ± 1 % en los grupos RA, PCI y PI, respectivamente. Estos resultados muestran que en los corazones hipertróficos de las SHR las tres intervenciones, RA, PCI y PI, son igualmente efectivas para disminuir el daño irreversible producido por la isquemia-reperfusión y sugieren la participación de mecanismos similares de cardioprotección.

158 Análisis Descriptivo de Polimorfismos Genéticos y Enzimas Involucradas en el Stress Oxidativo en una Población Chagásica

Lioi, S; Scaglione, L; Gerrard, G; Zumoffen, C; Corbera, M; Turco, M; Ensinck, MA; Beloscar, J; D'Arrigo, M
Carrera de Cardiología, Facultad de Ciencias Medicas, UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Área Química Analítica Clínica. , Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farm., UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina

La patogenia de la Miocardiopatía Chagásica Crónica (MCC) es polémica, no existiendo ninguna prueba definitiva de cuáles son los factores necesarios para llegar a la etapa determinada. Factores genéticos de cada huésped podrían participar activamente en la evolución de la enfermedad de Chagas. Los procesos patológicos crónicos y la inflamación progresiva conducen a alteraciones en el estado antioxidante celular. La actividad plasmática de enzimas involucradas en el stress oxidativo, reflejaría a nivel celular, una alteración de la capacidad antioxidante. En este estudio se intenta establecer el rol de polimorfismos genéticos como probables factores de riesgo. El objetivo de este trabajo fue realizar un estudio descriptivo de las frecuencias alélicas (FA) de metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR C677T); óxido nítrico sintetasa endotelial (eNOS G894T) y las actividades enzimáticas de superóxido dismutasa (SOD); glutatión peroxidasa (GPx), en pacientes chagásicos con (CconC n:9) y sin cardiopatía (CsinC n:8) comparados con controles sanos (CN n:98). Las muestras fueron reclutadas entre individuos que aceptaron participar previo consentimiento. La caracterización de genotipos se realizó por biología molecular (PCR). Las FA obtenidas fueron: MTHFR (C677T), con un intervalo de confianza (IC) 95%, CconC (C 0.848, T 0.152); CsinC (C 0.833, T 0.167) y CN (C 0.639, T 0.361). Para eNOS (G894T), CconC (G 0.388, T 0.611); CsinC (G 0.312, T 0.687) y CN (G 0.742, T 0.261). Se realizó el ensayo de hipótesis de una proporción bajo teoría normal, se aplicó Kruskal Wallis encontrándose diferencias significativas entre los grupos ($p < 0.0001$). Los datos obtenidos reflejarían que las alteraciones en la genética y en la actividad de las enzimas involucradas en el stress oxidativo, con diferencias estadísticamente significativas en los grupos estudiados, podrían tener implicancias en la patogenia de la MCC.

176 Miocarditis Chagásica Aguda y Su Relación con la Administración de Testosterona en Ratas

Tartalini, V; Fontanella, G; Revelli , S; Nocito, A
Inmunología, Facultad Medicina, UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Patología, Facultad Medicina, UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La testosterona (T) es capaz de influir sobre las células del sistema inmune y en consecuencia modificar el curso de las infecciones parasitarias. En publicaciones previas comprobamos que la administración de T en ratas "l" prepúberes (PP) ocasionaba una mayor parasitemia, sin modificar la lesión cardíaca aguda en fase tardía -al mes post-infección (pi)- . El objetivo actual fue evaluar el efecto de la T sobre la miocarditis aguda en fase temprana en ratas PP.
Material y Métodos: a- Se inoculó T. cruzi (Tc) -1millón de Tc al destete-, b- T -dos dosis de 1 mg/kg de peso- previo al Tc, c- Bicalutamida (B) -antagonista de la T, dosis diaria de 5 mg/kg- +T+Tc, d-e-f- controles. Se evaluó parasitemia por método directo a los 7, 10 y 14 días pi; análisis por Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney. Los animales fueron sacrificados al día 4, 7 y 14. Se realizó el estudio histológico del corazón. Se efectuaron cortes transversales, fijación en formol 10%, inclusión en parafina y coloración de las secciones con Hematoxilina Eosina, PAS y Giemsa.
Resultados: A los 14 días pi se presentaron diferencias significativas en la parasitemia -Tc 25 parásitos/100 campos, T+Tc 40, B+T+Tc 18; $p<0,01$-. El estudio histológico de esos grupos reveló una miocarditis de intensidad similar -moderada a intensa- y nidos de amastigotes mientras que en los animales sacrificados al día 4 y 7, se observó nidos de amastigotes sin reacción inflamatoria. Los controles no presentaron alteraciones histológicas.
Conclusiones: La administración de T en los animales PP, previo a la infección con Tc, propició la replicación temprana del parásito, evidenciada por el aumento en la parasitemia, sin embargo, no fue capaz de modificar la lesión cardíaca aguda en fase temprana ni tardía.

202 Anticuerpos Funcionales contra el Cotransportador Sodio/Bicarbonato Electrogénico de Miocardio: ¿Futura Herramienta Farmacológica?

De Giusti, VC; Orlowski, A; Villa-Abrille, MC; Chiappe De Cingolani, GE; Alvarez, BV; Aiello, EA
CIC, Fac. de Cs. Médicas, UNLP, La Plata, Buenos Aires, Argentina

El cotransportador Na+/HCO3- (NBC) regula el pH intracelular (pHi). En el corazón existen dos isoformas del NBC, una electroneutra (NBC3) y otra electrogénica (NBC1). En el presente trabajo generamos anticuerpos moduladores de función (Ac) dirigidos contra los dominios extracelulares 3 (Acd3) y 4 (Acd4) del NBC1 cardíaco. Se utilizaron miocitos ventriculares de gato. Los Ac reconocieron al NBC1 por W-B y en preparados inmuno-histoquímicos (microscopía confocal). La actividad total del NBC se estudió por epifluorescencia realizando pulsos de amonio (se calcula el flujo de H+ (JH, mM/min) a pHi 6.8 tras inducir una acidosis) y la específica del NBC1 mediante una despolarización celular (pulsos de K+, delta pHi). El pulso de K+ generó un aumento de pHi de 0.18±0.006 (n=5) que fue abolido con el Acd3 (0.016±0.019; n=5, $p<0.05$). Este Ac disminuyó un 50% el JH (0.59±0.08 vs 1.32±0.19; n=5, $p<0.05$). Sorpresivamente, el Acd4 generó un aumento del pHi en los pulsos de K+ de 0.25±0.018 (n=6, $p<0.05$) y un JH de 2.27±0.29 (n=6, $p<0.05$), ambos mayores al control. En experimentos de patch-clamp determinamos la duración del potencial de acción cardíaco (DPA) en ausencia y presencia de los Ac. El Acd3 alargó la DPA 17.08±5.9 % (n=6) y el Acd4 acortó la DPA 18.2±5.3 % (n=6), consistente con el bloqueo y activación, respectivamente, de la corriente aniónica generada por el NBC1. Concluimos que ambos Ac son capaces de reconocer al NBC1, pero que son funcionalmente opuestos: el Acd3 es inhibitorio y el Acd4 excitatorio. El empleo de estos anticuerpos es relevante para el estudio selectivo del NBC1 en la fisiopatología cardíaca y abre un camino para su potencial uso como herramienta terapéutica.

002 Troponina T según Niveles de Exposición a Plomo

Soria, N; Feldman, G; Martínez Riera, N
Cátedra de Toxicología, Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina UNT, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Son conocidos los efectos adversos sobre la salud que produce la contaminación por plomo; dentro de ellos el potencial efecto proaterogénico vascular que tiene el metal. No hay suficiente evidencia de la acción del mismo sobre el miocardio.
Objetivos: Determinar la presencia de troponina T en distintas concentraciones de exposición a plomo.
Material y método: Se trabajó con ratas Wistar, tratadas con 0,5; 25; 50; 500 y 1000 ppm acetato de plomo en el agua de bebida, (en distintos tiempos según la concentración de Pb) y controles libres de plomo (n= 6 cada grupo). A todos los grupos luego de una extracción de sangre venosa por punción, se les realizó la determinación de presencia de Troponina T por el test Elecsys Troponina T
Resultados: Los animales tratados con 500 y 1000 ppm dieron el test de Troponina T positivo; las ratas con 0,5, 25, 50 dieron el test de Troponina T negativo como los controles libres de plomo. Siendo reconocidas la sensibilidad y especificidad de esta prueba rápida de troponina T ante la sospecha de infarto del miocardio, de acuerdo a estos resultados, el plomo según la concentración de la exposición produce lesión miocárdica; lo que hace necesario continuar profundizando en esta investigación.

003 Presencia de Sindrome Metabólico ante Distintas Concentraciones de Plomo en Ratas

Feldman, G; Chain, AS; Soria, N; Bautista, N; Proto, C; Martínez Riera, N
Cátedra de Toxicología, Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina UNT, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

El plomo y otros agentes ambientales son capaces por mecanismos bioquímicos de producir alteraciones del perfil glucídico y lipídico, sumado a la generación de hipertensión arterial, la cual es originada por mecanismos de lesión directa (endotelio) y/o indirecta (renal).
Objetivos: determinar presencia de componentes bioquímicos del síndrome metabólico, componentes antropométricos y elevación de presión arterial en ratas tratadas con 500 y 1000 ppm de plomo (Pb).
Metodología: Se trabajó con ratas Wistar, tratadas con 0,5, 50, 500 y 1000 ppm acetato de plomo en el agua de bebida, (en distintos tiempos según la concentración de Pb) y controles libres de plomo (n= 6 cada grupo). Se determino Triglicéridos, Colesterol, HDL Colesterol, Hb Glicosilada y glucemia una vez al mes a lo largo del proceso de contaminación; ALA-D (ácido delta amino levulínico deshidratasa) y plombemia. Se determinó la presión arterial sistólica y el peso.
Resultados: todas las ratas tratadas con distintas concentraciones de Pb presentaron un aumento de peso. La glucemia, colesterol total y triglicéridos se elevaron en los grupos tratados con 50, 500 y 1000 ppm, no así en 0.5 ppm y controles, lo mismo ocurrió con la Hb glicosilada. Presentando, así mismo, descenso de HDL Colesterol. La presión arterial se elevo en todos los grupos con respecto al grupo control, excepto en el grupo 0.5 ppm. A mayor tiempo de exposición, todos los componentes del síndrome metabólico se modificaron en mayor magnitud. El plomo en distintas dosis, modifica el normal funcionamiento del metabolismo de los lípidos y sus respectivas concentraciones séricas. Al inducir el síndrome metabólico, el plomo sería uno de los factores no convencionales de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. **Agradecimiento:** CIUNT (Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Tucumán

004 Taller de Prevención Cardiovascular: La Mirada de la Mujer

Feldman, G; Nieto, G; Soria, N; Chain, AS; Najles, J; Garvich, M; Martínez Riera, N
Cátedra de Toxicología, Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina UNT, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Es importante para fomentar el cambio de tendencia y reducir el impacto de la enfermedad cardiovascular informar al paciente y transmitirle el rol del mismo y de su grupo familiar en el conocimiento de la prevención de enfermedad.
Objetivo: identificar como valoran la prevención cardiovascular la población femenina concurrente a un taller de promoción de salud.
Material y métodos: se encuestó a 82 mujeres entre 26 y 71 años, concurrentes a talleres de un programa anual de prevención cardiovascular. Se trabajó sobre la temática en grupos reducidos con distintos profesionales de la salud, médico cardiólogo, psicólogo, bioquímico. En cada grupo se entregó una encuesta destinada a identificar los conocimientos que poseían sobre enfermedad cardiovascular, origen, prevención, etc.
Resultados: El 17.8% indicó que la enfermedad cardiovascular es la que más afecta a la mujer, el 59% afirma que es una enfermedad que ocurre solo en el sexo masculino. El 100% reconoce como causal al estilo de vida actual inadecuado. Cuando la enfermedad se relaciona con ellas, citan como razón de su ocurrencia a la falta de autocuidado al estar ocupadas de otros. El 48% admite que nadie en su casa realiza prevención cardiovascular, el 40% reconoce que la preocupación recae en la mujer. El 36% de la población encuestada no realiza ningún tipo de control de salud cardiovascular, el 100% relaciona el control cardiovascular con análisis de laboratorio de rutina. El 17% de la población indica no tener ningún interés en la prevención cardiovascular. La prevención cardiovascular, es, en la actualidad una de las prioridades en la salud de la mujer y su familia; es por ello, necesario continuar buscando y generando nuevas herramientas y estrategias para lograrlo.

005 Efecto de Carvedilol en Microalbuminuria Inducida por Plomo

Martínez Riera, N; Chain, AS; Soria, N; Feldman, G
Cátedra de Toxicología, Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina UNT, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

El plomo actúa como factor de riesgo cardiovascular, al alterar diversos parámetros bioquímicos proateroescleróticos: perfil lipídico, sustancias protrombóticas, los cuales, a su vez, actúan sobre el endotelio. La exposición a plomo aun a bajas concentraciones produciría alteraciones de la función endotelial, la cual puede evidenciarse por microalbuminuiría (MA). Sus niveles, con valor pronóstico, son indicadores del estado vascular y del efecto de fármacos utilizados para disminuir el daño vascular y la enfermedad cardiovascular.
Objetivos: evaluar si se producen modificaciones en los niveles de microalbuminuria con la aplicación de carvedilol, en ratones expuestos a altas concentraciones de plomo.
Material y métodos: Se trabajo con tres grupos de ratas (n=10), un grupo tratado con 1000 ppm de acetato de plomo y carvedilol, un grupo tratado con 1000 ppm de acetato de plomo, sin carvedilol y un grupo control libre de plomo y carvedilol. Se realizó la determinación de Plombemia. Todas las muestras de orina fueron evaluadas con tiras reactivas para detectar proteinuria. Se determinó MA por el método de turbidimétrico (látex) de Biosystems. Estadística: Las comparaciones entre los distintos grupos con el grupo control se hicieron con test de Mann Whitney.
Resultados: La proteinuria fue negativa en todos los grupos, el grupo control libre de plomo presento microalbuminuria negativa. Los resultados obtenidos muestran que los grupos tratados con carvedilol, presentaron disminución estadísticamente significativa en la MA ($p < 0,02$), (MA media con plomo= 7,6± 1,24 mg/dl vs MA media plomo+carvedilol 1,72 ± 1,1 mg/dl). La aplicación de carvedilol mejoró significativamente los niveles de Microalbuminuria en animales expuestos a altas concentraciones de plomo.

007 Características y Evolución Hospitalaria de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo y Coronarias sin Lesiones Significativas

Chávez Caballero, R; Tuero, E; Paolasso, A; Cadars, L; Damonte, A; Kozak, F; Picabea, E; Meiriño, A; Zapata, G
Residencia, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Hemodinamia, Hemodinamia, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: la población de pacientes admitidos por síndrome coronario agudo sin supradesnivel del segmento ST (SCASST) con angiografía sin lesiones significativas varía en los registros publicados entre el 3 y el 12% y su evolución es incierta así como su tratamiento posterior.
Objetivos: determinar características basales de la población con SCASST y coronariografía sin lesiones significativas y su evolución intrahospitalaria.
Material y métodos: se analizó la base de datos de SCASST de nuestra institución que comprende 1106 pacientes admitidos con ése diagnóstico, de los cuales 663 fueron evaluados con cinecoronariografía. Para el análisis se utilizó el programa PASW 18.0.
Resultados: de los 663 pacientes que fueron evaluados mediante cinecoronariografía se constató que 37 (5.6%) no presentaron lesiones angiográficamente significativas. De estos pacientes el 73% fueron de sexo masculino, edad promedio fue de 61.8 años (+/- 9.63) (p=ns). Dentro de los factores de riesgo: 73% hipertensos, 35% tabaquistas, 43.2% dislipémicos y 13.5% diabéticos (sin diferencia significativa con los que presentaron lesiones). Observamos una menor incidencia de complicaciones en la evolución (angina refractaria/recurrente, insuficiencia cardíaca, infarto y muerte) y menor estadía hospitalaria (3.97 +/- 2 vs. 6.32 +/- 4.2, p<0.01).
Conclusión: en nuestro registro de SCASST los pacientes sin enfermedad coronaria significativa representan un 5% de los evaluados mediante cinecoronariografía, sin diferir significativamente en factores de riesgo con los que sí la presentan. Se observa menor cantidad de eventos en su evolución hospitalaria y estadía significativamente menor.

010 Cirugía de Corrección de Aneurisma de Aorta Abdominal en Pacientes Octogenarios

Chichizola, N; Hominal, M; Velazquez, C; Chavez Caballero, R; Cursack, G; Zapata, G; Geromini, H; Ameriso, J
Cardiología, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Cirugía Cardiovascular, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La prevalencia del aneurisma de aorta abdominal en octogenarios es relativamente alta y se ha incrementado debido al envejecimiento de la población. La ruptura del aneurisma es una de las causas más frecuentes de muerte.
Objetivos: analizar las características de los pacientes octogenarios sometidos a cirugía de corrección de aorta abdominal y evaluar los resultados de este tratamiento en nuestro servicio.
Material y métodos: análisis de base de datos de pacientes tratados en forma quirúrgica por aneurisma de aorta abdominal en nuestra institución, desde 1995 hasta 2009. El análisis estadístico se realizó con el programa PASW 18.0.
Resultados: Se trataron a 164 pacientes, de los cuales 9 eran octogenarios. Se indicó la cirugía en aneurismas con un diámetro superior a 5,5 cm; o bien que presentaban una tasa de crecimiento aneurismático superior a 1 cm al año. El 88.9% eran hombres; con una edad media de 85.33 ± 4.5 años. Todas las cirugías fueron de carácter electivo siendo el 55.6% sintomáticos. Se evidenció hipertensión arterial en el 44.4% y de tabaquismo el 22.2%. Dos pacientes (22.2%) presentaban cardiopatía isquémica conocida. El diámetro medio del aneurisma fue de 62.8 ± 10.3 mm. La mortalidad intrahospitalaria fue del 0 % en éste grupo de mayores de 80 años sometidos a cirugía electiva de aneurisma de aorta abdominal.
Conclusión: el tratamiento quirúrgico de corrección de aneurisma de aorta abdominal es una opción aceptable en pacientes mayores de 80 años en nuestro servicio.

011 Tratamiento Quirúrgico del Aneurisma de Aorta Abdominal, 15 Años de Experiencia

Hominal, M; Velazquez, C; Chichizola, N; Taborra, S; Chávez Caballero, R; Cursack, G; Zapata, G; Geromini, H; Luque, A; Ameriso, J
Residencia, Cardiología, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cardiología, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía vascular, Cirugía Cardiovascular, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Los aneurismas de aorta abdominal (AAA) constituyen una causa frecuente de muerte en hombres mayores. El tratamiento definitivo es la reparación quirúrgica o endovascular. La mortalidad quirúrgica global es del 1-5%, aumentando significativamente en cirugías de urgencia.
Objetivos: Analizar la prevalencia, factores de riesgo, estratificación preoperatoria y complicaciones postoperatorias más frecuentes en nuestra población de AAA.
Materiales y métodos: Se analizó la base de datos de pacientes sometidos a cirugía de AAA desde agosto de 1995 hasta agosto de 2009 en nuestro centro. Se utilizó el programa SPSS 11.5.
Resultados: se trataron 164 pacientes, 94.5% fueron de sexo masculino, con edad media de 69 (±7.82); 76.83% hipertensos, 61.59% tabaquistas y 52.44% dislipémicos. El diámetro medio fue 59.36 mm (±15.03). El diagnóstico fue casual en el 57.3%, presentándose como dolor abdominal en 31.1%, claudicación intermitente en 7.9% y tumor abdominal en 7.9%, siendo asintomático en 45.7%. Se estratificó el riesgo isquémico en el 66.46% (36.6% antecedentes de cardiopatía isquémica). Las complicaciones postoperatorias fueron anemia 17.7%, íleo postoperatorio 12%, sangrado quirúrgico 7.9%, isquemia perioperatoria 6.7%, isquemia de miembros inferiores 4.9%, edema agudo de pulmón 3%. El 89.6% de las cirugías fueron electivas y 10.4% de urgencia. La mortalidad intrahospitalaria en las electivas fue 2.04%, mientras que en las de urgencia fue 35.29%.
Conclusiones: Se observó alta prevalencia en hombres, hipertensos, tabaquistas y mayores de 65 años. El síntoma de presentación más frecuente fue el dolor abdominal pero un 45,7% fue asintomático. El tratamiento quirúrgico en nuestro centro presenta una mortalidad comparable a registros internacionales.

013 Respuesta Hipertensiva ante Juegos de Azar

Palacios, K; Mitelman, J; Giménez, L; Calero, S; Núñez Burgos, A; Perrone, H; Acuña, L; Deboli, A
Sección Factores de Riesgo, Cardiología, Hospital Alvarez, Buenos Aires, CABA, Argentina / Psicología, Investigación Clínica, Facultad de Ciencias Médicas - Fundación Barceló, Buenos Aires, CABA, Argentina / Sección Adicciones, Salud Mental, Hospital Alvarez, Buenos Aires, CABA, Argentina

La ludopatía reconocida por la OMS en su clasificación internacional de enfermedades, como una alteración progresiva del comportamiento por la cual un individuo siente una incontrolable necesidad de jugar (juegos de azar).
Objetivos: Determinar la respuesta hipertensiva en jugadores compulsivos ante una exposición a situación de stress sostenida.
Material y Métodos: Se incluyeron en el estudio una población de individuos adictos al juego (n=15), 9 varones, con edad promedio 45 años (20 y 55), versus controles (n=15) 10 varones, edad promedio 42años (25 y 51). Sin antecedentes CV. Se administró a todos los pacientes el test: SOGS. Cuestionario de South Oaks Gambling Screen (adaptación y valoración de Echeburúa y Baez 1993). Se realizó examen clínico completo y se los sometió a juegos de carta computarizados. Se tomó la presión basal (Normal 120/80) sin tratamiento y antes, durante y hasta regresar a valor normal. (Curva de TA).
Resultados: el 37 % de los jugadores compulsivos tuvieron un incremento TA> 10% y taquicardia sinusal> 110 lpm; durante mayor tiempo de los controles 2% aumento TA <10% y TS <100lpm.
Conclusiones: La falta de capacidad adaptativa de los jugadores compulsivos ante pruebas computarizadas con respuesta hiperadrenérgica en forma sostenida en el tiempo podrían per se predisponer a cambios estructurales definitivos conduciendo a HTA. En un diseño transversal con pequeño número de sujetos, no es posible aventurar conclusiones referidas a asociaciones causales, pero podría existir una mayor frecuencia de hiperactividad en ludópatas con respecto de los controles normales de similar edad y sexo.

016 Reducción de los Valores de Troponina en Rehabilitación en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca

Martínez, JM; Montenegro, E; Cristofini, P; Duong, C; Martinez, DF; Iliou, MC
Cardiología, Rehabilitación cardiaca, DAMIC Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina / Rehabilitación Cardiaca, Rehabilitación cardiaca, APHP Hopital Broussais-HEGP, Paris, France

La detección de Troponina (cTn) en el suero de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) independientemente de su etiología ha sido reportada y vinculada a la degradación del aparato contráctil en células crónicamente afectadas. Estos marcadores son asociados con formas más severas y con peor evolución de la enfermedad. Es aún incierto su papel durante y posterior de la realización de un programa de Rehabilitación Cardiaca (RHC)
Objetivos: El objetivo de este trabajo fue de evaluar si existe una variación en los niveles de cTn en pacientes con ICC de etiología no isquémica y si esta variación tiene alguna relación con otros marcadores de descompensación cardiaca como péptidos natriurético cerebral (BNP) y proteína C reactiva (PCR).
Métodos: se incluyeron 39 pacientes con diagnostico de ICC no isquémicas (coronarografia normal) con una edad media de 52.4 años, fracción de eyección (FE) promedio de 29%, que realizaron una media de 19.7 sesiones de entrenamiento físico (EF) principalmente en cicloergómetro, con un pico de VO2 basal medio de 15,3 ml/kg/min a quienes se les dosaron tanto en el ingreso como en el alta: cTnI, BNP, PCR. El análisis estadístico se realizo con el Test de Wilcoxon y Rangos de Sperman para las correlaciones.
Resultados: Después de finalizado el programa de RHC hubo una disminución significativa con relación a los valores de ingreso en los niveles de Na, BNP y de cTnI; pero la correlación de la disminución de cTn con los descensos de BNP, CRP, Hemoglobina y niveles de pico de VO2 no fue estadísticamente significativo

	Basal	Fin de RHC	p
Pico VO2 (ml/kg/min)	15.4 ± 5.5	17.4 ± 5.7	0.004
BNP (pg/ml)	1003 ± 1070	696 ± 594	0.034
cTn I (ng/ml)	0.051 ± 0.07	0.024 ± 0.029	0.026

Conclusión: Los valores de troponina disminuyen luego de un programa de RHC en pacientes con ICC no isquémica. Los mecanismos involucrados en esta disminución quedan por determinar.

017 La Respuesta a la Rehabilitación Cardiaca Tiene un Valor Pronóstico en la Insuficiencia Cardiaca Crónica

Martínez, JM; Naili, M; Dervaux, N; Martínez, DF; Montenegro, E; Iliou, MN
Cardiología, Rehabilitación cardiaca, DAMIC Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina / Rehabilitación Cardiaca, Rehabilitación cardiaca, APHP Hopital Broussais-HEGP, Paris, France

La capacidad de ejercicio es un marcador pronóstico independiente en la insuficiencia cardiaca crónica (ICC). La rehabilitación cardiaca mejora la capacidad de ejercicio y la calidad de vida. El efecto sobre el pronóstico aun permanece en controversia.
Objetivos: El objetivo de este estudio fue de evaluar el valor pronóstico de la progresión de la capacidad de ejercicio después del entrenamiento físico (EF) en pacientes con ICC.
Métodos: Incluimos en forma prospectiva 282 pacientes con ICC, 88% hombres, con una edad media de 56.7 años, fracción de eyección (FEVI) de 27±7 %, que completaron un programa de ejercicios de por lo menos 20 sesiones de entrenamiento durante 5 semanas. La progresión de la capacidad de ejercicio fue determinada por el porcentaje de cambios en el pico VO2 de antes y después del programa de EF. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según la ganancia del VO2 pico: los con una ≥ 10 % se consideraron respondedores y los con una < 10% no respondedores. El análisis estadístico fue hecho con T-test, análisis uni et multivariados.
Resultados: El promedio en la progresión del pico de VO2 fue 19.3 ($p<0.05$). Luego de un seguimiento medio de 39 meses, 66 pacientes se perdieron, de los 216 restantes: 55 murieron (25.5%), 20 fueron transplantados (9.3 %), 44 (20.3%) fueron rehospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda y los otros 97 (44.9) no tuvieron eventos. En el análisis multivariado los únicos dos factores independientes fueron: clase funcional NYHA y pico basal de VO2. De acuerdo a nuestra definición 135 pacientes fueron respondedores (62.5%) y 81 no respondedores (37.5%). Al final del seguimiento, los pacientes respondedores tuvieron un 7.8% de eventos cardiacos versus el 24.1% para los no respondedores ($p< 0.05$).
Conclusión: La falta de progresión en la capacidad de ejercicio después del entrenamiento está asociada con un empeoramiento del pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica.

018 La Edad y los Beneficios del Entrenamiento Físico en Pacientes con Disfunción Ventricular Izquierda

Martínez, JM; Duong, C; Cristofini, P; Montenegro, E; Martínez, DF; Iliou, MC
Cardiología, Rehabilitación Cardiaca, DAMIC Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina / Rehabilitación Cardiaca, Rehabilitación Cardiaca, APHP Hopital Broussais-HEGP, Paris, France

Los programas de Rehabilitación cardiaca (RHC) que incluyen un programa completo de entrenamiento físico mejoran la capacidad al ejercicio en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC). Los estudios publicados incluyeron mayoritariamente pacientes jóvenes.
Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar los beneficios del entrenamiento físico (EF) en pacientes jóvenes y en pacientes añosos con disfunción ventricular izquierda (DVI)
Métodos: Incluimos 207 pacientes en forma consecutiva derivados a RHC con una fracción de eyección (FEVI) < 40%, fueron excluidos todos los pacientes con criterios de inestabilidad e incapacidad física. A todos los pacientes se les realizo un ecocardiograma Doppler antes de comenzar el EF donde se midieron función sistólica (FEVI) y patrones de llenado ventricular (E/A); Prueba de esfuerzo cardio-respiratoria antes y después del EF (pico de VO2). Todos los pacientes realizaron 5 sesiones semanales con un promedio de 20 sesiones totales de 30 a 45 minutos diarios principalmente en Ciclo ergómetro; Con una compliance > 84%.
Resultados: Los beneficios del EF tanto en pacientes añosos (12 % de la población > 70 años) como en pacientes jóvenes fueron idénticos. Los beneficios en términos de duración del esfuerzo o de la respuesta cronotrópica fueron totalmente comparables, lo mismo ocurrió en la ganancia de los picos de VO2 y en el umbral anaeróbico ($p < 0.05$ intragrupo antes y después del EF en todos los paramentos evaluados). En análisis uni y multivariados no hubo correlación entre la edad y los resultados del EF.
Conclusión: A pesar de la baja capacidad de ejercicio basal, los pacientes añosos con DVI pueden obtener los mismos beneficios de tolerancia al ejercicio después del EF. La edad no debería ser considerada como una contraindicación para la inclusión de pacientes con ICC en programas de EF y RHC.

020 Marcadores Clínicos y Humorales Relacionados con la Mortalidad en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca Clase Funcional III/IV

Capece, R; Borgo, J; Mosca, S; Masevicius, D
Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, HIGA Evita Lanús, Lanús, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Observar en pacientes (pac) con miocardiopatia dilatada (MD) e insuficiencia cardiaca (IC) clase funcional III/IV la existencia de variables clínicas y humorales que se comporten como predictores de riesgo para mortalidad.
Material y método: Se incluyeron 84 pac con MD e IC con una antigüedad en el diagnóstico (media 3.3 años / DS 2.1), internados en la unidad coronaria por descompensación cardíaca. Se dividieron los pac en grupo no muertos (GV) N: 60 y el grupo de aquellos que fallecieron (GM) N: 24. A los fines del estudio se compararon; número de reinternaciones, comorbilidades, cumplimiento del tratamiento higiénico-dietético, adhesión al tratamiento farmacológico, tratamiento farmacológico al ingreso (drogas), y las variables bioquímicas; natremia, leucocitos, glucemia, creatinina y bilirrubina. Para el análisis estadístico se empleo test de proporciones del programa Statistix corregida por prueba de Fisher´s, prueba de Chi cuadrado y test de Student.24.
Resultados: más del 80% en ambos grupos tenían deterioro moderado a severo de la función ventricular por ecocardiograma. En la distribución por sexo predomino el masculino GV 83.3% GM 70.8% (p ns), edad GV 61.3±11.0 años y GM 63.9±11.3 (p ns), no hubo diferencias estadísticas significativas en relación al tratamiento previo. Solo mostraron diferencias significativas; reinternaciones/promedio 2.6 vs 3.5 (p 0.04), Trat previo con furosemida 32-53.3% vs 19-79.1% (p 0.05), Leucocitos 8798±2965 vs 11336±6840 (p 0.01) y valor de creatinina 1.2±0.6 vs 2±0.8 (p 0.03).
Conclusión: En los grupos observados destacan como variables relacionadas con la mortalidad el número de reinternaciones previas, la existencia de tratamiento previo con furosemida, leucocitosis y los mayores niveles de creatinina.

021 Es la Fondaparina una Alternativa Frente a la Enoxaparina en el Tratamiento de los Síndromes Coronarios Agudos sin Elevación del ST

Capece, R; Borgo, J; Mosca, S; Gutiérrez, O
Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, HIGA Evita Lanús, Lanús, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: comparar en los pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST si la anticoagulación con heparina sintética es similar a la heparina cálcica en la prevención de las complicaciones isquémicas durante la internación.
Material y método: estudio piloto, prospectivo, entre grupos homogéneos asignados aleatoriamente uno: uno (Primer Caso: Fondaparinux Caso 2: Enoxaparina y sucesivamente). Se incluyeron 84 pacientes, 42 asignados al grupo enoxaparina (GE) y 42 a fondaparinux (GF) en los cuales se estudio la prevalencia de las complicaciones isquémicas; angina recurrente, angina refractaria, angina postIAM y reinfarto. Análisis estadístico: se empleo el test de proporciones del programa SPS, corregido con prueba de Fisher y Kruskal-Walis one way non parametric AOV.
Resultados: todos los pac se anticoagularon 3 días, enoxaparina a razón de 1mg/k/peso subcutáneo cada 12 hs y fondaparina única dosis al día de 2,5 mg. Predomino el sexo masculino GE 66.6% y GF 71.4%, (pNS) la edad 64.07±11.7 vs 61.2±12.2 (pNS), las poblaciones fueron comparables en factores de riesgo vasculares; hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, diabetes y en eventos isquémicos previos; infarto o angina previa, revascularización previa. En el GE los eventos isquémicos fueron 5 (12%) y en el GF 5 (12%) p NS.
Conclusiones: No se encontraron diferencias estadísticas significativas en los eventos isquémicos observados en ambos grupos.

025 Estado de las Evaluaciones Económicas sobre Prevención Cardiovascular en Argentina

Colantonio, LD; García Martí, S; Rubinstein, A
Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para el cono Sur (CESCAS), Capital Federal, Capital Federal, Argentina / Área de Evaluaciones Económicas, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Capital Federal, Capital Federal, Argentina

Introducción: Las evaluaciones económicas constituyen herramientas fundamentales para apoyar la implementación de nuevas intervenciones sanitarias.
Objetivo: identificar, analizar y comparar los estudios de costo-efectividad en prevención cardiovascular para Argentina.
Métodos: Se realizó una búsqueda de la literatura y se contactaron expertos en evaluaciones económicas y salud cardiovascular. Se revisaron 5 bases de datos electrónicas: PubMed, EMBASE, LILACS, NHS EED y HTA, empleando términos de búsqueda para el país, tipo de estudio, y enfermedades cardiovasculares o sus factores de riesgo.
Resultados: En total se identificaron 108 referencias, las cuales fueron analizadas para su inclusión. Finalmente fueron incluidos 9 estudios analizando 14 comparaciones diferentes. Tres de los estudios fueron basados en árboles de decisión, tres fueron realizados empleando un modelo general desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, dos fueron montados sobre ensayos clínicos (piggy back), mientras que el último estudio consistió en un modelo de simulación de Monte Carlo. Seis de los estudios identificados analizaron comparaciones en prevención secundaria (3 en pacientes con indicación de angioplastía coronaria, dos en pacientes con antecedentes coronarios o equivalentes y uno en pacientes con primera internación por insuficiencia cardíaca aguda). Los 3 estudios restantes compararon 8 intervenciones en prevención primaria y secundaria (bupropión, campañas de difusión antitabaco, reducción de sal en alimentos, etc.). En 4 de 9 estudios el horizonte temporal de análisis fue menor a 2 años. Algunas de las intervenciones en prevención primaria y secundaria analizadas fueron costo-ahorrativas o muy costo-efectivas, considerando los supuestos adoptados por los autores.
Discusión: El número de estudios identificado fue menor al esperado considerando que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país.

027 Enfermedad de Chagas, Capacitación a la Población de Riesgo

Sosa, F; Lavenia, A; Luluaga, S
Cardiología, Clínica Médica, Hospital Padilla, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Control Vectorial, Epidemiología, SIPROSA, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

La enfermedad de Chagas, de amplia difusión geográfica en América. En América Latina, se estima que 90.000.000 están en situación de riesgo. En Argentina, hasta 1997, había alrededor de 3.000.000 de infectados, 750.000 enfermos con alteraciones cardíacas de distinto grado. Actualmente se desconocen las cifras reales debido a sub-registros estadísticos. En nuestra provincia, las áreas de mayor prevalencia se encuentran en los Departamentos de Simoca, Graneros, Leales, Burruyacu y Tafí.
Objetivos: Hacer extensivos conocimientos actuales sobre el significado del compromiso que produce en la salud de las personas la enfermedad de Chagas. Los destinatarios son: Médicos, Enfermeros, Agentes Sanitarios, estudiantes de Enfermería y demás personal de Salud, Maestros, Escolares, Miembros de Comunas Rurales, pacientes y público en general, en especial de las zonas de mayor prevalencia de la enfermedad. Por otra parte, se busca establecer una red de captación, asistencia y derivación integrada en los distintos niveles de complejidad de los Servicios de Salud de la provincia para las personas afectadas por la enfermedad cuando el compromiso de su salud así lo requiera. No menos importante es el impartir conceptos sobre la importancia de la comunicación de la presencia de vinchucas para un adecuado control de la transmisión de la enfermedad de Chagas y los beneficios que reporta este sistema. La finalidad es promover el establecimiento de un circuito de denuncia entomológica. Actividades desarrolladas, modalidad taller con buenos resultados.

028 Perfil Epidemiológico y Hallazgos en Estudios Complementarios del Paciente Infectado por Chagas

Sosa, F; Rodríguez, F; Alonso, E; Iluluaga, S
Cardiología, Clínica Médica, Hospital Padilla, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Objetivo: Conocer el perfil epidemiológico y hallazgos ecocardiográficos del paciente afectado por Chagas de primera consulta.
Material y método: se analizaron los datos de todos los pacientes de primera consulta a la sección de Chagas del Hospital Padilla en el periodo comprendido entre 2004 y 2009.
Resultados: Se evaluaron 230 pacientes en el mencionado periodo, 37% masculinos, 63% femeninos, en su mayoría procedentes del NOA, 90% con media de edad de 40 años, solamente un 6% de los pacientes conocía datos personales como dislipemia o hipertensión arterial, 6% sintomáticos. Resultados de los estudios, siendo patológicos el 31% de los ECG, el 21% de las Tele Rx. y el 50% de los Ecocardiogramas. En 10 a 15 % de sujetos asintomáticos presentaron una discinesia apical, con fracción de eyección normal. En sujetos con grado moderado o avanzado de insuficiencia cardíaca, cerca de la mitad de los pacientes presentaron discinesia o aneurisma de la punta del ventrículo izquierdo. La alteración de la relajación ventricular, como expresión de la disfunción diastólica y la dilatación de las cavidades se observa en las etapas más precoces aún en pacientes asintomáticos .El aneurisma apical y el deterioro de función ventricular, se correlacionaron con aumento de riesgo de muerte súbita. En cuanto al nivel ocupacional, 15% desocupados, 10% jornaleros, 14% tareas varias. Se encontró un 36% de pacientes analfabetos de acuerdo a la definición actual. En el estudio de la Enfermedad de Chagas debería incorporarse el ecodoppler como un recurso complementario de rutina, dado que el mismo diagnóstica compromiso de miocardio en ausencia de alteraciones del electrocardiograma y de la radiografía de tórax.

032 Isquemia Miocárdica y Microangiopatía en Pacientes Diabéticos Tipo 1

Uriarte, M; Echazarreta, D; Assad, D
Consultorios Externos, Cardiología, HIGA San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Clínica Médica, Instituto de Diagnóstico, Instituto de Diagnóstico, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Consultorios Externos, Cardiología, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La presencia de microangiopatía en pacientes con diabetes tipo 1 se halla suficientemente documentada. Sin embargo su impacto sobre la macroangiopatía coronaria mediante su evaluación por técnicas de SPECT gatillado pudiera brindarnos mayor información para adoptar conductas preventivas en el tratamiento de la patología.
Objetivos: Valorar la presencia de isquemia miocárdica en un grupo de pacientes portadores de diabetes tipo 1 con y sin microangiopatía.
Material y Método: Se evaluaron a 53 pacientes (p) en forma ambulatoria (24 p portadores de retinopatía y nefropatía) y 29 sin lesión sometidos a pruebas de perfusión miocárdica SPECT esfuerzo/reposo con Tc99 mibi. Se compararon las poblaciones aplicando el test de student.
Resultados: Se evaluó una población de 53 p (32 varones) portadores de DBT tipo 1 (15 ± 1.8 años con insulina) (14 con hipertensión arterial, 25 con estatinas, 10 con aspirina y todos con enalapril) El grupo A (con retinopatía y nefropatía): 11 varones, 7 isquémicos (29.1%) (6 mujeres), 4 inferobasal y medial -score de reversibilidad (SR) 4-; 1 apical -SR 2-; 2 septapical, apical, septomedial y anteroapical -SR 9- con 5.2 metz±0,3 DP: 21500. El Grupo B (sin retinopatía y nefropatía): 8 varones, 10 isquémicos (34.4%) p=0.07 (NS) (8 varones), 5 inferoapical e inferomedial -SR 4-, 1 inferobasal -SR 2-, 2 lateroapical, anterolateral y medial y 2 septomedial, septobasal, anteroapical con 7.2±0.7 metz y DP: 24200.
Conclusión: En pacientes portadores de diabetes tipo 1 la presencia de isquemia miocárdica resultó no modificarse según presentaran o no microangiopatía.

033 Valoración de la Presencia de Isquemia Miocárdica en una Población de Pacientes Sometidos a Transplante Renal mediante Spect Gatillado

Uriarte, M; Echazarreta, D
Consultorios Externos, Cardiología, HIGA San Martin, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Clínica Médica, Instituto de Diagnóstico, Instituto de Diagnóstico, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Como consecuencia del tratamiento post transplante (tx) renal que incluye la administración de corticoides e inmunosupresores, la mayor frecuencia de alteraciones en el endotelio vascular central y perisférico es un objetivo de evaluación y consideración.
Objetivos: Valorar la presencia de isquemia miocárdica en un grupo de pacientes sometidos a tx renal
Material y Método: Se evaluaron 23 pacientes (p) 17 varones, con edad x 51±3 años, sin isquemia miocárdica en la evaluación pre tx valorados mediante estudio SPECT gatillado 25±4meses por angor o disnea. Se reunió la información en una plantilla de Excel 2003 sometiendo las variables halladas a test de student.
Resultados: 23 p (17 varones); 51±3 años; Valoración a los 24±4 meses. 8 isquémicos (3 diabéticos, 2 riñones poliquísticos, 1 glomerulonefritis, 2 nefroesclerosis). De las cineangiocoronariografías se observó la presencia de 7 lesiones: 3 en la descendente anterior, 1 en la circunfleja (cx), 2 en la coronaria derecha (cd), y 1 en la cx y cd. Los segmentos isquémicos hallados fueron: 2 anteromedial y anteroapical (score de reversibilida SR) 4; 1 septoapical y septomedial SRS 4; 1 anteroapical, apical y septoapical SR 7; 1 inferobasal e inferomedial SRS 5; 2 anteromedial y anterobasal SR 4; y 1 inferolateral, inferolateromedial y basal SR 5.
Conclusión: La presencia de isquemia miocárdica en pacientes sometidos a tx renal tras 24±4 meses de seguimiento no resultó significativa.

034 Evolución a 6 Meses de 4 Pacientes Portadores de Miocardiopatía de Tako Tsubo

Uriarte, M; Echazarreta, D
Consultorios Externos, Cardiología, HIGA San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Medicina Nuclear, Cardiología, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La miocardiopatía de Tako Tsubo tiene una incidencia que se estima entre el 0,5 a 1% de los pacientes que ingresan con sospecha de IAM. Ocurre mayoritariamente en mujeres (más del 80%), de edad avanzada (excepcional en menores de 50 años) y con frecuencia precedido por un estrés físico o emocional importante que actúa como desencadenante. El dolor torácico suele ser atípico.
Objetivos: Referir 4 casos y su evolución a los 6 meses evaluados mediante pruebas de perfusión miocárdicas con técnica de SPECT gatillado.
Material y Método: se evaluaron 4 pacientes con diagnóstico de miocardiopatía de Tako Tsubo (TT) siendo sometidos a SPECT gatillado en el momento del diagnóstico y a los 6 meses.
Resultados: Los 4 pacientes refieren el cuadro clínico tras eventos de stress significativos. Paciente 1 (64 años), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI): 44%; (Volumen de fin de diástole (VFD): 112 ml Volumen de fin de sístole (VFS): 51 ml; paciente 2 (54) FEVI: 46%, VFD: 80 , VFS: 32 ml, paciente 3(53), FEVI: 42%, VFD: 107 ml, VFS: 45 ml, paciente 4 (61) FEVI: 43%, VFD: 103 ml, VFS: 54 ml. Todos los pacientes presentaban defectos de perfusión apical y anteroapicales que se normalizaron entre los 3 y los 6 meses de seguimiento sin defectos de perfusión y con una FEVI x 60%.
Conclusiones: La disfunción ventricular izquierda transitoria evidenciada en los 4 casos referidos ha sido interpretada como miocardiopatía de TT.

035 Valoración mediante Spect de Pacientes Portadores de Síndrome Antifosfolipídico y Trombosis Asociada

Uriarte, M; Echazarreta, D
Consultorios Externos, Cardiología, HIGA San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Medicina Nuclear, Cardiología, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por la aparición de trombosis de repetición (tanto venosas como arteriales o de pequeño vaso), morbilidad en los embarazos (abortos o pérdidas fetales recurrentes) y alteraciones hematológicas (trombopenia o anemia hemolítica), asociados a la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos (AAF).
Objetivos: Evaluar la presencia de isquemia miocárdica en 32 pacientes portadores de SAF y trombosis asociada.
Material y Método: Se evaluaron a 32 pacientes (p) entre el 10/07 y el 12/09 atendidos en el HIGA San Martín y en IDCLP sometidos a estudios de SPECT conjugando las variables halladas mediante test de student.
Resultados: 32 p con SAF (21 mujeres): 4 accidentes cerebrovasculares, 7 anginas inestables, 3 accidentes isquémicos transitorios, 8 con dolor precordial y disnea y 10 trombosis arteriales (2 suclavias, 3 ilíacas y 5 femorales). De los 15 p con síntomas anginosos, 11 presentaron isquemia miocárdica (5 segmentos apical, septoapical, y septomedial - score de reversibilidad (SR) 5); 3 inferior de base a apex SR 6; 2 inferolaterobasal e inferolateromedial SR 4; 1 anteroapical y apical SR 4) y 4 fueron normales. de los cuales 7 fueron sometidos a angioplastia coronaria y 4 presentaron lesiones<40%. 17 no presentaron precordialgia (de estos últimos sólo 1 presentó isquemia en una prueba con el segmento inferobasal SR 2).
Conclusiones: Los pacientes portadores de SAF y trombosis se mantuvieron asintomáticas sin lesiones coronarias significativas en relación a los que debutaron con síntomas anginosos.

036 Valoración de Isquemia Miocárdica en 11 Casos de Falsos Tendones

Uriarte, M; Echazarreta, D
Consultorios Externos, Cardiología, HIGA San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Medicina Nuclear, Cardiología, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los falsos tendones ventriculares izquierdos se observan con considerable frecuencia en pacientes remitidos para evaluación ecocardiográfica, por ser portadores de soplos cardíacos con características de inocentes. Dichos soplos, presentes en un 50% de los niños sanos, podrían explicar su génesis por la presencia de estos falsos tendones, considerados como variantes anatómicas normales, carentes de significado patológico. En algunos casos los pacientes debutan con episodios de precordialgia y arritmia ventricular.
Objetivos: Valorar 11 casos de falsos tendones (FT) diagnosticados mediante ecocardiografía transtorácica 2D doppler Color que refirieron dolor precordial siendo evaluados mediantes estudios de perfusión miocárdica (SPECT) con el fin de valorar isquemia.
Material y Método: Los 11 pacientes fueron valorados mediante SPECT entre 11/08 y 12/09.
Resultados: 11 FT (9 varones), Entre músculo papilar posterior y septum, sintomáticos por angor o arritmia (no taquicardia ventricular), edad: 53±4años, coronariografía normal en todos los casos con estudios de perfusión miocárdica con técnica de SPECT con isquemia en 6 casos (54.5%), a saber: 2 inferomedio y basal-score de reversibilidad (SR) 4-, 1 septomedial-SR 2-1 septoapical -SR 2-, 2 inferolaterobasal e inferolateromedial -SR 4-
Conclusiones: La presencia de FT se asocia con angor, arritmia y defectos isquémicos en una proporción significativa sin evidenciar lesiones coronarias

037 Métodos Ecocardiográficos para Evaluar la Aurícula Izquierda Utilizando los Valores de Corte Publicados por la ASE/ESC

Plastino, ML; Núñez, P; Erriest, J; Castro, L; Vigo, G; Cartasegna, L; Vilches, A; Camilletti, J; Arregui, V
Sección Eco-Doppler cardíaco y vascular, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: En la Argentina, el parámetro ecocardiográfico más utilizado para evaluar el tamaño de la aurícula izquierda (AI), es el diámetro antero-posterior (Diám AI) en modo M. Las recomendaciones de la American Society of Echocardiography (ASE) /European Society of Cardiology (ESC) para evaluar las cámaras cardíacas, concluyen que, para determinar el tamaño AI, se prefiere el volumen AI indexado a la superficie corporal (Vol AIi) a las mediciones lineales, y publican el valor de corte para definir dilatación AI . A pesar de estos datos, numerosos laboratorios continúan utilizando sólo la medida de Diám AI ant-posterior porque parecería ser más fácil de evaluar.
Objetivos: El propósito de este estudio es correlacionar el Vol AIi según los parámetros de las recomendaciones, con las medidas clásicas del Diám AI.
Métodos: Se analizaron 107 jóvenes, jugadores de rugby, que concurrieron al laboratorio de Ecocardiografía para realizarse una evaluación precompetitiva entre los meses de Febrero y Abril de 2009. Se les realizó Eco Doppler cardíaco convencional.
Resultados: Se enrolaron 107 pacientes, la edad media fue de 18.02 años (±4.9). Se observó una correlación positiva, lineal, entre el Diam AI y el Vol AIi (r 0.43). Cuando se utilizaron los valores de corte publicados para agrandamiento AI, 2 pacientes (1.8%) fueron clasificados en AI anormal por Diam AI, y 11 (10.2%) por Vol AIi ($p< 0.02$). De los 105 pacientes que tuvieron AI normal según Diam AI, el 9.52 % (10 pacientes) tuvo Vol Ai anormal. De los 2 pacientes que tuvieron Diam AI anormal, solo uno presento Vol Ai anormal. La concordancia entre ambos métodos para definir dilatación AI es pobre (kappa ~0.127)
Conclusión: Es importante seguir las recomendaciones de las guías de la ASE/ESC, y, evaluar y definir a los pacientes según los valores de corte recomendados, ya que es de suma importancia pronóstica una correcta categorización de los pacientes según las dimensiones de la AI.

038 Relación entre la Caracterización del Síntoma de Ingreso y el Pronóstico en la Unidad de Dolor de Pecho

Arce, C; Chávez Caballero, R; Cursack, G; Meiriño, A; Zapata, G
Residencia, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

En las UDP, el síntoma dolor precordial muchas veces es atípico y no guarda relación con la probabilidad de presentar un SCA.
Objetivo: correlacionar los distintos tipos de dolor de pecho con el pronóstico en pacientes que ingresan a UDP
Material y Métodos: en los últimos 10 años fueron evaluados 937 pacientes en la UDP con sospecha clínica de SCA y ECG normal. Algoritmo realizado: 1- historia clínica, ECG y Rx tórax; 2- monitoreo cardíaco; 3- CK, CK MB, Tn T; 4- test de isquemia; 5- positivo UC/ negativo alta. Eventos (E) muerte, IAM, internación y ATC/ cirugía a 30 días. Se clasificó el síntoma de ingreso en 3 grupos según: a-cualidades del dolor, b- desencadenantes y c- finalización. Grupo I: dolor torácico incaracterístico (DTI) 1 de 3 características presentes. Grupo II: angor atípico (AA) 2 de 3. Grupo III: angor típico (AT) 3 de 3. Estadística con PASW 18.
Resultados: n=937 ptes. Algoritmo (A) (+) 153 ptes (15.2%). E con A (+) 69/45% y con A (-) 18/2,2%.

	GI ptes 490 (52.2%)	GII ptes 348 (37.1%)	GIII AT 99 (10.5%)	N 937	
Edad (años)	54.5	54.8	56.2	55.9	
Sexo Fem	155 (31.6%)	105 (30.1%)	25 (25.2%)	275 (29.3%)	
F Riesgo >3	130 (26.5%)	107 (30.7%)	34 (34.3%)	271 (28.9%)	
Algoritmo (+)	47 (9.5%)*	67 (19.2%)	29 (29.2%)*	143 (15.2%)	
E	31 (6.3%)	22 (6.3%)	15 (15.1%)*	68 (7.2%)	p=0.05

Conclusiones: la caracterización del síntoma al ingreso en la UDP se correlaciona con el pronóstico. La AT se relaciona con más algoritmos (+) y eventos al seguimiento.

039 Rigidez Arterial y Control Tensional

Baroni, M; Cruz, M; Della Mora, A; Sala, J; Bendersky, M
Dpto. de Prevención Cardiovascular, Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivo: Valorar la rigidez arterial y compararla con el control tensional en pacientes de un programa de prevención cardiovascular.
Material y Métodos: 126 hipertensos con tratamiento, edad 59.4 años (35-82), hombres 106. Todos incluidos en un programa de prevención cardiovascular y evaluados con MAPA (Meditech cada 15 min/dia y 30 min/noche). Se determinó Presión Pulso 24 hs (PP), Ambulatory Arterial Stiffness Index (AASI = 1 – slope DBP / SBP), Symmetrical AASI (sAASI= 1 – correlation coefficient / standard systolic on diastolic slope) y la velocidad del pulso (VOP) por método Complior. Se considera hipertenso no controlado si TAS 24 hs > 130 mmHg y controlado los que tienen TAS 24 hs < 130 mmHg. Estadística: variables distribución normal= Test T muestras independientes, variables distribución anormal= Test Mann Whitney- Significación $p < 0,05$.
Resultados: PP 24 hs en los hipertensos controlados: 47,56 y en los no controlados 58,6, p=0.0001; AASI en los hipertensos controlados: 0,43 y en los no controlados 0,47, p=0.06; sAASi en los hipertensos controlados 0,25 y en los no controlados 0,28, p=ns; VOP en los hipertensos controlados 11.43 y en los no controlados de 12,73, p=0.003.

	<50 años <130mmHg	>50 años <130 mmHg	p	<50 años >130 mmHg	>50años > 130 mmHg	p
PP24 hs	46	47.5	0.24	53	60.8	0.007
AASI	0.32	0.44	0.002	0.41	0.49	0.11
AASIs	0.16	0.27	0.001	C 0.20	0.30	0.003
VOPm/seg	9.75	12.05	0.0001	10.49	13.03	0.002

Conclusión: los hipertensos controlados tienen parámetros de rigidez arterial menores que los no controlados, lo que se evidencia con más claridad en los pacientes más jóvenes.

040 La Glucemia post Carga y Nuevos Diagnósticos de Alteraciones Metabólicas

Baroni, M; Cruz, M; Della Mora, A; Sala, J; Bendersky, M
Dpto. de Prevención Cardiovascular, Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivos: Valorar la utilidad de la prueba de sobrecarga a glucosa (glucemia 2 hs post 75 gr. de glucosa oral) para diagnosticar anormalidades del metabolismo hidrocarbonado en sujetos que concurren a un Centro de Prevención Cardiovascular.
Material y Métodos: 150 pacientes, 123 hombres, edad 58 años (35-82). Se excluyeron diabéticos ya diagnosticados. n= 51 (33,6 %) Prevención 2° (eventos cardiovasculares previos) y n= 100 (66,44 %) en Prevención 1°. Laboratorio, prueba de sobrecarga a la glucosa, MAPA (Medithec cada 15 min día y 30 min noche-70 % mediciones válidas) Ambulatory Arterial Stiffness Index (AASI= 1 – pendiente TAD/TAS) Ecocardiograma bidimensional: índice masa ventricular izquierda (IMVI) Estadística. Análisis de la varianza- Prueba Kruskal Wallis. Significación p< 0.05.
Resultados: Nuevos Diagnósticos: Prev. 1°: Glucemia Alterada en Ayunas: 4,95 %; Intolerancia a la Glucosa (ITG): 17,8 %; Diabetes Mellitus (DM): 6,9 %. Prev. 2°: Glucemia Alterada en Ayunas: 7,8 %; Intolerancia a la Glucosa: 15,6 %; Diabetes Mellitus: 1,96 %.

	AASI	Glob Blancos	PCR	MAU*	IMVI **(g/m2)
Glucemia Normal	0,42	6128	117	15,3	123
ITG	0,45	6903	236	21	147
DM	0,50	7096	167	32,1	142
p	0,06	0,009	ns	ns	0,001

A medida que se incrementa en índice de masa corporal, mayor prevalencia de Intolerancia a la Glucosa y Diabetes Mellitus.
Conclusión: la prueba glucemia post carga oral es de utilidad en el diagnóstico de anormalidades glucídicas no sospechadas previamente. Estas alteraciones glucídicas se asocian a más Factores de Riesgo y daño de órgano blanco. A medida que aumenta el peso de los pacientes crecen en forma proporcional los diagnósticos de Intolerancia a la glucosa y de Diabetes Mellitus.

044 Evolución Clínica del Síndrome Coronario Agudo en la Era de la Angioplastia

Macin, SM; Perna, ER; Fleitas, M; Álvarez, O; Babi, C; Escalante, J; Coronel, ML; Liva, P; Baccaro, J; Badaracco, JR
Unidad Coronaria, Cardiología, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

La morbilidad del síndrome coronario agudo (SCA) se ha reducido gracias al uso de nuevas terapias.
Objetivos: Evaluar evolución clínica del SCA a corto y largo plazo
Métodos: Registro observacional, prospectivo, 664 pacientes consecutivos admitidos a UCIC del Instituto de Cardiología, dentro de 24 hs del inicio de los síntomas entre 01-06 a 12-08. Se identifico mortalidad total, punto final combinado de muerte, infarto o necesidad de revascularización
Resultados: Edad media 63.2±10 años, 78% masculinos, 60% hipertensos, 40% tabaquistas, 23% diabéticos. Seguimiento 28 meses. STEMI fue visto en 35% y noSTEMI en 65%. La angioplastia y cirugía de revascularización miocárdica 50% y 14.5% en noSTEMI. El uso de aspirina, clopidogrel, betabloqueantes y estatinas en noSTEMI fue 93%, 82%, 78% y 91% respectivamente; en STEMI 98, 92, 75.4 y 88% respectivamente. La mortalidad hospitalaria en noSTEMI 1.8% y en STEMI 4.8% y a 28 meses 6.3% y 12.5% respectivamente. El punto final combinado fue de 3.8 y 8.7%, respectivamente y 20 y 36% respectivamente. El análisis multivariado mostró como predictores de mortalidad en noSTEMI: edad avanzada (HR 1.8 (IC 95% 1.1-2.2) y creatinina al ingreso 0.96 (IC 95% 0.92-0.98); y en STEMI edad avanzada 2.1 (IC 95% 1.8-2.2), insuficiencia cardiaca a la admisión (HR 3.4 (IC 95% 2.5-4), TnTc al ingreso 2.5 (1.6-4.5).
Conclusión: dos tercios de los pacientes son admitidos por noSTEMI, y más de la mitad son revascularizados, es mucho más favorable la evolución del noSTEMI tanto a corto como a largo plazo. La función renal y edad avanzada fueron predictores de mortalidad en noSTEMI, mientras que en STEMI lo fueron edad avanzada, insuficiencia cardiaca y troponina a la admisión.

045 Prevalencia de Síndrome Anémico en la Insuficiencia Cardiaca Descompensada, su Relación con Morbimortalidad y Fracción de Eyección de VI

Burgos, M; Alonso (H), E; Jandula, M; Álvarez, S; Alonso, E; Ávila, E
Cardiología, Cardiología, ITEC, Capital, Tucumán, Argentina / Cardiología, Insuficiencia Cardíaca, ITEC, Capital, Tucumán, Argentina / Cardiología, Ecocardiografía, ITEC, Capital, Tucumán, Argentina

Introducción. La anemia se muestra como prevalente y adversa comorbilidad en insuficiencia cardíaca (IC). La anemia se relaciona con progresión de síntomas, intolerancia al ejercicio y aumento de la mortalidad.
Objetivos. 1- Determinar prevalencia de anemia en pacientes (p) internados con (ICD). 2- Asociar anemia con internaciones por IC y mortalidad al año de seguimiento. 3- Relacionar anemia con el deterioro de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI).
Materiales y métodos. Enero a Junio de 2008 se analizaron retrospectivamente a pacientes unidad coronaria con diagnóstico de ICD, se les realizó laboratorio (hemoglobina y el hematocrito). Obtenidos de historia clínica de internados. Se realizó seguimiento telefónico al año. Se aplicó el test exacto de Fisher y test de asociación exacto, significativo p<0,05.
Resultados. Fueron incluidos un total de 45 pacientes en forma consecutiva con una edad promedio de 72 ± 10,1 años. De los cuales el 53% era de sexo femenino. Se observó que el 33% de los pacientes que se internaron por insuficiencia cardíaca con un intervalo de confianza 95%= (20%; 49%) presentaban anemia. El 60% de los pacientes anémicos se reinternó por ICD, mientras que la reinternación en los no anémicos fue del 33%. Sin embargo, no se encontró evidencia de asociación significativa entre la presencia de anemia y la internación por ICD (p=0,11). Entre los pacientes anémicos la mortalidad fue del 20%, en tanto en los que no tuvieron anemia fue del 33%. No se encontró evidencia de asociación significativamente entre la anemia y la mortalidad (p=0,5). El 54% de los pacientes anémicos tenía una FEVI < 40%. No se encontró evidencia de asociación significativa entreananemia y la mortalidad (p=0,5). El 54% una FEVI < 40%. No se encontró asociación significativa entre la anemia y los valores de FEVI (p=0,8).
Conclusiones. Hay una elevada prevalencia de anemia e ICD, tanto en falla diastólica como sistólica. Las internaciones por ICD fueron mayor en los anémicos.

049 Evolución de la Insuficiencia Cardiaca Aguda de Origen Sistólico vs Diastólico / Registro Platense de Insuficiencia Cardiaca / Replicar

Echazarreta, D; Mancini, L; Integrantes del Replicar,
Insuficiencia Cardiaca e HTP, Cardiología, Hospital San Juan de Dios, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La presencia de insuficiencia cardiaca aguda en las unidades coronarias de nuestro país representa una alta proporción de los ingresos hospitalarios según lo refieren los diferentes registros publicados hasta la fecha.
Objetivos: Evaluar la evolución de pacientes portadores de insuficiencia cardiaca aguda de origen predominantemente sistólico (ICAS) o diastólico (ICAD) durante su internación.
Material y Método: Se evaluaron 141 pacientes (p). 111 fueron incluidos en el grupo ICAS y 30 constituyeron el grupo ICAD. Se realizó una comparación entre 26 variables obtenidas del Registro Platense de Insuficiencia Cardiaca (REPLICAR). El cruce estadístico se realizó utilizando un programa estadístico SPSS.
Resultados: Se evaluaron las variables siguientes: edad, sexo, hipertensión (HTA) (p=0,05), diabetes (p=0,047), dislipemia, fibrilación auricular (p=0,032), tratamiento farmacológico (uso de digoxina, diuréticos de asa, carvedilol (p=0,041), bisoprolol, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueantes de los receptores de angiotensina, espironolactona (p=0032), hipolipemiantes), tensión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardiaca , índice de masa corporal, congestión sistémica y pulmonar, edema agudo de pulmón (EAP) (p=0,46), hemoglobina, creatinina, sodio, etiología y muerte (p=0,001).
Conclusión: Los pacientes portadores de ICAD, presentaron mayor HTA, diabetes, fibrilación auricular, uso de carvedilol y espironolactona, aparición de EAP y menor mortalidad en relación a la ICAS.

051 Estudio de Detección y Seguimiento de Enfermedad Cardiovascular y Factores de Riesgo en el Cono Sur de Latinoamérica (Protocolo)

Rubinstein, A; Irazola, V; Colantonio, LD; Bazzano, L; Lanas, F; Manfredi, A; Calandrelli, M; Olivera, H; He, J; Grupo de investigadores CESCAS
Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para el Cono Sur (CESCAS) e Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Capital Federal, Capital Federal, Argentina / Department of Epidemiology, Tulane University, New Orleans, Luisiana, EE UU / Red de Centros de Investigación CESCAS, Argentina, Chile, Uruguay

Durante los años 2010 a 2014 se llevará a cabo un estudio epidemiológico en Argentina, Chile y Uruguay con el objetivo de analizar la prevalencia y tendencia secular de los factores de riesgo cardiovascular, conocer la incidencia de la enfermedad cardiovascular y determinar la magnitud de la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular clásicos y el desarrollo de eventos cardiovasculares en la población general. El estudio incluirá una muestra probabilística de 8000 adultos de entre 35 y 74 años, provenientes de 4 sitios del cono sur. En primera instancia se realizará un análisis basal mediante una encuesta en el hogar para relevar información sobre factores de riesgo cardiovascular, así como la presencia de enfermedades cardiovasculares establecidas y tratamientos al momento del estudio. Luego de la encuesta, los participantes concurrirán a un centro de salud a fin de obtener datos antropométricos, muestras de sangre y un electrocardiograma. Un segundo corte transversal sobre la misma población seleccionada será realizado a los dos años de iniciado el estudio, lo cual permitirá observar cambios temporales en la prevalencia de los factores de riesgo. Por último, la población seleccionada será seguida anualmente a fin de determinar la incidencia de eventos cardiovasculares y nuevos diagnósticos (estudio de cohorte). La duración del seguimiento será de cuatro años en total, y permitirá calcular la incidencia de enfermedad cardiovascular, así como la asociación entre los distintos factores de riesgo y aquella. Se presentará el protocolo de este estudio, el cual se espera brindará información de gran relevancia en la región. El estudio será financiado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH).

052 Stent de Arteria Carótida en Pacientes con Enfermedad Coronaria y Carotídea Asociada Sometidos a Cirugía Cardiaca

Pacheco, G; Caballero, G; Chiappe, M; Canestri, A; Quiroga, W; Isa, M; Serra, C; Balestrini, C
C. Intervencionista, Hemodinamia, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Cirugía Cardiovascular, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología Clínica, Cardiología Clínica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Background: Las estenosis de las arterias carótidas, incrementan el riesgo de Stroke (S) perioperatorio en pacientes (P) sometidos a cirugía cardíaca (By Pass Ao. Coronario y/o reemplazo valvular) (BPAC/RV). El S. perioperatorio a su vez aumenta 10 veces la mortalidad en estos p. El tratamiento tradicional ha sido la endarterectomía carotídea, ya sea combinada o secuencial. El rol del stent de arteria carótida (SAC) en estos p. no es claro, al igual que la terapia antiplaquetaria no ha sido aún bien establecida.
Objetivo: Evaluar los resultados hospitalarios del SAC en p. sometidos a cirugía cardíaca en forma inmediata.
Método: De abril 2005 a enero 2010, 18 p. presentaron en la evaluación prequirúrgica, estenosis carotídea severa por Eco Doppler vascular, en 14 de los cuales (78%) dicha obstrucción fue corroborada en la angiografía previa al SAC. Se registraron los S. periprocedimiento y perioperatorio. Todos los p. recibieron aspirina previo al SAC, heparina no fraccionada hasta el ingreso al quirófano y clopidogrel desde el 1° día del postoperatorio.
Resultados: Un total de 14p. (11hombres, 3 mujeres) con una edad promedio de 72.6 años (62-88) fueron incluídos. Todos los p. tenían necesidad urgente o electiva de revascularización miocárdica. 12p. fueron sometidos a BPAC y 2 p. a cirugías combinadas. 57% presentaban obstrucción severa del tronco de coronaria izquierda. La fracción de eyección promedio fue de 49%. El Score de riesgo fue 6.5 (Euro Score) y 13.5 (Parssonet). El 21% (3p.) presentaban antecedentes neurológicos previos. El intervalo entre el SAC y la cirugía cardiaca fue de 54 min. El éxito angiográfico y del procedimiento fue de 100% (ausencia de CIT, S mayor, S menor, IAM o muerte). Tres p. (21%) fueron reoperados por sangrado quirúrgico y el promedio de internación fue de 9.4 días.
Conclusión: Esta serie prospectiva y consecutiva, si bien pequeña, mostró que el SAC en p. con enfermedad carotídea y coronaria, sometidos a cirugía cardíaca es factible y seguro, necesitándose un mayor número de p. para confirmar estos hallazgos.

053 Fenómeno de Flujo Coronario Lento en Pacientes con Angina de Pecho. Características Clínicas y Angiográficas

Leyba, C; Demasi, J; Sevilla, M; Quiroga, A; Abraham, M; Miraglia, D; Cardona, M; Bembibre, G; Paolantonio, D
Cardiología, Hospital Español, Rosario, Santa Fe, Argentina Area temática: Cardiología Clínica

Introducción: El fenómeno de slow flow o flujo lento coronario ha sido descrito en la bibliografía como un fenómeno angiográfico, enlentecimiento en la circulación de vasos epicárdicos, hallado en pacientes con síntomas coronarios y que no presentaban lesión obstructivas de significación cuya etiología es desconocida con incidencia variable según los distintos reportes.
Objetivos: 1- Determinar la incidencia de este fenómeno en los pacientes estudiados en nuestro centro mediante CCG. 2- Evaluar características clínicas y angiográficas. Evolución 30 días.
Materiales y métodos: Se realizó un análisis observacional de pacientes (pts) que presentaron angina de pecho entre septiembre del 2008 y septiembre del 2009 evaluados atraves de CCG.Se incluyeron pacientes sin lesiones angiográficamente significativas. Se definió flujo lento a la alteración de la velocidad del flujo determinada visualmente por cardiólogo intervencionista y corroborado por TIMI frame count (FC) corregido.
Resultados: De un total de 672 CCG realizadas se constato flujo coronario lento en 23 pts (3,4%). El 74% eran masculinos, edad promedio fue de 57,4 ± 4.6 años (rango de 33-85), 66% presentaban HTA, 61% eran tabaquistas; 39% dislipémicos y un 30% DBT. Presentación clínica: APCE el 31% (n7) y SCASST el 69% (n16). El 100% de los pacientes presentaron fenómeno de flujo lento en la DA; 86% de la CX y 47.8% de la CD. El 43.5% de pts tenían flujo lento en los 3 vasos. TIMI FC promedio: DA fue 59, para la CD 39 y la CX 43. A los 30 días 2 ptes (12.5%) tuvieron re internación por angor. El tratamiento médico instituido fue a criterio del médico tratante.
Conclusiones 1- En nuestro centro la incidencia de fenómeno de flujo coronario lento fue de 3.4% 2- Se presento mas frecuentemente en hombres con alta prevalencia de hipertensión arterial y tabaquismo 3- A 30 días se registro un 12.5% de re internación por dolor precordial. 4- La DA estaba comprometida en el 100% de los pts.

054 Registro Tandilense de Angioplastia Primaria 2009

Thomas, J; Cicco, L; Maccarone, P; Miguel, M; Funaro, F; Suasnabar, R
Hemodinamia, Departamento Cardiovascular, Nueva Clínica Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Presentar las variables clínicas y resultados de los pacientes sometidos a angioplastia primaria en nuestra ciudad y su área de influencia, que registramos sistemáticamente en nuestra base de datos. Presentamos los datos preliminares del primer año, continuando el registro hasta el momento.
Material y métodos: entre el 01/01/09 y el 31/01/09 se registraron 51 pacientes (p) con evento coronario agudo con elevación del segmento ST tratados con angioplastia primaria dentro de las primeras 12 horas de evolución.
Resultados: La edad promedio fue de 62.8 anos, con 10 p (19.6%) diabéticos, 15 p (29.4%) pertenecientes al PAMI, y 28 p (56%) derivados de otros centros. Se estimo el grado de fallo de bomba mediante la clasificación de Killip y Kimball (KK). Ingresaron en clase KK A: 36 p (70.5%), KK B: 7 p (13.7%), KK C: 4 p (7.8%) y KK D: 4 p (7.8%). El tiempo dolor-balón fue en promedio 522 min. (8.7 hs) y el tiempo puerta-balón de 59.7 min. Los vasos culpables fueron las arterias circunfleja en 9 p (17.5%), descendente anterior en 23 p (45%), coronaria derecha en 17 p (33.3%), mamaria interna izquierda en 1 (1.9%) y 2 vasos en 1 (1.9%) (descendente anterior y obtusa marginal). Se obtuvo flujo TIMI III en 44 p (86.2%), TIMI II en 3 p (5.8%), TIMI 0-I en 4 p (7.8%). Presentaron resolución rápida del supradesnivel ST 28 p (54.9%). La mortalidad fue del 5.8% (3 p).
Conclusiones: En nuestro Registro, la angioplastia primaria obtuvo altas tasas de flujo TIMI III y de resolución del segmento ST con una mortalidad aceptable (dadas las características de la población), similar a la de otros registros nacionales e internacionales.

055 ¿Es Mejor la Perfusión Tisular con el Uso de Tromboaspiración en la P.T.C.A?

Thomas, J; Cicco, L; Maccarone, P; Miguel, M; Funaro, F; Suasnabar, R
Hemodinamia, Departamento Cardiovascular, Nueva Clínica Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: evaluar el resultado del uso de tromboaspiración en la angioplastia primaria, en comparación con el método habitual, en nuestro Registro Tandilense de Angioplastia Primaria.
Material y métodos: entre el 01/01/09 y el 31/01/09 ingresaron en nuestro registro, 51 pacientes (p) con evento coronario agudo con elevación del segmento ST tratados con angioplastia primaria dentro de las primeras 12 horas de evolución. En 11 de ellos (23.4%) se utilizo un catéter de tromboaspiración (grupo T) obteniéndose material aterotrombótico en 9 p (81.81%). En el resto (grupo R, 40 p, 78,4%) se realizo angioplastia convencional. En el grupo T se obtuvo flujo TIMI III en 9 p (81.81%) vs 35 p (87.5%) en el grupo R, TIMI II en 1 p (9.09%) vs 2 p (5%) y TIMI 0-1 en 1 p (9.09%) vs 3 p (7.5%). La mortalidad fue de 1 p (9%) en el grupo T y de 2 p (5%) en el grupo R. El segmento ST se resolvió rápidamente en 7 p (63.6%) del grupo T vs 21 p (52.5%) en el grupo R.
Conclusiones: El uso de tromboaspiración en la angioplastia primaria mejoró la tasa de reperfusión tisular estimada por el electrocardiograma (rápida resolución del segmento ST) con respecto a la angioplastia convencional, aunque la mortalidad fue mayor, probablemente debido al pequeño tamaño de la población.

056 P.T.C.A. en Pacientes Derivados. Datos del Registro Tandilense

Maccarone, P; Cicco, L; Thomas, J; Miguel, M; Funaro, F; Suasnabar, R
Hemodinamia, Departamento Cardiovascular, Nueva Clínica Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: nuestro registró esta constituido por pacientes (p) con evento coronario agudo con elevación del segmento ST tratados con angioplastia primaria que acceden a nuestro servicio como primer contacto medico, y por p derivados desde otros centros. En el presente estudio comparamos ambos grupos.
Material y métodos: entre el 01/01/09 y el 31/01/09 se registraron 51 p con evento coronario agudo con elevación del segmento ST tratados con angioplastia primaria dentro de las primeras 12 horas de evolución, 28 (56.8%) de ellos derivados de otros centros (grupo 1) y 23 (44.2%) que arribaron a nuestro centro en forma directa (grupo 2). Comparamos aquí las variables de ingreso y los resultados de la angioplastia en ambos grupos.
Resultados: Ingresaron en clase Killip C o D 5p (17.8%) del grupo 1 vs 3p (13%) del grupo 2. El tiempo dolor-balón fue de 671 min. (11.1 hs) en el grupo 1 y de 336.7 min (5.6 hs.) en el grupo 2, mientras que el tiempo puerta-balón fue de 59.7 y de 61 min respectivamente. Se obtuvo flujo TIMI III en 23 p (78.5%) del grupo 1, y en 21 p (91.3 %) del grupo 2, TIMI II en 3 p (14.2%) del grupo 1 y en ninguno del grupo 2, y TIMI 0-I en 2 p (7.1%) y en 2 p (8,6%) respectivamente. La mortalidad fue del 3.5%(1 p) en el grupo 1 y del 8.6 % (2 p) en el grupo 2. La resolución rápida del segmento ST fue del 53.5% (15 p) y del 52.1 % (12 p) respectivamente.
Conclusiones: los pacientes derivados de otros centros tuvieron un mayor tiempo dolor-balón y peores resultados angiográficos. Pese a ello, la resolución del ST fue similar en ambos grupos y la mortalidad fue paradójicamente menor en los pacientes derivados, lo cual muy probablemente se deba al pequeño tamaño de la población.

057 Características de Pacientes del PAMI con PTCA. Datos del Registro Tandilense

Machinandiarena, P; Vaca Moulin, R; Thomas, J; Miguel, M; Cicco, L; Maccarone, P; Funaro, F; Suasnabar, R
Hemodinamia, Departamento Cardiovascular, Nueva Clínica Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Los pacientes pertenecientes al PAMI suelen presentar mayor edad, más comorbilidades y enfermedad coronaria más severa que los demás pacientes con evento coronario agudo con elevación del segmento ST. En este estudio comparamos a estos pacientes (p) (grupo 1) con el resto de la población (grupo 2).
Material y métodos: entre el 01/01/09 y el 31/01/09 se registraron 51 pacientes (p) con evento coronario agudo con elevación del segmento ST tratados con angioplastia primaria dentro de las primeras 12 horas de evolución, 15 de ellos (29.4%) pertenecientes al PAMI. Comparamos aquí a estos pacientes (p) (grupo 1) con el resto de la población (grupo 2)
Resultados: en el grupo 1 la edad fue mayor (73.3 años) que en el grupo 2 (58.2) al igual que el tiempo dolor-balón, de 695 min (11.5 hs) (grupo 1) vs 449 (7.48 hs) (grupo 2). El tiempo puerta-balón fue similar (56.6 vs 61 min). La clase Killip fue peor en el grupo 1 (clase Killip C o D 27.9%) en comparación con el grupo 2 (11%). Se obtuvo una menor tasa de flujo TIMI III en el grupo 1 (73.3%) que en el grupo 2 (91.6%) y mas TIMI 0-1 (13.3% vs 5.5%). El grupo 1 tuvo menor tasa de resolución del segmento ST (43.5% vs 58.3%) y mayor mortalidad (12.5% vs 2.7%). **Conclusiones:** los pacientes del PAMI presentaron características desfavorables al ingreso y peores resultados con la angioplastia primaria, lo que los identifica como un grupo de mayor riesgo.

058 Arritmia (A) como Única Forma de Presentación de la Miocarditis (M)

Quiroga, P; Tibaldi, M; Zelaya, F; Pacheco, G; Balestrini, C; Serra, C; Sala, J
Técnicas no Invasivas, Técnicas no Invasivas Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Terapia Intensiva, Terapia Intensiva, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología Clínica, Cardiología Clínica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción. Las arritmias ventriculares se presentan, en algunos pacientes (p), como único signo clínico de M, siendo no incluida como probabilidad diagnóstica. La dificultad de la caracterización clínica de esta patología, no permite iniciar el tratamiento oportuno para el control de la misma.
Objetivo. Analizar la evolución clínica y el tratamiento de p con A como única manifestación clínica de M.
Materiales y método. Estudio descriptivo, observacional, transversal de 19 p con diagnóstico de M, asistidos en nuestra institución, desde el año 2000 al 2009. Se seleccionó 7 p (35%), que presentaron A ventricular como única forma de manifestación clínica. La edad media de estos p fue de 29 ± 7 años, predominando los de género masculino (5 p, 71%). Todos tuvieron biopsia endomiocárdica positiva para M. Se examinaron las historias clínicas, a fin de observar el tipo de arritmia, la función ventricular, la respuesta al tratamiento recibido y la evolución clínica a corto y largo plazo. Para el análisis estadístico, se empleó el programa estadístico InfoStat/Profesional versión 2009p.
Resultados. Todos los pacientes presentaron extrasístoles ventriculares frecuentes, 3 (43%) taquicardia ventricular no sostenida, 4 (57%) taquicardia ventricular sostenida y 1(14%) fibrilación ventricular. La función ventricular fue normal en todos los p (fracción de eyección 62 ± 8,08%). Seis p (86%) fueron tratados con inmunosupresores (corticoides y azatioprina) de los cuales 5 (72%) evolucionaron con extrasístoles ventriculares aisladas. Sólo un paciente continuó con taquicardia ventricular sostenida, que requirió implante de cardiodesfibrilador y ablación por radiofrecuencia. No hubo óbitos, en un seguimiento de 6 ± 3 años.
Conclusiones. Todos nuestros p con esta forma de manifestación clínica, tuvieron una buena función ventricular. Se logró un control de las arritmias con el inicio del tratamiento inmunosupresor y una buena evolución a corto y largo plazo.

059 Angioplastia Primaria a Pacientes ≤ de 45 Años. Análisis de Resultados y Seguimiento a 30 Días

Demasi, J; Leyba, C; Miraglia, D; Cardona, C; Mysuta, M; Quiroga, A; Sevilla, M; Sansoni, G; Paolantonio, D
Cardiología, Hospital Español, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La ATC primaria es la estrategia de primera elección para el tratamiento del IAM con menos de 12 hs. La presentación en pacientes menores de 45 años es relativamente inusual según reportes de la bibliografía.
Objetivo: 1 – Determinar la incidencia de pacientes (pts) tratados con APTC primaria ≤ 45 años en nuestro centro. 2 – Evaluación de resultados intrahospitalarios y seguimiento a 30 días.
Material y métodos: Entre enero 07 y diciembre 09 se incluyeron consecutivamente una serie de pts ingresados en Unidad Coronaria (UC) con diagnóstico de IAM reperfundidos mediante ATPC primaria, dentro de las primeras 12 hs del comienzo de los síntomas. Definiciones: Éxito angiográfico: recanalización exitosa de arteria responsable con estenosis residual < 30% y flujo TIMI III. Fracaso técnico: imposibilidad de éxito angiográfico. Éxito clínico: éxito clínico sin complicaciones mayores Complicaciones mayores: ACV, Cirugía de urgencia y óbito.
Resultados: Sobre un total de 116 pts ingresados con diagnóstico de IAM con supradesnivel del ST a UCO, 105 (90,5%) fueron a ATC primaria; de estos 25 (23,8%) eran ≤ de 45 años. Edad promedio 42,4±4.6 años; masculinos 19/25 (76%); HTA 15/25 (60%), DLP 8/25 (32%), TBQ 16/25 (64%), DBT 3/25 (15%), antec. familiares. 5/25 (20%), Enf un vaso 12/25 (48%), Fey: 46% ± 12,7%. Arteria responsable: CD 7 (28%), DA 16 (64%), CX 2 (8%). Éxito angiográfico: 96% (24/25). Éxito clínico: 92% (23/25) Complicaciones mayores: 1 muerto (4%), que se corresponde a un pte con shock. Seguimiento a 30 días: 1 muerto 4,2% (1/24) por muerte súbita, resto asintomáticos
Conclusiones: 1) La incidencia de pts. ≤ 45 años fue de 23,8% con alta prevalencia de hipertensos y tabaquistas. 2) Éxito angiográfico: 96%, éxito clínico: 92%. 3) Mortalidad en la faz hospitalaria: 4% (1/25), mortalidad a 30 días 8% (2/25 pts.).

062 En Corazones Hipertróficos el Número de Ciclos Preacondicionantes Depende de la Duración de la Isquemia Prolongada: Rol del No

Fantinelli, JC; Pérez Núñez, IA; Mosca, SM
CIC, Fac. de Cs. Médicas, UNLP, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Nuestro objetivo fue estudiar en corazones hipertróficos la relación entre el número de ciclos de preacondicionamiento isquémico (PI) y la duración de la isquemia prolongada, evaluando la posible participación del óxido nítrico (NO). En corazones aislados de ratas hipertensas espontáneas (SHR) y normotensas (WKY) se realizaron los siguientes grupos: 1)35min de isquemia global (IG) y 2 hs de reperfusión (R); 2) 50min de IG y 2hs de R; 3) 1PI: 1 ciclo de 5min de IG y 10min de R previos a IG35; 4) 3PI: 3 ciclos de 2min de IG y 5min de R previos a IG50. Los grupos 1PI y 3PI se repitieron en presencia de L-NAME (inhibidor de la NOS). Se midió el tamaño del infarto (TI), la función miocárdica a través de la presión desarrollada (PD), la +dP/dtmax y la presión diastólica final (PDF). En ambas cepas el PI antes de la IG35, disminuyó el TI (13±1% vs 30±3% en WKY y 12±3% vs 35±5% en SHR) y mejoró la función miocárdica (WKY=PD:24±6% vs 6±1%; +dP/dtmax:17±7% vs 6±2%, PDF:51±5 vs 70±5 mmHg; SHR=PD:24±7% vs 6±1%;+dP/dtmax:26±8% vs 7±1%; PDF:60±4 vs 86±8 mmHg). Cuando la IG fue de 50min, 1PI disminuyó el TI (12±3% vs 42±2%) y mejoró la función (PD: 5±1% vs 2±0.3%;+dP/dtmax: 6±1% vs 2±0.3%; PDF:46±7 vs 71±8 mmHg) en las WKY, pero en las SHR no fue efectivo. La aplicación de 3PI en SHR disminuyó el TI (22±4% vs 58±8%) y mejoró la función (PD: 5±0.8% vs 2±0.9%;+dP/dtmax: 5±1% vs 2±0.3%; PDF: 57±4 vs 78±8 mmHg). El tratamiento con L-NAME en la IG35 anuló el PI sólo en SHR, mientras que en la IG50 lo abolió en ambas cepas. Estos resultados muestran que en los corazones de las SHR: 1- fue necesario aplicar un mayor número de ciclos de PI cuando la IG fue de 50 min; 2- el NO participa en los efectos beneficiosos del PI frente a ambos períodos de isquemia.

063 Aptitud Física y Salud en Deportistas Amateurs Adultos - Capital - Catamarca

Herrera, J; Cordero, P; Rodríguez, C
Cardiología, Dpto. Asistencial, Hospital San J. Bautista, Capital, Catamarca, Argentina / Lic. Educación Física, Fac. Cs. de la Salud, Univ. Nacional de Catamarca, Capital, Catamarca, Argentina

Introducción: por encima de los 35 años las personas que practican deportes competitivos pueden sufrir complicaciones de la enfermedad coronaria, frecuentemente causada por la ateroesclerosis. La isquemia y el infarto de miocardio son los responsables de la mayoría de las muertes súbitas en mayores de 35 años (80%). Si bien el ejercicio físico es beneficioso para prevenir estos accidentes, numerosas personas tienen factores de riesgo para aterosclerosis coronaria (hipertensión arterial, sobrepeso u obesidad, dislipemia, tabaquismo, etc.) y hacen esfuerzos físicos vigorosos sin evaluación médica previa, lo que pone en riesgo su salud y su propia vida. Objetivos: conocer el estado de salud de futbolistas veteranos, y analizar la presencia de alteraciones como sobrepeso, obesidad, e hipertensión arterial (HTA).
Material y métodos: tipo de investigación no experimental, transversal y explicativa. Se evaluaron 102 futbolistas de 48 a 66 años de la Liga de Fútbol de Veteranos de la provincia de Catamarca, de una población de alrededor de 2500 deportistas. Se analizaron las siguientes variables: peso corporal y talla de pie, para obtener el índice de masa corporal (IMC), según criterios de la OMS; presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD), según criterios del VII JNC de HTA.
Resultados: según el IMC, el 60% de los deportistas tenían sobrepeso, y un 22% eran obesos; se observó que el 19% se hallaban en estadio de prehipertensión; 22% hipertensión en estadio I, y 11% hipertensión en estadio II; la PAD mostró 15% en estadio I y 14% en estadio II.
Conclusiones: se encontró un alto porcentaje de deportistas con sobrepeso corporal y obesidad, prehipertensión, e hipertensión arterial en los diferentes estadios, con el riesgo para la salud que esto implica, al realizar actividades físicas vigorosas, sin una evaluación médica previa.

064 Patologías en Deportistas Presuntamente Sanos...¿La Muerte Súbita en el Deporte, se Podría Prevenir?

Herrera, J; Rodríguez, C; Cordero, P
Cardiología, Dpto. Asistencial, Hospital San J. Bautista, Capital, Catamarca, Argentina / Lic. Educación Física, Fac. Cs. de la Salud, Univ. Nacional de Catamarca, Capital, Catamarca, Argentina

Introducción: el examen médico deportivo surge como una necesidad de estudiar el estado de salud de un deportista. Hay numerosos casos de muerte durante la práctica deportiva, lo que resalta la importancia del mismo, como medida preventiva en la lucha contra muerte súbita de deportistas que tanto conmueve a las comunidades en general.
Objetivos: describir y analizar los hallazgos clínicos, diagnóstico, tratamiento y la conducta posterior, en una población de deportistas de la ciudad de Catamarca.
Material y método: diseño de estudio, descriptivo. Se describen deportistas de diferentes disciplinas (n = 42) que acudieron a consultorio médico por diversos síntomas, por un certificado de aptitud física, o por control de rutina. Se analizaron: edad, motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento y la conducta de los deportistas de regresar o no a control posterior.
Resultados: la muestra estuvo integrada por 35 varones y 7 mujeres, de diferentes disciplinas deportivas y en una franja etárea de 8 a 66 años. Los hallazgos fueron: motivos de consultas: control de rutina (45%), palpitaciones (26%), precordialgia (12%), y otros (17%).; diagnósticos: arritmias, (38%), síndrome de preexcitación (17%), cardiopatía isquémica (12%), HTA (7%), síncope vasomotor (4.7%), miocardiopatía hipertrófica obstructiva y no obstructiva (4.7%), trastornos de conducción A – V (4.7%) y otros (12%); tratamientos: médico convencional (74%), cirugía cardíaca (9.5%) e intervencionismo (9.5%); conducta posterior: buena, en el 40% de los deportistas.
Conclusiones: el rango de edades fue muy amplio, con motivos de consulta en su mayoría controles de rutina, o por síntomas banales; se detectaron patologías de cierta severidad, y algunas requirieron tratamientos complejos; la mayoría de los deportistas, demostró poca preocupación para realizar controles posteriores al diagnóstico, lo que pone en evidencia, la importancia del examen médico, como prevención de la muerte súbita en el deporte.

065 Rabdomilisis, por Esfuerzo Físico Extremo

Herrera, J; Villafañez, G; Cordero, P; Rodríguez, C
Cardiología, Dpto. Asistencial, Hospital San J. Bautista, Capital, Catamarca, Argentina / Lic. Educación Física, Fac. Cs. de la Salud, Univ. Nacional de Catamarca, Capital, Catamarca, Argentina / Nefrología, Dpto. Asistencial, Hosp. San J. Bautista, Capital, Catamarca, Argentina

Introducción: la rabdomiolisis es un síndrome clínico y bioquímico, resultado de necrosis del músculo esquelético y liberación del contenido celular a la sangre. Puede presentarse con dolores musculares, debilidad y malestar general y complicaciones severas, tales como arritmias cardiacas y fallo renal agudo. Como causas pueden mencionarse enfermedades hereditarias y trastornos del metabolismo, traumatismos, esfuerzos físicos extremos, fármacos, inmovilización, enfermedades infecciosas, etc.
Objetivos: describir cuatro casos de rabdomiolisis, sus características clínicas, bioquímicas y evolución, en personas que realizaron esfuerzos físicos extremos, dos de ellos con complicaciones severas.
Material y métodos: diseño de estudio: descriptivo, reporte de casos. Se describen 4 casos de rabdomiolisis por esfuerzo físico extremo, analizando antecedentes, signos, síntomas y laboratorio. Los pacientes presentaron debilidad y dolor muscular, orinas oscuras, y 2 de ellos debieron ser hemodializados por presentar insuficiencia renal aguda. Dos pacientes estuvieron expuestos a actividad física intensa de 2 a 5 días, durante más de 4 horas por día, con hidratación inadecuada; un paciente realizó tareas de salvataje y el restante, compitió en pruebas pedestres.
Resultados: síntomas y signos: dolores y debilidad muscular, fatiga, náuseas, vómitos, orinas oscuras, oliguria y convulsiones. Laboratorio: aumento en sangre de creatinfosfokinasa, transaminasa glutámico oxalacético, transaminasa glutámico pirúvica, potasio, mioglobina, aldolasa, urea, creatinina, y mioglobinuria. Dos pacientes presentaron fallo renal agudo (hemodiálisis), mientras que otros dos recibieron tratamiento convencional, con buena evolución.
Conclusiones: la rabdomiolisis provocada por esfuerzo físico extremo, afectó a personas que no tenían antecedentes patológicos y que estuvieron sometidos a exigencia física en condiciones ambientales adversas.

066 Tratamiento Quirúrgico de la Endocarditis Infecciosa

Corvalán, P; Ago, M; Catalá Schonfeld, H
Sección Cirugía Cardíaca, Servicio Cirugía Torácica y Cardiovascular, Sanatorio Rosendo García, Rosario, Santa Fe, Argentina / Sección Cirugía Cardíaca, Servicio Cirugía Torácica y Cardiovascular, Hospital de Niños V..J. Vilela, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) tiene una incidencia entre 2,4 y 5,9 episodios / 100.000 personas-año. Su importancia deriva no tanto por su incidencia sino por su alta mortalidad (11-40%). La cirugía (Cx) juega un papel fundamental en el tratamiento actual.
Objetivo: Análisis de pacientes con EI sometidos a Cx.
Material y Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes operados por EI (N=15) durante un periodo de 3 años (2007-2010), revisando historias clínicas y protocolos operatorios de 3 centros de alta complejidad. Se recogieron los datos de edad, sexo, válvulas afectadas (nativa o protésica), cardiopatía de base, Cx realizada, tratamiento médico completo o incompleto al momento de la Cx, mortalidad e infección protésica precoz. Para las variables cualitativas nominales se realizaron distribución de frecuencia y para las variables cuantitativas se obtuvieron los límites máximo, mínimo y la media.
Resultados: Edad media: 45 (3-74) años; sexo: masculino 60%, femenino 40%; válvulas afectadas: nativas 80%, protésicas 20%; cardiopatía de base: ninguna o no detectada 60%, aorta bicúspide 13%, Cx cardíaca previa 20%, comunicación interventricular 7%; Qx realizada: recambio válvula aórtica mecánica 7%, recambio válvula aórtica homoinjerto 13%, recambio válvula mitral biológica 20%, recambio válvula mitral mecánica 7%, valvuloplastia mitral 26%, recambio válvula aórtica biológica y valvuloplastia mitral 7%, doble recambio valvular aórtico-mitral mecánica 13%, triple recambio valvular aórtico-mitral-tricuspídeo mecánica 7%; tratamiento médico al momento de la Qx: completo 40%, incompleto 60%; mortalidad: 0%; infección protésica precoz en pacientes operados por EI: 0%.
Conclusión: A pesar del pequeño tamaño de la población estudiada, se observa una nula mortalidad e infección protésica precoz en pacientes operados por EI, aún con alto porcentaje de ellos con tratamiento médico incompleto.

068 Modificaciones Metabólicas y Efectos del Ejercicio Físico en Mujeres Adultas Capital-Catamarca

Herrera, J; Cordero, P; Rodríguez, C
Cardiología, Dpto. Asistencial, Hospital San J. Bautista, Capital, Catamarca, Argentina / Lic. Educación Física, Fac. Cs. de la Salud, Univ. Nacional de Catamarca, Capital, Catamarca, Argentina

Introducción: el Síndrome Metabólico, se trata de una asociación de problemas de salud que pueden aparecer en forma simultánea o secuencial en un mismo individuo, causados por la combinación de factores genéticos y ambientales, en estrecha relación con el estilo de vida. La presencia del SM se relaciona con un incremento significativo de riesgo de Diabetes, Enfermedad Coronaria y Cerebro Vascular, y la consecuente disminución en la calidad de vida de las personas. A partir de estudios epidemiológicos se ha establecido que el sedentarismo predispone aún más a las personas a tener riesgo de sufrir enfermedades, lo que convierte al ejercicio físico en un elemento importante en la prevención y tratamiento de este síndrome.
Objetivo: investigar los efectos de un programa de ejercicio físico de 20 semanas de duración, sobre diferentes variables fisiológicas y metabólicas, en mujeres adultas con componentes del SM.
Material y métodos: diseño de investigación longitudinal, de tipo cuasi-experimental. La muestra estuvo conformada por 13 mujeres con una edad promedio de 49.7 años de edad, que participaron en forma voluntaria del programa durante 20 semanas, con 3 estímulos semanales. El protocolo de ejercicio físico fue diseñado sobre las tres cualidades básicas: resistencia aeróbica, fuerza muscular y flexibilidad general. En una evaluación pre y post aplicación del programa de ejercicios, se midieron las siguientes variables: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, frecuencia cardiaca, peso corporal, glucemia en ayunas, colesterol total, colesterol HDL y triglicéridos.
Resultados: se encontraron diferencias significativas ($p<0.001$) en las variables: PAD, FC y PC, ($p<0.01$) en PAS y GLU, y en HDLc ($p<0.05$).
Conclusión: La aplicación de un programa de ejercicio físico en mujeres adultas con componentes del SM, durante 20 semanas de duración, con 3 estímulos semanales, produce cambios fisiológicos y metabólicos beneficiosos para su salud.

069 El Riesgo Cardiometabólico Aumenta en Pacientes con Sobrepeso u Obesidad con Velocidad de Filtración Glomerular Menor 90 Ml/Min

Pennacchiotti, G; Benozzi, S; Álvarez, C
Bioquímica Clínica I, Dpto Biología Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina / Química Clínica, Laboratorio Central, Hospital Municipal de Agudos, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

Introducción: la enfermedad renal crónica constituye un factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular. La obesidad, reconocido factor de riesgo cardiometabólico, contribuye a la pérdida de función renal y con ello aumenta el riesgo de sufrir episodios cardiovasculares y de mortalidad.
Objetivo: evaluar el riesgo cardiometabólico en personas con sobrepeso u obesidad que presentan leve disminución de la velocidad de filtración glomerular (VFG).
Materiales y métodos: estudio transversal realizado en 208 sujetos con sobrepeso u obesidad, de ambos sexos, con edades entre 18 y 67 años que concurrieron al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Criterios de exclusión: procesos inflamatorios e infecciosos en curso, administración de antiinflamatorios, ejercicio intenso los días previos al estudio, embarazo y diabetes mellitus. La evaluación clínica incluyó: filiación, índice de masa corporal, circunferencia de cintura, tensión arterial (TA) y determinaciones de: glucosa, colesterol total (CT), triglicéridos, colesterol HDL (C-HDL), proteína C reactiva (PCR), creatinina sérica; se calculó colesterol LDL, colesterol no HDL (C no-HDL) y los índices CT/C-HDL, TG/C-HDL; SM se definió con el criterio de la American Heart Association. La VFG se estimó con la ecuación MDRD abreviada. Sobrepeso se definió como IMC ≥ 25 Kg/m2 y obesidad IMC ≥ 30 Kg/m2. En un programa SPPS 14.0 se efectuaron las pruebas t-Student y Mann Whitney.
Resultados: los individuos obesos o con sobrepeso y VFG < 90 mL/min, presentaron mayor edad y niveles superiores de TA diastólica, CT y C-HDL ($p<0,05$). Se observaron incrementos en la TA sistólica, C no-HDL, colesterol LDL, glucosa y PCR (diferencias no significativas).
Conclusión: el deterioro de la función renal en pacientes obesos o con sobrepeso incrementa el riesgo cardiometabólico y evidencia la importancia de estimar en ellos, la velocidad de filtración glomerular.

070 El Riesgo Cardiometabólico es Mayor en Individuos con Sobrepeso u Obesidad con Proteína C Reactiva Elevada

Benozzi, S; Álvarez, C; Pennacchiotti, G
Bioquímica Clínica I, Dpto Biología Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina / Química Clínica, Laboratorio Central, Hospital Municipal de Agudos, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

Introducción: los individuos con sobrepeso u obesidad tienen un incremento en el riesgo de desarrollar complicaciones cardiometabólicas y ello parece estar vinculado con citoquinas proinflamatorias liberadas por lo adipocitos que podrían mediar en el proceso de inflamación sistémica observado en estos pacientes y que se manifiesta por el aumento de proteína C reactiva (PCR), proteína relacionada con la patogénesis de la aterosclerosis.
Objetivo: analizar el riesgo cardiometabólico en personas con sobrepeso u obesidad con niveles elevados de PCR ultrasensible (PCRu).
Material y métodos: estudio transversal observacional realizado en 208 sujetos con sobrepeso u obesidad con edades entre 19 y 67 años que concurrieron al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Criterios de exclusión: PCR >10 mg/L, procesos inflamatorios e infecciosos en curso, administración de antiinflamatorios, ejercicio intenso los días previos al estudio, embarazo y diabetes mellitus. La evaluación clínica incluyó: filiación, peso, altura, tensión arterial, circunferencia de cintura, índice de masa corporal (IMC) y determinaciones bioquímicas: PCR ultrasensible (inmunoturbidimetria), glucosa, colesterol total, triglicéridos (métodos enzimáticos colorimétricos), colesterol HDL (método directo); se calculó colesterol LDL (Friedewald), colesterol no HDL (C no-HDL) y los índices CT/C-HDL, TG/C-HDL; colesterol LDL (Friedewald). Punto de corte PCRu ≥ 3 mg/L. Sobrepeso se definió como IMC ≥ 25 Kg/m2 y obesidad IMC ≥ 30 Kg/m2. En un programa SPPS 14.0 se efectuó la prueba t-Student.
Resultados: los individuos con PCRu ≥ 3 mg/L presentaron valores más elevados de IMC, circunferencia de cintura, presión sistólica, diastólica y glucosa en comparación con aquellos que presentaron PCRu < 3mg/L (P< 0,05).
Conclusión: los individuos con sobrepeso u obesidad que presentan PCRu elevada tienen más riesgo de sufrir complicaciones cardiometabólicas.

071 La Inflamación en el Síndrome Metabólico

Benozzi, S; Álvarez, C; Perruzza, F; Pennacchiotti, G
Bioquímica Clínica I, Dpto Biología Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina / Química Clínica, Laboratorio Central, Hospital Municipal de Agudos, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina / Medicina Preventiva, Medicina Preventiva, Hospital Municipal de Agudos, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

Introducción: estudios epidemiológicos han demostrado el importante rol de la proteína C reactiva (PCR) como marcador subclínico de inflamación sistémica y su participación en la aterogénesis. La relación entre PCR y síndrome metabólico (SM) se ha evaluado en distintas poblaciones y algunos estudios han resultado controversiales.
Objetivo: analizar la asociación entre proteína C reactiva ultrasensible (PCRu) y SM.
Materiales y métodos: estudio transversal, incluyó 414 sujetos adultos de ambos sexos con edades entre 18 y 67años que concurrieron al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Criterios de exclusión: PCR >10 mg/L, procesos inflamatorios e infecciosos en curso, administración de antiinflamatorios, embarazo y ejercicio intenso los días previos al estudio. Se evaluaron: filiación, hábito tabáquico, tensión arterial, circunferencia de cintura y se determinó: PCRu (inmunoturbidimetría), glucosa y triglicéridos (método enzimático colorimétrico), colesterol HDL (método directo). SM se definió según el criterio de la American Heart Association. Con un programa estadístico SPSS 14.0 se realizaron el test de Mann Withney y el análisis de regresión logística multivariable.
Resultados: las medianas de la concentración PCRu en sujetos con SM respecto de aquellos sin SM fueron 2,80 y 1,09 p= 0,000 respectivamente; los niveles de PCRu según el incremento del número de componentes de SM fueron 1,08, 1,40, 2,64, 2,82, 7,64. El análisis de regresión logística determinó que los predictores de PCRu ≥ 3 mg/L fueron obesidad abdominal y C-HDL bajo según el sexo (OR= 0,248 p= 0,000 y OR= 0,110 p= 0,022 respectivamente) luego de ajustar por otros factores de riesgo.
Conclusiones: los pacientes con SM presentaron niveles superiores de PCRu. La concentración de PCRu se incrementó con el aumento del número de componentes de SM presentes. Se observa una clara asociación entre el estado inflamatorio y SM.

074 Implicancias del Uso de la Vitamina E sobre la Morfofuncionalidad Mitocondrial

Llorens, C; Baez, MC; Tarán, M; Balceda, A; Campana, V; Palma, J; Moya, M
Cátedra de Física Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina / IICSHUM - Cátedra de Física Biom., Secretaria de Ciencia y Técnica - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de la Rioja, La Rioja, La Rioja, Argentina / Becario Fiorini, Facultad de Ciencias Médicas, Fundación Fiorini, Córdoba, Córdoba, Argentina

La agresión de especies reactivas de oxígeno en las biomembranas constituye la esencia del daño en el estrés oxidativo presente en la aterogénesis, desestabilizando la morfofuncionalidad de las mitocondrias. La vitamínica E detendría la peroxidación de los fosfolípidos de las membranas mitocondriales iniciada por la hiperfibrinogenemia (HF) interrumpiendo la progresión de la aterogénesis. La HF persistente induce estrés oxidativo lo que alteraría la morfofuncionalidad mitocondrial de las células musculares lisas aórticas. Se utilizaron ratas: A) Control, B) HF x 90ds, C) HF x 90ds.+ vit. E. HF se indujo por adrenalina (0,1 mg/rata/parenteral) por 90 días. Dosis vit. E: 2 mg/día/rata durante 75 días desde la primera inducción. Se analizaron cortes de aorta torácica por microscopía electrónica (ME). Se dosaron los complejos mitocondriales (CM) (I, II, III y IV) por espectrofotometría. Estadística: MANOVA (CM) y Chi Cuadrado (ME) ($p<0.05$ para todos los casos). En el grupo (B) disminuyó significativamente el número total y medio de mitocondrias y las crestas mitocondriales, se incrementó la matriz intermembranosa y se observó tumefacción respecto al control y (C) ($p<0,01$). Estas lesiones se relacionaron con disminución significativa en la actividad de los complejos I a IV en el grupo (B) comparado con (A) y (C) ($p<0.001$). La vitamina inhibiría a nivel de las membranas mitocondriales la formación de fosfolípidos anormales (hidroperóxidos que dificultarían los mecanismos normales de intercambio de energía), efecto que le otorga una capacidad estabilizadora sobre las membranas, reflejado en la regresión de las lesiones morfológicas mitocondriales contribuyendo de manera indirecta a reestablecer el funcionamiento de la cadena respiratoria mitocondrial.

075 Alteraciones Histopatológicas de Hígado y Aorta en un Modelo Experimental de Síndrome Metabólico

Tarán, M; Baez, MC; Llorens, C; Balceda, A; Campana, V; Moya, M
Cátedra de Física Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina / IICSHUM - Cátedra de Física Biom., Secretaria de Ciencia y Técnica - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de la Rioja, La Rioja, La Rioja, Argentina / Becario Fiorini, Facultad de Ciencias Médicas, Fundación Fiorini, Córdoba, Córdoba, Argentina

El Síndrome metabólico (SM) es una condición proinflamatoria, proaterogénica, y protrombótica que incrementa el riesgo cardiovascular para patologías de sustrato isquémico como la ateroesclerosis. Analizamos las lesiones aterogénicas a nivel de aorta torácica y los cambios a nivel hepático en ratas con síndrome metabólico (SM) inducido en forma experimental. Se usaron ratas machos Wistar, alimentadas con dieta balanceada divididas en 2 lotes: (A) Control; (B) SM. El SM se indujo por la administración de fructuosa al 10% diluída en el agua de bebida durante 6 semanas. Para corroborar la presencia de SM se dosaron en plasma insulina, glucemia y triglicéridos. Se analizó histopatología de hígado y aorta torácica por microscopía óptica (MO); los cortes fueron fijados y coloreados con hematoxilina-eosina (HE). En la MO de (A) se observó el endotelio indemne y la pared con varias capas limitantes elásticas. En lote con SM se observó denudación endotelial con hematíes adheridos, engrosamiento intimal, cambios mixoides en la matriz extracelular y desorganización de la lámina muscular interna en la mayoría de los cortes. La MO en (A) muestra histología hepática normal y en (B) vacuolización con vasos congestivos, infiltrado inflamatorio periporta, colestasis y binucleación. Una condición inflamatoria sistémica de bajo grado asociado a la resistencia a la insulina sería la base fisiopatológica del SM, tal como se demuestra en nuestros resultados. El estrés oxidativo sería un potencial perpetuador de la inflamación y de la susceptibilidad posterior a la obesidad y estados comórbidos.

084 Localización Electrocardiográfica de Vías Accesorias: Foro Iberoamericano de Arritmias en Internet: Una Nueva Modalidad Educativa

Femenia, F; Baranchuk, A; Pérez Riera, A; Rodríguez, C; Moltedo, J; García-Niebla, J; Pizarro, R; Hopman, W; Schapachnik, E
Arritmias, Cardiología, Foro Internacional Iberoamericano de Arritmias Por Internet, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El Foro Internacional de Arritmias en Internet fue creado en 1998 con el fin de crear un canal de consulta y discusión.
Objetivos: Evaluar el impacto de esta modalidad educativa y la factibilidad de implementar métodos de evaluación (encuesta voluntaria).
Material y Método: Se presentaron 5 casos acompañados de un ECG con preexcitación ventricular. Registramos datos demográficos de los participantes (p), algoritmos usados, material del foro, experiencia personal y tiempo desde la apertura del email hasta su contestación. La localización de la vía se evaluó mediante "multiple choice". Por regresión logística determinamos los predictores de respuestas (rtas) correctas.
Resultados: de 910 foristas activos, 70 (7.6%) contestaron la encuesta. Edad: 45.7±11.6 años, 81% hombres. Distribución: Argentina 35p (50%), España 5p (7.1%), Uruguay 5p (7.1%), Brasil, Chile, México y Panamá 3p (4.3%), Cuba, Perú, Venezuela y Colombia 2p (2.9%), Paraguay, Bolivia, Dominicana, Nicaragua y Ecuador 1p (1.4%). Profesiones: cardiólogos 58.6%, electrofisiólogos 18.6%, internistas 14.3%, estudiante/residente 5.8%, otros 2.7%. Algoritmos usados: Fitzpatrick 31.4%, Arruda 18.6%, Brugada 17.1%, Bayes de Luna 12.9% e Iturralde 11.4%. El 40% utilizó material provisto por el foro y el 24.3% se basó en su experiencia personal. El 57.2% antes de 48 horas. Los porcentajes de respuestas (rtas) correctas fueron 5 rtas 11.4%, 4 rtas 28.6%, 3 rtas 28.6%, 2 rtas 21.4%, 1 rta 8.6% y 0 rta 1.4%. Los que utilizaron material del foro tuvieron un 59.7% de respuestas correctas (p NS). No hubo diferencias en edad, sexo, país y profesión en cuanto a porcentaje de respuestas correctas. El algoritmo de Gallagher se asoció con mayor cantidad de rtas correctas.
Conclusiones: la población es representativa y la participación de los f en la encuesta fue baja. El porcentaje de respuestas correctas es aceptable y la utilización de material provisto por el foro no identificó a los que contestaron correctamente.

085 Evaluación del Intervalo QT en Pacientes con Marcapasos Definitivo: ¿Podemos Valorar el Riesgo Arrítmico?

Femenia, F; Arce, M; Peñafort, F; Arrieta, M
Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: En P con estimulación ventricular permanente, la estimación del QT basal (QTb) puede ser dificultosa y, en algunas situaciones clínicas, no permitir evaluar el riesgo arrítmico.
Objetivos: a) evaluar el QT a distintas frecuencias de estimulación y correlacionarlo con el QTb basal, b) obtener un factor de corrección para inferir el QTb y c) determinar la utilidad de la fórmula de Bazett en P con estimulación ventricular permanente.
Material y Métodos: estudio tipo caso-control. Incluimos P con ritmo sinusal de base y QRS angosto (≤120 ms), no dependientes del marcapasos (MCP). Se tomó como referencia el QTb y el QT estimulado a 60, 75 y 90/min, corrigiéndolos por la fórmula de Bazett. Usamos el T test para muestras apareadas (p significativa < 0,05), se estableció correlación con test de Pearson y regresión lineal simple para los valores de QTb a distintas frecuencias.
Resultados: N=100, 65% masculinos, edad: 75±10 años, cadiopatía: 47%, FEY: 58±13%, MCP VVI/R: 67 %. El QTb fue < que el QT estimulado a diferentes frecuencias. El QT estimulado a 60/min es ~ 50 ms más prolongado que el QTb, acortándose a 42 ms y 30 ms, estimulando a 75 y 90/min respectivamente. Hay correlación positiva entre ambos intervalos no corregidos (basal y estimulado), a mayor frecuencia de estimulación, el QT estimulado se acorta progresivamente, pero al aplicar la fórmula de Bazett se prolonga. Los factores de corrección inferidos (ms): estimulación a 60/min: QTb = 141,46 + (0,5815 x QT medido) p = 0,0001; estimulación a 75/min: QTb = 231,01 + (0,38,27 x QT medido) p = 0,0126; estimulación a 90/min: QTb = 195,35 + (0,38,27 x QT medido) p=0,0005.
Conclusiones: existe una correlación positiva entre QTb y el QT estimulado a distintas frecuencias, a > frecuencia de estimulación la formula de Bazett pierde valor clínico, se pueden obtener factores de corrección, infiriendo el valor del QTb en pacientes con ritmo de MCP y de esa forma evaluar el riesgo arrítmico dependiente del QT.

088 Valor Pronóstico a Largo Plazo del proBNP en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin ST

Macin, SM; Fleitas, M; Perna, ER; Coronel, L; Álvarez, O; Escalante, J; Babi, C; Brizuela, M; Reyes, L; Echeverría, F
Unidad Coronaria, Cardiología, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: El pro-BNP es útil en la información pronóstico de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) a corto y largo plazo.
Objetivos: Evaluar el valor pronóstico del pro-BNP en pacientes con SCA a largo plazo.
Métodos: Estudio prospectivo, observacional de 128 pacientes (ptes) consecutivos con SCA sin ST, ingresados a unidad coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes entre el 01/01/08 al 31/12/08, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas. El Pro BNP fue medido a la admisión.
Resultados: En el seguimiento a 542 días se registraron 37 eventos (muerte/IAM-reIAM-hospitalización por ic). El área bajo la Curva ROC para determinar el mejor punto de corte de proBNP fue 0.74 (0,61-0,82). Un punto de corte de 800 pg/ml mostró una sensibilidad de 80% y una especificidad de 61%. Los ptes fueron clasificados en grupo 1 (aquellos con proBNP >800 pg/ml), 45%, y los restantes en grupo 2. Ambos grupos fueron diferentes en edad(69,1±11,5 vs 60.3±11,5, p<0.001), Tensión arterial sistólica (145,9±21 vs 137±37 (p+0,02) historia de angina previa (63 vs 39.2%, p=0.008), IRC (18 vs 8,1%, p,0.001), rales (25,2 vs 8,1%, p <0.001), infradesnivel ST>2mm (66 vs 36%, p=0.02), creatinina (1.25 vs 1.05 mg/dl, p=0.039) TnTc al ingreso (1.4 vs 0.4ng/dl, p=0.011) así como uso de FE (48 va 58%, p<0.001). En el modelo proporcional de Cox fueron predoctores independientes: edad (HR 1,076, IC 95% 1.055-1,306) tensión arterial al ingreso (HR 1,5: IC 95 % 1,42-1,65), creatinina (HR 2,5: IC 95% 2,02-4,03). La supervivencia fue de 85 y 97% en los grupos 1 y 2 respectivamente (long rank test 0,012). Conclusiones: Los niveles elevados de proBNP al ingreso, mayores a 800 pg/ml se relacionaron con mayor mortalidad, infarto y hospitalización por insuficiencia cardiaca, sin embargo no fue predictor independiente.

089 Valor de la Anatomía Coronaria en la Evolución Clínica de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin ST

Macin, SM; Fleitas, M; Álvarez, O; Perna, E; Babi, C; Coronel, L; Escalante, J; Liva, P; Baccaro, J; Badaracco, JR
Unidad Coronaria, Cardiología, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La anatomía coronaria es de utilidad pronostica en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).
Objetivos: Evaluar la estrategia intervencionista utilizada en nuestro centro en ptes con SCA y su relación con el pronóstico.
Métodos: Estudio prospectivo, observacional de 155 pacientes (ptes) consecutivos con SCA sin ST, ingresados a unidad coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes entre el 01/01/08 al 30/01/09, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas. Los pacientes fueron separados en 4 grupos: grupo I: sin cinecoronariografía (CCG): 8,4%; grupo II: arterias coronarias normales: 25,2%; Grupo III: lesión 1,2,3 vasos: 41,3%; grupo IV: tronco y 3 vasos: 25,2%
Resultados: Hubo diferencias en los 4 grupos en: dislipidemia: 69, 58, 73 ys 87%, respectivamente (p=0,01); IAM previo: 23, 10, 33, 41% (p=0,017); angina previa: 46, 23, 51, 72% respectivamente (p,0,001); CRM previa: 0, 3, 10 y 38% (p,0,001); enf vascular periférica: 31,2,17 y 29% (p=0,013); ritmo sinusal: 69,89, 92 y 97(p0,022). El daño miocárdico con tnT > 0,1 ng/dl fue: 61,5%, 33,3%, 53% y 64% respectivamente (p=0,21); el store Grace: 160 se observo en 62%, 25%, 30 % y 36% (p=0,02). La edad fue diferente: 70 anos, 61, 62 y 66% respectivamente (p=0,021), el pro BNP al ingreso: 4319, 1173, 1448 y 1428 ngdl p=0,04). La muerte en los grupos fue: 7,7% 7,7% 7,8% y 9,7% (p=ns), la muerte y el infarto: 7,7%, 7,7%, 7,8% y 9,7%, p=ns). Los pacientes fueron referidos para CRM intra hospitalaria en 0%, 0%, 4,7% y 28,2%, respectivamente (p,001) y en el seguimiento en: 0%, 2,6%, 1,6% y 11% (p=0,09); y ATC intra hospitalario en 0%, 2,6%, 48,4%, 25,6% respectivamente (p,0,001) y en el seguimiento 0%, 0%, 15,6% y 16,2% (p=0,029). La supervivencia a 507 días fue de 94% en los grupos 1,2 y 3 y del 82% en el grupo 4 (long rank test 0,01).
Conclusiones: los pacientes no referidos a CCG en nuestro centro tuvieron mayores co morbilidades, mayor edad, más enfermedad vascular periférica y score Grace más alto.

090 Relación entre Índice de Masa Corporal y Factores de Riesgo Cardiovasculares en Mujeres de la Ciudad de Córdoba

Almagro, SM; Ramírez, M; Gerbaudo, LS; Allende, G; Arias, V; García Brasca, D; Carassa, M; Álvarez Sánchez, C; Espíndola, ME; Robles, A
Cardiología, Comité de Enf. CVS en la Mujer, FAC, Argentina / Cardiología, Sociedad de Córdoba, FAC, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cátedra de Clínica Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La Obesidad es hoy una epidemia a nivel mundial.
Objetivo: valorar que FR son de mayor prevalencia según el IMC en mujeres (m) de la ciudad de Córdoba.
Material y Método: estudio descriptivo de corte transversal. Mediante un cuestionario estructurado médicos entrenados recolectaron datos a m >18 años del 17 al 21 de noviembre del 2008 Se realizaron mediciones de presión arterial, peso y talla se determino Índice de masa Corporal (IMC) mediante fórmula de Quetelet (peso/talla2) Se definió: Grupo I (GI) Normal: IMC: 20-24.9; Grupo II (GII) Sobrepeso IMC: 25-29.9 y Grupo III (GIII) Obesidad: IMC>30. Se definió HTA >140 y/o 90mmHg, o tratadas, sedentarias <30 minutos y/o < 3 a 5 veces por semana de Actividad Física; Tabaquistas a fumadoras actuales; Diabéticas y Dislipémicas según antecedentes personales. Fueron evaluadas 680 m, en forma voluntaria, en distintos puntos de la ciudad. Se confeccionó una tabla de contingencia para determinar relación entre IMC y FR.
Resultados: De las encuestadas se negaron a las mediciones 25 m (4.32%) quedando un total de 655 m (96.32%) La edad media fue de 50.5 años con una edad mínima de 20 años y máxima de 88 años. Quedando divididas en GI 221m (33.74%) GII 224 (34.19%) y GIII 210 (32.06%). La presencia de FR encontrados en cada G fue respectivamente: HTA GI 36.65% (n=81), GII 50.44% (n=113) y GIII 23.8% (n=50). Dislipemia GI 29.86% (n=66), GII 50.44% (n=113) y GIII 38.57% (n=81). Diabéticas GI 11.31% (n=25), GII 14.73% (n=33) y GIII 22.85% (48) Sedentarias GI 17.19% (n=38) GII 21.42% (n=48) y GIII 20.95% (n=44). Tabaquismo GI 23.52% (n=52) GII 17,41% (n=39) y GIII 19.52% (n=41).
Conclusiones: Conocer que los FR de mayor prevalencia en cada grupo son HTA en el GI, HTA y Dlp en el GII y Dlp en el GIII, nos permite realizar campañas de detección y control de estos FR orientados en la búsqueda según el IMC de cada paciente.

091 Utilidad del Test de Esfuerzo Cardiopulmonar según la Patología de Base

Zoni, CR; Seró, B; Portillo, R; Babi, C; Martínez, H; Ramírez, L; Martínez, L; Kriskovich Juré, J; Sánchez, R; Rasmussen, R
Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Servicio de Cardiología del Ejercicio, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Fac. Medicina, Medicina del Deporte, UNNE, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: El test de esfuerzo cardiopulmonar (TECP) ha demostrado su utilidad en diferentes entidades clínicas, tanto cardiovasculares como respiratorias.
Objetivos: comparar los resultados de los TECP según diferentes entidades.
Material y Método: se incluyeron 487 pacientes consecutivos que se realizaron el test entre 01/04/2007 y el 31/01/2010. El analizador utilizado es Cosmed®, con medición respiración a respiración.
Resultados: Se incluyeron 487 pacientes los cuales fueron agrupados según su cardiopatía (isquémica, no isquémica, valvulares, miocardiopatía dilatada, congénitas, otras) o si eran estudios evaluativos en pacientes sanos o con patologías respiratorias. La edad media fue 45,7 años (±18,8); la media de los Mets alcanzado 7,1 (±3,2); VO2 25 (±11); BR 49,4 (±16,2). En la tabla se observan que los valores de la ergoespirometría varían en forme significativa según la cardiopatía de base de los pacientes.

Variable	Card Isq	Card no Isq	Valv	ICC	Cong	Resp.	Sanos	p
VO2	24 (±6)	30 (±12)	25,5 (±10)	21 (±8)	26 (±9)	28 (±13)	41,6 (±13)	<0,001
Mets	6,7 (±1,8)	8,6 (±3,5)	7,1 (±2,6)	6 (±2,3)	7,4 (±2,4)	7,6 (±3,7)	11,9 (±3.9)	<0,001
VE	62 (±24)	68,1 (±32,1)	55,9 (±26,2)	54,5 (±19)	55 (21)	63 (±26,3)	107 (±35)	<0,001
BR	47 (±14,6)	44,5 (±19,8)	50,4 (±14,3)	53,5 (±13)	55,9 (±12)	49 (±16)	32 (±16,1)	<0,001
VO2/FC	14 (±4,2)	15 (±5,4)	14 (±6,4)	11,9 (±4)	11,3 (±4,7)	14,8 (±7,2)	20 (±8,6)	<0,001
VE/VCO2	28,3 (±6)	25,8 (±4,2)	29,1 (±12,3)	32,2 (±8,6)	32,3 (±9,2)	28,3 (±9,4)	26,2 (±7,1)	<0,001
VO2UL	15,4 (±6,7)	25 (±11)	16,8 (±9,3)	15,9 (±4,8)	18 (±4,8)	19,1 (±7)	29 (±10,5)	<0,001

Conclusión: el TECP aporta información útil para el diagnóstico y pronóstico de diferentes entidades.

093 Búsqueda de Fibrilación Auricular Silente durante el Control de Dispositivos Implantables en un Intento de Reducir el Riesgo de Stroke

Sanziani, L; Velasco, D; Mariani, G; Chirife, J; Rodríguez, A; Mosconi, L; Ramos, JL
Electrofisiología, Cardiología, Hospital Italiano, Rosario, Santa Fe, Argentina / Electrofisiología, Cardiología, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) se considera la arritmia más común, con una prevalencia de 0,4 al 1% de la población general. Un porcentaje significativo de episodios cursa asintomático.
Objetivo: analizar los beneficios de la búsqueda activa de FA silente durante el chequeo de Marcapasos Definitivos (MPD) para la reducción del riesgo de Stroke.
Método: Prospectivamente, un total de 66 pacientes (PP) portadores de MPD fueron sometidos a chequeo de sus dispositivos implantables (DI). En aquellos que contaban con sistemas diagnósticos, analizamos parámetros relacionados con la presencia de Arritmias Auriculares. En los que no, investigamos la presencia de onda P o electrograma atrial durante el control. En todos los PP, interrogamos síntomas y recolectamos datos de su historia cardiovascular. Del total se seleccionaron los PP con al menos 1 parámetro que indicara historia de FA y en ellos se calculó el $CHADS^2$ y el tratamiento (Tto.) antitrombótico recibido.
Resultados: De los 66 PP controlados, 36 (54,5%) presentaban 1 o más indicadores de FA. Fueron 21 (58,3%) varones con una edad promedio de 77,4 años (Mediana 80, rango 28-91). 2 PP (5,5%) presentaron $CHADS^2$ 0, 9 PP (25%) 1, 15 PP (41,7%) 2, 6 PP (16,7%) 3 y 4 PP (11,1%) $CHADS^2$ con puntaje 4. De los PP con $CHADS^2$ 2, 8 (53,3%) no recibían ningún tipo de Tto. antitrombótico y de estos 8, 5 PP (62,5%) presentaba indicadores de FA exclusivamente mediante parámetros del dispositivo. Al analizar el grupo de más alto riesgo ($CHADS^2$ 3 y 4), de los 10 PP, 9 (90%) no recibían Tto. Anticoagulante (ACO). 3 PP (33,3%) de este grupo exhibían indicadores de FA sólo a partir del chequeo del MPD. Todos los PP se manifestaron asintomáticos.
Conclusiones: En PP portadores de DI puede mejorarse la detección de FA silente mediante las capacidades de dichos dispositivos con el objetivo de instituir Tto. adecuado para la reducción del riesgo de eventos cerebrovasculares en esta población particularmente vulnerable.

097 Arritmias Ventriculares Mailgnas en Pacientes Internados en UCO

Bocian, JL; Arregui, V
Residencia Universitaria de Cardiología, UNLP, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Jefe Servicio de Cardiología, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Las arritmias ventriculares complejas, como taquicardia ventricular y fibrilación ventricular (TV/FV) se asocian a distintas cardiopatías y contextos hemodinámicos. El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de TV/FV en pacientes internados en Unidad Coronaria (UCO) durante un año, como así también, la cardiopatía subyascente, y qué factores de riesgo (FdeR) se asocian más frecuentemente, el horario del día en que éstas se manifiestan, y la tasa de sobrevida.
Métodos: Estudio observacional, prospectivo, que comprendió un año (11/DIC/2007 a 11/DIC/2008). Se incluyeron pacientes consecutivos que fueron internados en UCO y que presentaron TV/FV. Se analizó la hora del día en que apareció el evento, dividiendo al día en tres períodos de 8 horas. También se analizaron FdeR del paciente, y si sobrevivió o no.
Resultados: Se incluyeron 16 pacientes. 68,7% de sexo masculino. Se encontró una prevalencia de TV/FV en UCO de 1,27%, con una sobrevida del 43,7%. La franja horaria en la que se registraron más eventos fue la de 16.00-23.59hs. Los FdeR más frecuentemente hallados fueron la cardiopatía isquémica (CI) y la insuficiencia cardíaca (IC), 62,5 y 56,2% respectivamente.
Conclusiones: Con el presente estudio concluimos que la prevalencia de TV/FV en pacientes internados en UCO es baja, con una alta tasa de sobrevida si se la compara con los eventos que ocurren en domicilio o vía pública. Resultó importante la frecuencia de CI e IC como FdeR. Por último, el horario vespertino resultó llamativamente el que en más eventos se observaron.

100 Impacto del Exceso de Peso en la Evolución de los Infartos Agudos de Miocardio a Corto y Largo Plazo

Lepore, GV; Parras, JI; Macin, SM; Villegas, ED
Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Servicio de Ecocardiografía - Staff, Instituto de Cardiología de Corrientes Juana F. Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Jefe de UCIC, Instituto de Cardiología de Corrientes Juana F. Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

La obesidad es un factor de riesgo para enfermedad coronaria pero su efecto independiente en los resultados clínicos siguiendo al Infarto agudo de miocardio, no ha sido bien cuantificado.
Objetivos: Evaluar la relación entre índice de masa corporal (IMC), Circunferencia abdominal (CA), y % grasa corporal total y la evolución tanto intrainternación como a largo plazo de pacientes con diagnostico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).
Métodos y resultados: Estudio observacional, prospectivo, que incluyó pacientes hospitalizados en el servicio de UCO de nuestro centro entre Junio de 2008 y Abril de 2009, con diagnóstico de IAM, con un seguimiento promedio de 469 días. Fueron clasificados según los criterios del Adult Treatment Panel III para la CA de la siguiente forma: > a 102 cm hombre y 88 cm mujer (grupo I) y menor a estos (grupo II). Se categorizó la obesidad según la OMS, conformándose: grupo I (peso normal), grupo II (sobrepeso y obesidad). Se incluyeron 100 pac. 74% hombres. La edad media: 60 años. Se halló DBT en el 23%, HTA en el 70%, Tabaquismo en el 20% y Dislipidemia en el 34% de la población. No se encontraron diferencias entre los grupos en el punto combinado de muerte, IC, reinfarto o angina al analizarlo según IMC (p=0,85) o CA (p= 0,4), ni en los puntos de muerte (según IMC p 0,4 o CA p 0,65) e IC (IMC p 0,74 y CA p 0,49). El tiempo de estadía hospitalaria fue similar en los grupos. En cuanto al seguimiento a largo plazo se observó que en una media de tiempo de seguimiento de 469 días el punto final combinado muerte-reinternación por causa cardiovascular se produjo en un 51% de la población estudiada.
Conclusión: una amplia proporción de nuestros pacientes internados por IAM tenían sobrepeso o eran obesos. La obesidad definida por los métodos utilizados no se asoció a peor evolución intrainternación ni a largo plazo. Existió una fuerte asociación de DBT y DLP con sobrepeso y obesidad. Los métodos utilizados no fueron capaces de predecir eventos.

101 Proyecciones Fisiopatológicas y Clínicas del Estudio de las Características Cinéticas del Sistema de Contratransporte Sodio – Litio

Aranalde, G; Mujica, G; Taborda, D; Agüero, R
Cátedra de Fisiología Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Los sistemas de transporte iónicos de la membrana celular están siendo extensamente estudiados atribuyéndoles un potencial rol en la patogénesis de determinadas entidades nosológicas fundamentalmente en la hipertensión arterial y en la nefropatía diabética. El contra-transporte sodio – litio (CSL), expresado en la membrana del eritrocito, ha ganado particular interés en su estudio. Se ha postulado que las alteraciones del CSL existentes en pacientes no hipertensos con antecesores hipertensos servirían como indicador de desarrollo de hipertensión arterial. Se analizaron las alteraciones cinéticas de la constante de Michaelis (Km) y de la velocidad máxima (Vmax) del CSL como presunto marcador predictivo de hipertensión en pacientes asintomáticos no hipertensos con antecesores hipertensos declarados. Para tal fin se empleó el litio, aceptado para su translocación transmembrana plasmática a través del sistema de CSL analizándose características cinéticas del mismo. Se analizaron tres grupos de individuos adultos: (i) normotensos con antecedentes familiares de hipertensión arterial, (ii) hipertensos esenciales y (iii) normotensos sin antecedentes familiares. Se comprobó que tanto el Km como la Vmax del grupo de pacientes normotensos con antecesores hipertensos no exhibieron diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de pacientes hipertensos mientras que Km pero no Vmax mostró diferencia significativa con el grupo de pacientes normotensos sin antecesores hipertensos. En conclusión, las alteraciones de los parámetros cinéticos del CSL podrían utilizarse como un dato analítico no convencional predictivo orientado a la identificación de sujetos normotensos en riesgo de desarrollar hipertensión arterial futura y hacia la detección de pacientes diabéticos en riesgo de desarrollar neuropatía

103 Isquemia Miocárdica como Causa de Disnea: Evaluación por Medicina Nuclear

Vega Hidalgo, J; Rojo, J; Mújica, CR
Cardiología Nuclear, Medicina Nuclear, Clínica Viedma, Viedma, Río Negro, Argentina

Objetivo: Identificar por cámara gamma SPECT pacientes con isquemia, que como único síntoma de consulta presentan disnea.
Material y Método: Se estudiaron 217 pacientes (p) que presentaron como único síntoma disnea, referidos a perfusión miocárdica SPECT gatillado (PM). Se analizaron antecedentes (AP), factores de riesgo (FR), Ergometría (PEG) y PM. La PM se analizó con el modelo de 17 segmentos. Los defectos de perfusión se clasificaron en reversibles (DR), fijos (DF) y parcialmente reversibles (PR). Se distribuyeron de acuerdo al territorio arterial afectado: Descendente Anterior (DA), Coronaria Derecha (CD) y Circunfleja (Cx). Se estratificó riesgo (ER) por el Score de suma de la diferencia en: Bajo menor a 6%, Intermedio entre 6 y 9% y Alto mayor a 10%. Análisis estadístico uni y multivariado con EpiInfo.
Resultados: Edad: 65 ±10 años. Mujeres 56,2%. Factores de riesgo: HTA 73,3%; Sedentarismo 69,6%; Obesidad 48,8%; Tabaquismo 48,4%; Dislipemia 41,5%. Antecedentes: IAM 10,6%, Angioplastia 8,8%, CRM 6%. Ergometrías 217p: Normal (52,8%) Anormal (47,2%); Anormal por Disnea (42,2%), Angor (1,4%), Dolor atípico (1,8%). No se detectaron alteraciones del ST. Perfusión: Normal (69,5%), Anormal (30,5%) Alto Riesgo (5%), Moderado Riesgo (13%), Bajo riesgo (81%). DR (14,3 %), DF (11,5 %), PR (2,3 %).Territorios afectados: DA 31p, CD 20p, Cx 3p, DA+CD 3p, CD+Cx 3p, DA+Cx 1p. La FEy 59% ±12.
Conclusiones: La disnea es motivo de consulta más frecuente en mujeres, la hipertensión es el factor de riesgo más común en la muestra estudiada. Durante la ergometría no se registraron signos electrocardiográficos de isquemia. La perfusión miocárdica SPECT gatillado pudo distinguir la isquemia como causa de disnea entre los que hubo un porcentaje elevado de riesgo intermedio y alto, siendo el territorio de DA el más afectado. No se observaron predictores clínicos ni ergométricos para identificar el alto riesgo isquémico por cámara gama.

105 Utilización el Test de Esfuerzo Cardiopulmonar Ajustado al Peso Magro en la Insuficiencia Cardíaca

Babi, CA; Zoni, RC; Lange, JM; Aristimuño, G; Kriskovich Juré, J; Perna, ER; Coronel, ML; Cimbaro Canella, JP; Insaurralde, FA; Chuquel, CH
Cardiología, Servicio de Cardiología del Ejercicio, Instituto de Cardiologia Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiologia, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiologia Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Servicio de Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: El test de esfuerzo cardiopulmonar (TECP) con sus variables ajustadas al peso magro (libre de grasa corporal) podría mejorar la estratificación en la insuficiencia cardíaca (IC). Objetivos: Determinar variables del TECP convencional, así como el corregido al peso magro se asociaron a clase funcional basal (III o IV NYHA).
Material y Método: se incluyeron de manera prospectiva 50 pacientes portadores de IC, con fracción de eyección ≤ 40%, que se realicen el TECP en el Servicio de Cardiología del Ejercicio del Instituto de Cardiología de Corrientes entre 15/06/2009 y el 30/12/2009. Se utilizó un analizador Cosmed®. Para determinar grasa corporal se utilizó una balanza con impedanciómetro Omron®. El peso magro se corrigió según fórmula: Peso actual en kg x (1 - % grasa corporal/100).
Resultados: 30% fue de sexo femenino, el 22,5% se encontraba en CF III-IV. La cardiopatía fue isquémica en 17 (34%) La medicación basal incluyó betabloqueantes en 49 (98%) ptes., diuréticos 80%, antialdosterónicos 78%, IECA/ARA2 100%. La edad media fue de 55 ± 12 años, Fey de 28 ±7,5%, peso 77,4 ± 17 kg., peso magro 52,8 ±11,1 kg. La VO2 media fue de 21,11 ±9 ml/min/kg, mientras que el valor corregido magro (VO2c) fue de 30.41 ±11,9 ml/min/kg. Las variables asociadas en el univariado con CF III-IV fueron VO2max, porcentaje alcanzado del VO2 predicho, VO2max (corregido por peso magro), TASmax, VE/VCO2, VO2/FC, poder circulatorio y creatinina. Las que resistieron el análisis multivariado fueron TASmax (corte: <115mmHg, S: 73%, E: 80%, área: 0,87) y VO2max (corte: <17 ml/kg/min, S: 90%, E: 79%, área: 0.89).
Conclusión: El VO2max y la TASmax se asociaron en forma significativa a clase funcional alta. La correción por peso magro no mostró mejorar la capacidad predictiva.

106 Alteración de Creatinina Sérica en Insuficiencia Cardiaca Descompensada

Ochoa, V; Skibicki, J; Piredda, A; Muntaner, J; Jerez, A; Sosa, C; Maidana, G
Residencia, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Coordinación, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: La disfunción renal en IC puede ser secundaria a baja perfusión renal, enfermedad renal intrínseca o a las propias drogas utilizadas en el tratamiento, pudiendo agravarse durante la descompensación aguda de la IC.
Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes con IC que presentan alteración de creatinina sérica al ingreso y su relación con la severidad de IC y factores de riesgo. Conocer el porcentaje de la población que presenta deterioro de la función renal durante la internación y correlacionar con la modalidad terapéutica.
Material y métodos: Se analizaron en forma consecutiva, 150 pacientes internados en Unidad Coronaria con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca Descompensada, en el período comprendido de agosto 2008 – diciembre 2009., se realizó anamnesis, examen clínico completo, ecocardiograma doppler, tratamiento con diuréticos de asa endovenoso en dos modalidades de administración: Bolo reglado e infusión continua. Se realizó seguimiento y control de función renal con creatinina serica (Cr) al ingreso y al alta, considerándose función renal alterada a un valor de Cr >1,4mg/dl.
Resultados: al ingreso el 53% presento creatininas séricas elevadas; de los pacientes con creatininas elevadas el 58% presento función sistólica de VI deprimida, el 66.6% eran HTA, el 50,6% obesos; el 37% tabaquistas, y el 25,9% diabéticos; el 49% de los pacientes presentaron aumentos de creatinina durante la internación, el 34% no presento modificaciones y el 17% disminuyo; de los que aumentaron creatinina el 84% recibió bolo reglado y el 16% infusión continua.
Conclusiones: más de la mitad de los pacientes presentan creatininas elevadas al ingreso, la mayoría tenían FSVI deprimida y durante la internación el 49% elevo valores de creatininas. La infusión continua con diuréticos presenta menor deterioro de función renal durante la fase intrahospitalaria.

108 Registro De Arritmias 2009

Botta, M; Bosso, M; Vottero, E
Cardiología, Unidad Coronaria, Hospital Italiano Garibaldi, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: las arritmias constituyen uno de los principales motivos de ingreso a las salas de Unidad Coronaria, constituyendo un motivo importante de morbi-mortalidad.
Objetivos: analizar los antecedentes, forma de presentación, datos clínicos, etc., de una muestra de pacientes ingresados por diferentes tipos de arritmias en la Unidad Coronaria.
Material y métodos: de una población total de 474 pacientes ingresados en la Unidad Coronaria durante el año 2009, se realizó un registro de 80 pacientes ingresados con diagnóstico de arritmia. En cada paciente se obtuvieron los siguientes datos: sexo, edad, factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes, factor desencadenante, medicación previa, laboratorio, tratamiento y el promedio de días de internación.
Resultados: los pacientes ingresados por arritmias representan el 16,88% del total de los ingresos en Unidad Coronaria, siendo más frecuentemente afectados los pacientes de sexo masculino (61,25%). La edad promedio fue de 62,62 años. Los principales factores de riesgo fueron la HTA (39%) y tabaquismo (34%). Dentro de los antecedentes, los más destacados son las arritmias previas (39%), la presencia de algún tipo de miocardiopatía (33%) y los antecedentes de cardiopatía isquémica (14%). En más del 90% de los pacientes no se encontró un factor desencadenante específico. El laboratorio resultó normal en el 65% de los pacientes. La forma de presentación más común fueron las taquiarritmias. El 59% recibió tratamiento con drogas antiarrítmicas y al 41% se le realizó CVE.
Conclusiones: las arritmias representan uno de los principales motivos de internación en Unidad Coronaria. La mayoría de los pacientes responden adecuadamente a las medidas farmacológicas o a la CVE y un muy bajo porcentaje requirió algún otro tipo de tratamiento. La internación fue más prolongada en pacientes con bradiarritmias, aunque el promedio total de días de internación fue 2,6 días/paciente y la mortalidad fue muy baja (1%).

109 Correlación de Tilt Test (Tt) Positivo con Síntomas Presincopales

Leguizamón, J; Legaz, V; Tibaldi, M; Coll, M; Quiroga, P; Serra, C; Sala, J
Técnicas no Invasivas y Arritmias, Servicio de Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivos: Evaluar la incidencia de prodromos en los sincopes (s) de causa neurocardiogénica en un grupo de pacientes con TT positivo y su correlación con la positividad del mismo. Determinar predominancia de los síntomas coincidentes. Valorar la existencia de síntomas altamente indicativos de positividad pretest.
M y M: Se estudiaron de forma retrospectiva y consecutiva todos los pacientes que fueron sometidos a TT en el Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba entre 2005-2009 y se analizaron las pruebas positivas, se realizó correlación de la clínica presincopal y la desarrollada en el laboratorio. El análisis descriptivo se realizo con Infostat/profesional versión 2009.
Resultados: La incidencia de prodromos fue en 44 pacientes (p) (83%) mareo/visión borrosa (m/v), 27p (50,9%) nauseas/dolor abdominal (n/d), 25p (47,2%) sudoración/calor (s/c), 7p (13.2%) palpitaciones. Se objetivó correlación de los síntomas presincopales y los presentados durante la prueba en 43p (81%), presentando 32p (60,4%) m/v, 19p (35,8%) s/c, 11p (20,7%) n/d. Los demás síntomas no tuvieron correlación.
Conclusiones: en la incidencia de prodromos presincolapes la clínica de m/v fue predominante. Se observó una significativa correlación de los síntomas presincopales con los reproducidos en el laboratorio de TT. No se encontraron diferencias en relación a sexo y la edad. El síntoma v/m podría ser un predictor positivo importante en la valoración pre-TT de pacientes con sospecha de (s) neurocardiogénico.

110 Experiencia en el Estudio del Síncope Neurocardiogénico por Medio del Tilt Test (TT)

Leguizamón, J; Legaz, V; Tibaldi, M; Coll, M; Quiroga, P; Serra, C; Sala, J
Técnicas no Invasivas y Arritmias, Servicio de Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivos: Determinar prevalencia, características poblacionales, clínica y tipo de respuesta del sincope neurocardiogénico en paciente con TT positivo.
M y M: Se estudiaron de forma retrospectiva y consecutiva todos los pacientes que fueron sometidos a TT en el Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba entre 2005-2009 y se analizaron las pruebas positivas. El análisis descriptivo se realizo con Infostat/profesional versión 2009.
Resultados: se analizaron 376 pacientes (p). 315p (83.8%) fueron negativos y 61p (16.2%) positivos de los cuales 8p (2.2%) fueron excluidos por falta de datos. De los pacientes con TT positivos 28 (53%) fueron mujeres, edad promedio 36,4 años (+/-20,8). En el análisis pretest la media de episodios sincopales fue de 2,4; 48p (91%) fue en posición de pie; la clínica prevalente mostro a 43p (81%) con mareos/visión borrosa (m/v), 35p (66%) nauseas y 25p (47%) sudoración. 41p (77%) no recibía mediación antiarrítmica o antihipertensiva, 31p (58%) no tenían cardiopatía estructural, 37p (70%) tenían ECG dentro de la normalidad. El tiempo medio de positividad fue de de 27,8 min; la clínica reproducida fue m/v 37p (70%), sudoración 29p (55%) y nauseas 15p (28%). Los tipos de respuestas fueron: cardioinhibitorio 15 (28%), vasopresor 18 (34%) y mixto 20 (38%).
Conclusiones: Se objetivo baja prevalencia de respuesta positiva al TT comparada con otros estudios, la mayoría (64%) fueron menores de 40 años, sin diferencias en el sexo. La clínica predominante pre test y las reproducibles en el laboratorio fueron los mareos/visión borrosa y los síntomas neurovegetativos. No hubo una diferencia significativa en el patrón de respuesta.

111 Perfil de Riesgo Cardiovascular y Parámetros de Perfusión y Función VI con Estudios Spect Gatillado en Pacientes Diabéticos

Santoro, A; Erriest, J; Arregui, V; Cartasegna, L; Castro, L; Camilletti, J
Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbi-mortalidad en los pacientes con diabetes. Existe entre ellos mayor incidencia de isquemia silente .La afectación coronaria es más difusa y severa.
Objetivos: a. Comparar los pacientes diabéticos con estudios de perfusión normal y anormal, el tiempo de evolución de la diabetes y los parámetros clínicos. b. Establecer el score de perfusión miocárdica en los dos grupos de estudio. c. Evaluar la FEVI entre diabéticos con perfusión normal (PN) y anormal (PAN)
Método: A una muestra de 53 pacientes diabéticos, se les realizó un estudio de perfusión miocárdica spect gatillado. Se evaluaron los parámetros de clínicos, de perfusión miocárdica (SSS, SRS y SDS) y de función VI (FE, VFS y VFD)
Resultados: En una población diabética(n=53), 28 (53 %) presentaron perfusión normal y 25 (47 %) perfusión anormal p 0.04.No encontramos diferencias en cuanto a los factores de riesgo, entre la población de pacientes diabéticos con estudios de PN y PAN, ni en cuanto al estado sintomático previo; el tiempo de duración de la diabetes fue significativamente mayor en los pacientes con PAN (p: 0.04) Los pacientes con estudios de PAN presentaron un score SSS 9 +/- 5,6; SRS 5,5+/-4; SDS 3,5+/- 3.3 significativamente superior a los de PN (p: 0,0001). Encontramos mejoría significativa en la función ventricular en pacientes con PN, FEVI 56+/- 11 versus estudios de PAN FEVI 49+/- 12 (p 0.02). No encontramos diferencias en los volúmenes de fin de sístole y de diástole del ventrículo izquierdo entre los dos grupos.
Conclusiones: En una población de diabéticos sin diferencias en las características clínicas, encontramos un alto porcentaje con estudios de PAN, los cuales tenían un mayor tiempo de evolución de la duración de su diabetes y un deterioro leve de la función ventricular, en comparación con los pacientes con estudios de PN.

113 Prevalencia de Factores de Riesgos y Uso de Stent en Mujeres con Enfermedad Coronaria según la Etapa Hormonal

Almagro, SM; Salgado, R; Espindola, ME; Sánchez, N; Gerbaudo, L; Gerbaudo, A
Hemodinamia, Cardiología, Clínica Fusavim Privada SRL, Villa María, Córdoba, Argentina / Cardiología, Comité de Enf. CVS en la Mujer, FAC, , Argentina

Introducción: en pacientes mujeres (m) referidos para angioplastia programada (ATCP) valorar la prevalencia de factores de riesgo (FR) y hallazgos angiográficos según la etapa hormonal.
Material y Método: estudio descriptivo de corte transversal. Fueron evaluados 46 m se dividieron en dos grupos I (GI) perimenopáusica entre 45 y 65 años y Grupo II (GII) Senil desde los 66 años. Se realizaron mediciones de Presión Arterial, Peso y Talla y se determinó Índice de Masa Corporal (IMC). Se consignó la presencia de otros FR como Personalidad tipo A (pA), Sedentarios (S) Diabéticos (dbt), Dislipémicos (dlp), Tabaquistas (T) y Antecedentes Heredo Familiares (AHF). Se consigno Arteria enferma: Tronco de Coronaria Izquierda (TCI) Arteria Descendente anterior (ADA), arteria Circunfleja (ACx) Arteria marginal (AM) Arteria Diagonal (AD) y Arteria Coronaria derecha (ACD) y uso de Stent, cantidad y tipos.
Resultados: Los FR fueron: Hipertensión Arterial (HTA) 27,77% GI y 72,22% GII, S 26,08% GI y 73,91 GII, dlp 25,92% GI y 74,07 GII, dbt 33,33% GI y 66,66% GII, T 66,66% GI y 33,33 GII, Sobrepeso/Obesidad 41,66% GI y 58,33% GII, AHF 39,28% GI y 60,71% GII, ptA 43,47% GI y 56,52% GII. Presentaron 1 FR 0% GI y 100% GII, 2 FR 4,39% GI y 2,17 % GII, 3 FR 6,52% GI y 21,73% GII, más de 3 FR 21,73% GI y 41,30 GII. Arteria Angioplastiada: TCI 0% GI y 0% GII, ADA 19,56% GI y 34,78% GII, AD 0% GI y 0% GII, AC 4,34% GI y 10,86% GII, AM 100% GI y 0% GII, ACD 13,04% GI y 17,39 GII%. Uso de Stent 66,66% GI y 77,41% GII, Stent con droga 6,52% GI y 4,34% GII, 1Stent 26,08% GI y 39,13% GII, 2Stent 4,34% GI y 10,86% GII, 3 Stent 0% GI y 0% GII.
Conclusiones: Conocer la alta prevalencia de HTA, Sobrepeso/ Obesidad, Sedentarismo en GII y T en GI. Reconocer que la ADA sea la más prevalentemente angioplastiada en ambos grupos, con mayor uso de stent común en GII y stent con drogas en GI nos permite planificar medidas de prevención de FR y planificar la utilización de Stent durante las ATCP según la edad en mujeres.

114 Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovasculares en Mujeres de la Ciudad de Córdoba

Almagro, SM; Ramírez, M; Salgado, R; Espindola, ME; Del Sueldo, M; García Brasca, D; Robles, A; Acuña, C; Cressa, L
Cardiología, Comité de Enf. CVS en la Mujer, FAC, Argentina / Cátedra de Clínica Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología, Secretaria de Salud, Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres (m) y son los factores de riesgo (FR) quienes determinaran su aparición.
Objetivo: conocer la prevalencia de FR en m de Córdoba y su relación con la edad según la pérdida de la protección hormonal.
Material y Método: estudio descriptivo de corte transversal .Mediante un cuestionario estructurado médicos entrenados recolectaron datos a m >18 años del 17 al 21 de noviembre del 2008. Fueron evaluadas 679 m, en forma voluntaria y en distintos puntos de la ciudad. Se realizaron mediciones de presión arterial, peso y talla para determinar Índice de Masa Corporal (IMC).Se definió HTA =140 y/o 90mmHg, o tratadas, sedentarias <30 minutos y/o < 3 a 5 veces por semana de Actividad Física; Tabaquistas a fumadoras actuales; Sobrepeso IMC=25 y Obesidad IMC =30, Diabéticas y Dislipémicas según antecedente personal al interrogatorio. Se definió la muestra en tres grupos (G) etáreos: G I Joven <45 años (n=234), G II Perimenopáusico de 45 a 65 años (n= 289) y GIII Senil >65 años. (n= 157)
Resultados: La presencia de FR en la encuesta poblacional y según los G etáreos fue respectivamente : HTA el 61,1% (n=415), 42.3 % (n=100), 68.1% (n=197) y 75% (n=118), Sedentarias el 41.97% (n=285), 31.19% (n=73), 41.1% (n=119) y 59% (n=93), Dislipémicas el 40.2% (n=273), 26.9% (n=63), 46% (n=133) y 49% (n=77), Diabéticas el 17.67% (n=120), 12,8% (n=30) 16.9% (n=49) y 26% (n=41%), Tabaquistas el 22.9% (n=150), 25.64% (n=60) 25.6% (n=74) y 10% (n=16), Sobrepeso el 31.36% (n=213), 24.35% (n=57) 32.1% (n=93) y 40% (n=63). Obesidad el 34.02% (n=231), 34.18% (n=80), 35.2% (n=102) y 31% (n=49)
Conclusiones: Conocer la alta prevalencia de Tabaquismo en el GI, Obesidad en el GII y demás FR en el GIII nos permiten realizar campañas de prevención orientadas a la educación de estos FR en las diferentes etapas de la vida.

116 Crioablación por Catéter en la Reentrada Nodal: Aspectos Particulares y Evolución Alejada

González Zuelgaray, J; Szyszko, A; Pérez, A; Montoya, P; Hallon, L
Arritmias y Electrofisiología, Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción. La ablación por radiofrecuencia de la reentrada nodal (RN) no está exenta de daño al sistema de conducción normal con necesidad de marcapasos definitivo. La crioablación percutánea busca minimizar dicho riesgo, aunque algunos autores consideran que es menor el éxito alejado.
Objetivos. 1) Analizar aspectos particulares de la crioablación de la RN. 2) Evaluar recurrencias alejadas.
Material y métodos. Se incluyeron pacientes (p) consecutivos sometidos a crioablación (-80°C) de la vía lenta precedida por criomapeo (-30°C). Se identificó en oblicua anterior derecha el sitio de lesión eficaz y se evaluó prospectivamente una nueva metodología para la predicción de dicho sitio dado que con crioenergía no hay ritmo de la unión como marcador de lesión efectiva.
Resultados. Se realizó crioablación en 12 p con salto de vía y RN inducible (8 mujeres, edad promedio 38,4 años, todos sintomáticos excepto un deportista con taquicardia en la prueba de esfuerzo, 4 p con ablación previa por radiofrecuencia fallida por la proximidad entre el sitio de lesión y el nódulo AV). Seleccionamos el sitio para emitir crioenergía según la magnitud del salto de vía. Hubo éxito en todos, con 14,5 min. de radiación (promedio), 3 lesiones de crio (mediana) y coeficiente de correlación de 0,67 entre la distancia desde el His y la magnitud del salto de vía. Luego de 334,6 días de seguimiento (promedio) hubo recurrencia en una p (8,3%).
Conclusión. Esta experiencia, única hasta el momento en Sudamérica, muestra que la crioablación es segura y eficaz a largo plazo. La determinación de la magnitud del salto de vía permite identificar el sitio de lesión y reducir la irradiación y la duración del procedimiento.

117 Crioablación por Catéter de Vías Accesorias con Tratamiento Previo Fallido con Radiofrecuencia

González Zuelgaray, J; Szyszko, A; Pérez, A; Montoya, P; Hallon, L; Sciegata, A; Cassella, G
Arritmias y Electrofisiología, Instituto Argentino de Diagnostico y Tratamiento, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción. La ablación por radiofrecuencia de las vías accesorias (VA) en determinadas localizaciones no está exenta de daños a estructuras críticas. La crioablación percutánea busca minimizar dicho riesgo, aunque algunos autores consideran que es menor el éxito alejado.
Objetivos. Evaluar la eficacia, la seguridad y el éxito alejado de la crioablación percutánea de VA en pacientes (p) en quienes no fue efectiva la ablación por radiofrecuencia debido a la localización de la vía.
Material y métodos. Se incluyeron pacientes (p) consecutivos con VA y uno o más procedimientos previos fallidos con radiofrecuencia. Se realizó crioablación (-80ºC) precedida por criomapeo (-30ºC), con seguimiento en la clínica de arritmias o mediante contacto con el médico de cabecera (en los p con residencia alejada).
Resultados. Se realizaron 21 crioablaciones en 20 p (2 sesiones en 1 p). Se incluyeron p consecutivos (14 varones, edad promedio 25,6 años) con un procedimiento de ablación por radiofrecuencia previo fallido (2 procedimientos previos en un p). Todos tenían un haz tipo Kent (con conducción sólo retrógrada en 3 p) y una p tenía además una vía de Mahaim. Localización de las VA: parahisianas, 12; anteroseptales, 3; medioseptales, 3; anterolateral izquierda (con criolesión eficaz dentro del seno coronario), 1; posteroseptal derecha, 1; anterior derecha (Mahaim), 1. Hubo éxito agudo en 14 p (70%): en 4 p el fracaso se debió a la observación de bloqueo AV transitorio con criomapeo en el sitio de desaparición de la VA, en un p no se pudo emitir energía debido a eliminación de la VA por trauma mecánico con el catéter y en otra p no hubo éxito pese a reiterados criomapeos. Hubo recurrencia dentro de las 24 horas poscrioablación en un p, lo que muestra un éxito alejado (promedio 435 días de seguimiento) del 95%.
Conclusión. La crioablación es segura y eficaz a largo plazo para el tratamiento de VA de localización riesgosa con la radiofrecuencia.

121 Alteraciones Electrocardiográficas en Pacientes con Cardiopatía Chagásica en Consultorio de Chagas del Hospital de Miraflores

Hernández, DO; Larroza, GO; Severini, GV; Ventura, AA; Soriano, L; Ferro Queirel, E; Lucero, RH; Bruses, B; Amarilla, NO; Goujón, WN
Cardiología, Sección Arritmias, CORDIS, Resistencia, Chaco, Argentina / Hospital Público de Miraflores, Clínica, Consultorio de Chagas, Miraflores, Chaco, Argentina / Cátedra VI Medicina, Consultorio de Chagas, Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La cardiopatía chagásica presenta alteraciones electrocardiográficas clásicas, pero varía de acuerdo al tipo de linaje de T. cruzi, región geográfica, alteraciones en el miocardio, edad y sexo
Objetivos: determinar las alteraciones electrocardiográficas en pacientes de sexo masculino que habitan en área de residencia del Impenetrable de muy alta endemia chagásica
Materiales y Métodos: fueron incorporados en forma prospectiva desde 1 de noviembre de 2009 al 9 de febrero de 2010 , 109 pacientes (p) de sexo masculino con diagnóstico serológico de enfermedad de Chagas en el Consultorio de Chagas del Hospital de la Localidad de Miraflores de la provincia de Chaco. Se expresó como variable estadística cualitativa el porcentaje
Resultados: La edad promedio fue de 41. 8 años. 46 p (42,20%) presentaron electrocardiogramas normales, 63 p (57,80 %) alteraciones electrocardiográficas. Los pacientes que presentaron ECG normales tenían una edad de 37.04 años. Los p que presentaron ECG anormales, tenían un promedio de edad de 46,7 años. Las alteraciones electrocardiográficas más frecuentes: HBAIHH 16 p (25.39 %), bradicardia sinusal 15 p (23.81%), extrasístoles ventriculares 14 p (22.22%), BCRD + HBAIHH 10 p (15.87 %), Bloqueo de rama derecha 10 p (15.87%), Fibrilación auricular 4 p (6.35%) HBAI incompleto 3 p (4,76%), taquicardia sinusal 3 p (4,76%), taquicardia ventricular 3 p (4,76%), extrasístoles auriculares 3 p (4,76%)
Conclusión: en esta población se observó que fueron más frecuentes los ECG anormales que los normales, siendo los trastornos intraventriculares, las alteraciones eléctricas que más se presentaron. Algunos pacientes con arritmias ventriculares y auriculares tuvieron asociados a trastornos intraventriculares.

123 Importancia de Marcadores Inflamatorios en Pacientes con Aterogénesis

Feryala, C; Baez, M; Comai, D; Taran, M; Gallerano, R; Sosa, R; Moya, M
Clínica Médica, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de La Rioja, La Rioja, La Rioja, Argentina

Los biomarcadores inflamatorios asociados a aterogénesis se modificarían precozmente.
Objetivo: estudiarla importancia de marcadores inflamatorios en aterogénesis asociados a estrés oxidativo: hiperfibrinogenemia (PF) oxidonítrico (NO) L-citrulina y nitrotirosina en comparación con factores de riesgo tradicionales modificables y no modificables.
Material y Método: La muestra compuesta por 248 personas. Grupo A control, Grupo B pacientes con factores de riesgo tradicionales controlados B1 y evento agudo B2 y evento crónico Grupo C pacientes con factores de riesgo no controlados: C1 con evento agudo C2 con evento crónico. Grupo D pacientes sin evento agudo/crónico con factores de riesgo controlados y no controlados. Se analizó edad, sexo, TA, IMC. Sedosoporespectrofotometría: FP (mg/dL) NO (uM) citruline (nM), colesteroltotal (CT), triglicéridos (TG), (HDL), (LDL) (mg/dL), glucemia. Se usó MANOVA estableciendo una $p<0,05$. Las Variables atributos se analizaron por datos categóricos.
Resultados: A sexo femenino 60%, edad de 39,2 ± 10 IMC 25,4±4,9 Glucemia 90 ± 3CT 194 ± 5 HDL40 ± 5 LDL 121 ± 5 TG 96 ± 4 FP 223 ± 2 citrulina 4.73 ± 0.28 NO23.88 ± 5.66. La prevalencia de los factores de riesgo fue: sobrepeso 85% dislipémicos 52% diabetes 42% tabaquismo 40%. B1 edad 57.3±17,6 femenino 54,55% PF 385±8, NO 2.19±0.68 Lcitrulina 3.16±0.13 nitrotirosina 1.341±0.15. C1 edad 59±1,51 masculino 61% PF 460±14 Nitrotirosina 1.341±0.15. B2 edad 53±6, PF 443±24 citrulina 5.54±1.21, NO 12.31±2.01 Nitrotirosina 0.904±0.13 C2 edad 62±1.30 FP 395±3 citrulina 4.19±0.04 NO 9.34±0.06, Nitrotirosina 2.667±0.16. D1 mujeres 54%, FP 401±2 citrulina 6.15±0.12 NO 5.79±0.13 Nitrotirosina 0.680±0.04. D2 masculino 63% PF 477±3 citrulina 3.59±0.04 NO2.91±0.07 Nitrotirosina1.086±0.06.
Conclusión: Hubo diferencia significativa de estos marcadores comparados al control $p<0.001$en todas las situaciones. Los biomarcadores se modificaron significativamente indicando que podrían potenciar el disbalance endotelial de la aterogénesis.

126 Cuantificación de Polifenoles Totales en Aceites de Oliva y sus Beneficios en la Salud Cardiovascular

Gómez, PE; Nieto, SI; Herrera, JA; Acosta, GE; Moyano, PL; Luna, MC; Andrada, CA; Espinoza, VP; Sanagua, JO; Catalán, CA
Área Servicio Bromatología y Química, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca, Catamarca, Catamarca, Argentina

Durante la última década surgió un real interés por el estudio de los compuestos fenólicos debido a sus propiedades antioxidantes y a los efectos beneficiosos que puede tener en la prevención de enfermedades degenerativas del sistema cardiovascular y nervioso y de procesos de carcinogénesis (Dwyer J., 1996). El aceite de oliva virgen es rico en polifenoles. Numerosos trabajos señalan una elevada correlación positiva entre en fenoles totales existentes en los aceites y la capacidad antioxidante de los mismos. En el marco del Proyecto Aceite de Oliva y Salud Cardiovascular, llevado a cabo en la Universidad Nacional de Catamarca y con el objetivo de evaluar el efecto antioxidante de los polifenoles de aceites de oliva monovarietales sobre la salud cardiovascular se analizaron, en una primera etapa, muestras de aceite provenientes de tres variedades de olivo Frantoio, Picual y Coratina, implantadas bajo las condiciones edafoclimáticas del noroeste argentino.
Métodos: Los polifenoles se cuantificaron por el método espectrofotométrico de Folín-Ciocalteu, a una longitud de onda de 725 nm. Las muestras se trabajaron por triplicado y los resultados se expresaron en ppm de ácido cafeico.
Resultados y Discusión: El aceite de Coratina registró un contenido en polifenoles totales de 407.84+/-9.49 ppm; el de Picual 281.09+/-38.15 ppm y el de Frantoio 206.20+/-11.00 ppm. Los aceites de las tres variedades resultaron ricos en polifenoles totales. El aceite de Coratina presentó un contenido fenólico significativamente superior.
Conclusión: En función del contenido en polifenoles totales, de los tres aceites evaluados, el aceite de Coratina presentaría mayores potencialidades, como antioxidante, en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

128 48 Meses de Seguimiento en Servicio Rehabilitación Cardiovascular de Tandil

Cicco, L; Lumbreras, M; Maccarone, P; Miguel, M; Fredes, M; Sabella, E; Di Matteo, J; Medina, F; Basualdo, C; Suasnabar, R
Rehabilitación Cardiovascular, Departamento Cardiovascular, Nueva Clínica Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina

Introducción: las tasas de abandono (TA) en los servicios de Rehabilitación Cardiovascular (RHB CV) son consideradas el problema más frecuente a enfrentar.
Objetivo: analizar las TA de nuestro servicio durante un período determinado
Material y método: realizamos un seguimiento ingresos, presentismo y TA de 48 meses sucesivos entre enero 2006 y diciembre 2009 en nuestro servicio de RHB CV.
Resultados: total de paciente incorporados 257 p, 159p hombres (61%) y 98 p mujeres (38.1%) nuestra TA total fue de 149p (58%). Cuando separamos por sexo dicha TA mostro un 59.1% hombres y un 56.1en mujeres. La media en meses de abandono fue de 10.1 m. Al fraccionar el abandono según los meses transcurridos del inicio (a 3-6-12-24-36-48 meses) los porcentajes acumulativos de los mismos fueron respectivamente 49.0% 61.1% 82.6% 94.6% 98% 100%.
Conclusión: en nuestro programa de rehabilitación, en un seguimiento durante 48 meses sucesivos hemos podido observar una diferencia significativa en el número de participante de sexo masculino sobre el femenino, sin tener diferencia en la TA según género. Cuando desglosamos el abandono por mes acumulado observamos la marcada caída en los 3 y 6 primeros meses (49.0 a 61.1%) abriéndonos un importante desafío a la creatividad para evitar tan importante perdida. Este estudio observacional nos abre las puertas a futuras investigaciones en el área de la RHV CV, que nos ayudarán a incrementar el acercamiento y adherencia de nuestros pacientes a los programas de prevención a través de la actividad física supervisada.

130 Efectos del Aceite de Girasol en el Perfil Lipídico de Enfermos Coronarios

Acosta, GE; Herrera, JA; Luna, MC; Andrada, CA; Nieto, SI; Moyano, PL; Gómez, PE; Espinoza, VP; Catalán, CA; Sanagua, JO
Ergometría y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca, Catamarca, Catamarca, Argentina

Los pacientes que sobreviven a un evento isquémico agudo tienen mayor riesgo de repetirlo en el corto plazo, y en ellos se deben aplicar medidas de prevención secundaria. El aceite de girasol (AG) tiene una alta proporción en ácidos grasos polinsaturados y es recomendado como un alimento saludable para controlar los riesgos cardiovasculares. El objetivo de este trabajo es observar los efectos de la suplementación de AG en enfermos coronarios crónicos estables.
Métodos: Un total de 33 sujetos masculinos de 63.3 ± 7 años fueron evaluados antes y después 21 días de consumo de 50 ml/día de AG. La dieta fué controlada para no aumentar las calorías totales. Se estudio el perfil lipídico a través de las siguientes variables: Colesterol total, Índice Col Total/HDL, LDL, HDL, Triglicéridos, y Glucemia.
Resultados pre y pos intervención fueron: Col total 180.4 vs 181.8 $p < 0.001$; HDL 42.09 vs 42.5 $p < 0.001$; LDL 100.2 vs 107.1 $p < 0.001$; Índice Col Total/HDL 4,49 vs 4,44 $p < 0.001$; Triglicéridos 217,6 vs 170,5 $p < 0.001$; Glucemia 85.4 vs 73.9 $p < 0.001$.
Conclusión: se observaron cambios significativos del colesterol HDL, Triglicéridos, Índice Col Tol/HDL y Glucemia, tras el periodo de intervención con AG, lo que sugiere el efecto beneficioso de este suplemento nutricional en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria.

133 Intervención Pedagógica sobre Pautas Saludables para Prevención Cardiovascular en Escolares. Salta- 2009

Yapura, D; Ramos, L; Rodríguez, R; Escalante, S
Cátedra Enf. Médica, Fac. Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Salta, Salta, Argentina

Una de las funciones indelegables de la Universidad es la de extensión. En el mes de noviembre se llevó a cabo una experiencia con alumnos de una escuela de zona periurbana de la Ciudad de Salta. Desde la Cátedra Enfermería Médica, se trabajaron temas de vida saludable para prevención cardiovascular utilizando material de la campaña "100.000 corazones para un cambio saludable" de la Federación Argentina de Cardiología. Tipo de estudio: descriptivo.
Metodología: Se conformaron dos grupos de 40 alumnos: en el caso control con clase expositiva tradicional y en el grupo experimental con realización de mapas conceptuales por parte de los estudiantes. Se realizó una evaluación previa y una posterior a la intervención pedagógica.
Resultados: Existe una diferencia significativa ($P<0.05$) entre ambos grupos. Los alumnos que trabajaron con mapas conceptuales tuvieron mayor retención de los contenidos.
Conclusión: Es posible generar cambios para una vida saludable, siendo importante el trabajo interinstitucional trabajando desde etapas tempranas.

134 Plástica de la Insuficiencia Tricuspídea: Etiologías

Zgrablich, C; Ruda Vega, P; Lamelas, A; Florit, S; Distefano, A; Santilli, L; Milessi, M
Cirugía Cardiovascular, IDIM Dr. A. Lanari, Universidad de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Instituto del Diagnóstico, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Sanatorio San Cayetano, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La insuficiencia tricuspídea (IT) se asocia frecuentemente a enfermedad de otras válvulas. Sin embargo, el abanico etiológico es más amplio existiendo otras entidades que afectan la válvula y que requieren corrección quirúrgica.
Objetivo: Describir la distribución etiológica en una serie de insuficiencias tricuspídeas reparadas quirúrgicamente.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, del registro prospectivo en nuestra base de datos. Entre noviembre de 2005 y diciembre de 2009 se realizaron 20 platicas tricuspídeas consecutivas. Se analizó el diagnóstico etiológico y su asociación a enfermedad de otras estructuras cardíacas.
Resultados: El 60% fueron cirugías programadas, el resto 4 endocarditis, 1 infarto agudo complicado y tres insuficiencias cardíacas. Ocho de ellas se asociaron a reparación de la válvula mitral, 10p tenían enfermedad de dos o tres válvulas, y tres revascularización coronaria asociada. La etiología fue: endocarditis infecciosa 3p (1 endocarditis derecha y 2 asociadas a endocarditis izquierdas), mixomatosa/degenerativa 3p, reumática 1p, isquémica por IAM inferior con compromiso de VD e IT aguda 1p, mixta (isquémica asociada a degeneración mixomatosa) 2p y 1 caso de prolapso asociado a pericarditis constrictiva. Se realizó ETE intraoperatorio a todos los pacientes.

135 Aneurismas Periféricos

Ago, M; Catalá Schonfeld, H; Corvalán, P
Sección Cirugía Cardíaca, Servicio Cirugía Torácica y Cardiovascular, Sanatorio Rosendo García, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovas., Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, San Nicolás, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El aneurisma es una dilatación permanente y localizada de todas las capas de una arteria. La causa más frecuente de los aneurismas periféricos es la arteriosclerosis. Otras causas son: infecciosa o micótico, postraumática, congénitas, por enfermedades degenerativas, autoinmunes y post-angioplastias. La prevalencia e incidencia de los aneurismas periféricos es baja respecto a los aneurismas de aorta, sin embargo, su diagnostico y tratamiento oportuno evita complicaciones graves como pérdida de una extremidad o muerte. El aneurisma poplíteo es el más frecuente de los aneurismas periféricos mientras que los aneurismas viscerales son poco frecuentes pero implican alta morbi-mortalidad por riesgo de ruptura.
Objetivo: Revisión de nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de aneurismas no aórticos.
Material y método: Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de aneurismas no aórticos desde 2007 a 2010. Se evaluaron su tipo, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.
Resultados: Se diagnosticaron 9 aneurismas, (2 mujeres y 7 varones). Arteria carótida interna: 1; tronco celíaco: 1; arteria coronaria descendente anterior: 1; aneurismas poplíteos 6; tratamiento quirúrgico electivo 6; tratamiento quirúrgico de urgencia 3; tipo de tratamiento quirúrgico: excusión del aneurisma mas by pass protésico 4, exclusión del aneurisma mas by pass venoso 2, resección del aneurisma mas by pass protésico 1, resección del aneurisma con anastomosis termino terminal 1, exclusión del aneurisma mas revascularización con mamaria interna 1. Morbilidad: amputación infrapatelar en un paciente con aneurisma poplíteo trombosado operado de urgencia. No hubo mortalidad.
Conclusión: Las actuales técnicas de diagnóstico favorecen un tratamiento precoz. El tratamiento quirúrgico sigue siendo el procedimiento de elección para la mayoría de estos aneurismas y en ocasiones pueden realizarse técnicas mínimamente invasivas.

138 Síndrome Cardiorenal en Insuficiencia Cardiaca Diastólica

Deleu, M; Mettini, S; Merani, F; Martinez Marissi, E; Villanueva Sotez, I; Latronico, L; Bunay, A; Herrera Paz, JJ; Alvarez, CB

Residencia, Cardiología, Instituto Sacre Coeur, CABA, Buenos Aires, Argentina / Dirección Médica, Cardiología, Instituto Sacre Coeur, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Se conoce al síndrome cardiorrenal (SCR) como una asociación que marca peor pronóstico en pacientes (p) con Insuficiencia Cardíaca (IC). Fisiopatológicamente, se asocia con IC sistólica (ICs). Por esto, se decidió evaluar la presencia y características del SCR en p con IC diastólica (ICd).
Objetivos: 1- Evaluar la incidencia y características del SCR en pacientes con ICd. 2- Comparar características, tratamiento y evolución entre p con SCR e ICd y SCR e ICs.
Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 208 p internados en forma consecutiva con IC, de enero de 2003 a diciembre de 2006. Se seleccionaron 177 p con fracción de eyección (Fey) medida en la internación. De éstos, 103p presentaban Fey <50%, de los cuales 56p (54%) sufrían de SCR (G1) y 50p, Fey >50%, con 35p (47%) con SCR (G2). Se realizó seguimiento telefónico, con una media de 31,9 meses.
Resultados: No se encontraron diferencias significativas (DS) en factores de riesgo cardiovascular, antecedentes clínicos ni formas clínicas de presentación. En cuanto al tratamiento previo, sólo se encontraron DS en la utilización de I-ECA/ARA II a favor del G2 (40% vs 35,9%, p<0,02). Durante la internación no hubo DS en la mortalidad. En el tratamiento al alta, se encontraron DS solamente en la utilización de espironolactona en el G1 (15,5% vs 11,4%, p<0,004). En el seguimiento, se halló mayor mortalidad en el G1 (25,2% vs 22,8%, p<0,02), y en cuanto al tratamiento, hubo mayor utilización de I-ECA/ARA II y diuréticos a favor del G2 (40% vs 10,6%, p<0,04 y 48,5% vs 10,6%, p<0,004, respectivamente).
Conclusiones: Se observó una alta incidencia de SCR en p con ICd, sin DS en sus características basales en comparación con p con ICs. En el seguimiento, presentaron un mejor tratamiento aquellos p con ICd, como así también, menor mortalidad.

141 Evaluación de la OAI con Eco Doppler Tisular Transtorácico

Núñez, P; Massarutti, C; Erriest, J; Vigo, G; Camilletti, J; Arregui, V; Plastino, ML
Sección Eco-Doppler cardíaco y vascular, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los parámetros de evaluación de la orejuela auricular izquierda (OAI) a través de la ecocardiografía transesofágico (ETE), como la presencia de contraste espontáneo y la velocidad de vaciado de la OAI, han demostrado servir para estratificar a los pacientes con Fibrilación auricular (FA) que se benefician con el uso de anticoagulación oral. Las imágenes de Doppler Tisular (DT) de la OAI, evaluadas con ETE, caracterizan directamente la función miocárdica de la OAI y han servido para estratificar el riesgo de desarrollo de trombo o embolia. La ventaja de estas imágenes es que son fácilmente detectables a través de la ecocardiografía transtorácica (ETT).
Objetivos: El propósito de este estudio es evaluar cuán frecuentemente esta velocidad puede ser cuantificable durante los estudios de ETT, y correlacionarla con variables clínicas relevantes.
Métodos: Se estudiaron 64 pacientes que concurrieron a la Sección para realizarse un ETT. Se registraron datos demográficos e historia clínica personal. Se les realizó Eco Doppler cardíaco convencional. Todas las mediciones se efectuaron de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecocardiografía. La velocidad de Doppler tisular en orejuela auricular izquierda (OAIt) se obtuvo desde eje corto paraesternal izquierdo y en 2 cámaras apical con doppler pulsado.
Resultados: De los 64 pacientes, el 46% se encontraba en ritmo de FA .Entre ambos grupos, se registraron diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) en las dimensiones de aurícula izquierda, dimensiones sistólicas del VI, Fracción de Eyección y Velocidad Máxima de Flujo Transmitral. Se obtuvieron imágenes adecuadas de OAIt en el 87% de los 64 pacientes.
Conclusión: Las imágenes para cuantificar la velocidad de contracción de la OAI, son accesibles en un alto porcentaje de pacientes. Sería necesario un mayor número de pacientes y seguimiento para evaluar la utilidad de este parámetro como estratificador de riesgo.

142 Infarto con Supradesnivel del ST en el Mundo Real en la Era de la Angioplastia

Macin, SM; Reyes, L; Villegas, E; Perna, ER; Echeverría, F; Chuquel, C; Lange, J; Álvarez, O; Baccaro, J; Escalante, J
Unidad Coronaria, Cardiología, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

El infarto agudo de miocardio ha reducido la mortalidad con las nuevas terapias.
Objetivos: Evaluar evolución clínica y tratamiento del infarto agudo de miocardio con ST.
Métodos: Estudio prospectivo, observacional de 133 pacientes (ptes) consecutivos con SCA con ST, ingresados a unidad coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes entre el 01/01/09 al 31/12/09, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas.
Resultados: La edad media fue 62.12±11.3 años, 76.2% masculino, y 22% diabéticos. Las variables asociadas con mortalidad fueron tabaquismo (42 vs 35%, p=0.032), EPOC (20 vs 0.8%, p<0.001), ritmo sinusal (70 vs 91%, p0.04), uso de diuréticos previos (25 vs 4.2%, p=0.013), uso de ARM (4.7 vs 1.7%, p<0.001), CRM intrahospitalaria (25 vs 3.3%, p=0.005), TnTc (7.5 vs 3.8%, p=0.008), pro BNP (4850 vs 2005 pg/ml), FE (35 vs 48%, p=0.004), el fallo renal (30 vs 4.2%, p0.001), y uso de estatinas (50 vs 97% p<0.001). El 96.7% recibieron angioplastia primaria o tardía y el 4.2% trombolíticos, el 96% recibieron aspirina, el 92% clopidogrel, el 78% beta bloqueantes y el 95% estatinas. La mortalidad hospitalaria fue de 5.3%, y en el seguimiento a 507 días fue de 8.5%. El re-infarto a 7 días fue de 2.4%, y en el seguimiento de 3.8%, insuficiencia cardiaca hospitalaria de 23% y en el seguimiento del 30%, la Taquicardia ventricular o FV en 6%, BAVC 5%. En el modelo proporcional de Cox fueron variables significativas el Killip de ingreso (HR=2.5 IC 95%1.5-2.8), edad (HR 1.05 IC 95% 1.02-1.07), TnTc al ingreso (HR: 1.8 IC 95%1.4-2.3).
Conclusiones: en la era de la angioplastia la casi totalidad de pacientes reciben este procedimiento y la mortalidad es similar a la de los ensayos clínicos, la incidencia de insuficiencia cardiaca se ha reducido en nuestro centro respecto a años previos, hay una amplia adherencia a las recomendaciones de las guías.

147 Factores de Riesgo Coronario y Anomalías en los Estudios de Perfusión Miocárdica Spect en un Servicio de Medicina Nuclear

Vázquez Páez, G; López, C; Hasbani, V; Pujol, P; Cuevas, F; Moris, C
Cardiología, Medicina Nuclear, C.D.N., San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Cardiología, Cardiología, S.C.S., San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Cardiología, Cardiología, C.P.C., San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: La cardiopatía isquémica es causa frecuente de muerte en la población general. La determinación de Factores de Riesgo Coronario (FRC) permite diferenciar a los de alta probabilidad de enfermedad coronaria.
Objetivos: conocer la relación entre defectos de perfusión y FRC en la población estudiada.
Materiales y Métodos: Se incluyen a pacientes que concurren al Centro de Diagnóstico Nuclear entre oct de 2002 y junio de 2009. Se excluyen a aquellos con antecedentes de enfermedad coronaria, sintomatología, electrocardiograma o ecocardiograma sugestivos de cardiopatía isquémica y defectos de perfusión previa conocidos. Se los clasifica de acuerdo a la presencia o no de FRC. Se les realiza perfusión miocárdica SPECT con MIBI Tc 99 de reposo y esfuerzo.
Resultados: 441 pacientes en total. El 78 % con perfusión normal y 22 % con defectos de perfusión. 110 sin FRC con 82 % de estudios normales y 18 % anormales. Con un FRC 80 % y 20 %; con 2 FRC: 80 % y 20 %; con 3 FRC: 79 % y 21 % y con 4 FRC: 29 % y 71 %. La combinación con más defectos fue la diabetes ya sea con hipertensión o tabaquismo con un 68 % y 32 %. Discusión: Pudimos observar que existe un discreto aumento de la incidencia de perfusiones anormales en los pacientes con un solo FRC. La incidencia aumenta cuando se combinan los FRC, es especial en diabéticos.
Conclusión: Hay mayor incidencia de defectos de perfusión cuando se FRC. La perfusión miocárdica SPECT podría representar un buen método para determinar riesgo cardiovascular en la población general.

151 Angioplastia Coronaria con Stents Liberadores de Droga en Pacientes Mayores de 75 años. Resultados Inmediatos y Alejados

Montefeltro, G; Hanna, C; Larghi, R; Cigalini, C
Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Hemodinamia, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Los resultados de los stents liberadores de droga (DES) no han sido suficientemente estudiados en los pacientes añosos, quienes potencialmente podrían tener más efectos adversos secundarios y más eventos clínicos en el seguimiento a largo plazo.
Objetivo: Analizar la eficacia y seguridad del uso de DES en pacientes mayores de 75 años intervenidos con una angioplastia coronaria.
Material y métodos: Período Abril 2004 - Diciembre 2009. Se incluyeron 35 pacientes a los que se les implantaron al menos 1 DES. Se estudiaron las características clínicas y hemodinámicas, y se evaluó la frecuencia de complicaciones y la sobrevida.
Resultados: 25 hombres y 10 mujeres, edad promedio de 79.7 años (rango: 75 - 87). 91% eran hipertensos, 23% diabéticos y 20% tuvieron IAM previo. El 69% era portador de enfermedad de dos o más vasos. Se identificaron 66 vasos enfermos y se trataron 64. Se implantó un promedio de 2.1 stents/paciente. La tasa de éxito primario fue de 97%, hubo una muerte intrahospitalaria, sin otras complicaciones mayores. Se siguieron todos los pacientes (promedio: 20.5 meses, rango: 0-55 meses); en total fallecieron 10 pacientes, 5 de causas cardiológicas (1 probable y otra posible trombosis intra-stent (TIS) tardías, 2 edemas agudos de pulmón y 1 causa desconocida) y 5 por causas no cardiológicas (1 ACV isquémico, 1 ACV hemorrágico, 1 hemorragia digestiva alta, 1 cáncer y 1 por patología intestinal). Se constató 1 caso de reestenosis tratado exitosamente con un nuevo DES, y 2 casos con reinternaciones por angina inestable que se resolvieron con tratamiento médico. La probabilidad de sobrevida a los 6, 12, y 18 meses fue 94%, 87.4% y 78.7%, respectivamente.
Conclusión: la evidencia sugiere que el empleo de DES en pacientes añosos parece ser seguro y eficaz. Los casos detectados de posible/probable TIS resaltan la importancia de un estricto seguimiento de estos pacientes y su reporte.

152 Valvuloplastia Aórtica en el Contexto del Implante Valvular Percutáneo

Larghi, R; Hanna, C; Montefeltro, G; Cigalini, C
Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Hemodinamia, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina / Centro de Tratamientos Endovasculares, Hemodinamia, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: El implante valvular aórtico percutáneo (IVAP) conlleva un elevado costo y gran complejidad de estudios para la selección de casos. Estas limitaciones conducen a demoras en su implementación en pacientes con mal pronóstico a corto plazo. Por tal motivo se ha revalorizado la indicación de la valvuloplastia aórtica (VPA) como puente para el IVAP.
Objetivo: Describir los resultados hemodinámicos inmediatos y la sobrevida al año de pacientes con estenosis aórtica severa sintomática tratado con VPA.
Material y Método: Período Julio 1991 - Julio 2009. n= 44 VPA. Todos los pacientes estaban en clase funcional III-IV. Indicaciones de VPA: Edad avanzada (>80 años): 22 (50%); comorbilidad asociada: 17 (38.6%); puente a cirugía de recambio valvular: 4 (9.1%); shock cardiogénico: 1 (2.2%). Se accedió por vía femoral retrógrada en todos los procedimientos.
Resultados: 17 mujeres y 27 hombres. Edad: 80.7 ± 3.8 años (± ESM), rango: 74-90 años, 42 (95.4%) mayores de 75 años. El gradiente de presión pico a pico descendió de 61.7 ± 4.4 mmHg a 15 ± 2.9 mmHg (P=0.02). El área valvular aórtica aumentó de 0.5 ± 0.1 cm^2 a 0.9 ± 0.2 cm^2 (P<0.01). Hubo un incremento en el grado de insuficiencia aórtica post VPA en 4 / 44 intervenciones (9.1%), pero ninguno requirió corrección quirúrgica. Hubo 3 muertes intrahospitalarias (6.8%) y 1 muerte dentro de los 30 días (2,3%). No se registraron otras complicaciones mayores. Obtuvimos seguimiento clínico a un año en 40 / 41 (97.6%) pacientes externados. La sobrevida fue del 86.4% (38 pacientes), 4 pacientes fueron sometidos a cirugía de recambio valvular y se realizó 1 re-valvuloplastia; el resto experimentó una mejoría en al menos un grado en su clase funcional.
Conclusión: Los resultados en el seguimiento a 1 año de estos pacientes sugieren que la VPA es una herramienta segura y eficaz, y puede ser considerada como puente para IVAP.

153 Miocardiopatía Provocada por Estrés o Enfermedad de Tako-Tsubo. Reporte de 7 casos

Larghi, R; Hanna, C; Montefeltro, G; Cigalini, C
Centro de Tratamientos Endovasculares, Hemodinamia, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina / Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Hemodinamia, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción. La miocardiopatía de tako-tsubo, también conocida como disfunción apical transitoria, o simplemente miocardiopatía por estrés, es un tipo de miocardiopatía no isquémica en la que hay un repentino debilitamiento temporal del miocardio. Desde el año 2007 es definida como una enfermedad primaria adquirida.
Objetivo. Presentar las características clínicas y hemodinámicas de 7 casos diagnosticados en nuestras instituciones.
Material y métodos. Período: 2002-2009; todos los pacientes fueron diagnosticados con criterios de definición preestablecidos (AHA, 2007); se descartó otra causa de miocardiopatía.
Resultados. Los 7 casos fueron mujeres >50 años, promedio: 74 años. Se realizó coronariografía en todos los pacientes, 6 / 7 fueron estudiados precozmente (primeras 24 hs), todos sin evidencia de lesiones coronarias angiográficamente significativas; 4 / 7 presentaron causa de estrés identificada; 7 / 7 mostraron alteraciones dinámicas en el electrocardiograma (4 / 7 con elevación del segmento ST). No se registró mortalidad intrahospitalaria. Todos mostraron recuperación de la función y motilidad parietal del ventrículo izquierdo en el seguimiento. Todas las pacientes se encuentran vivas y libres de síntomas y recurrencias.
Conclusión. La enfermedad de tako-tsubo es una patología de baja incidencia, no restringida a determinadas áreas geográficas o grupos étnicos. Debe ser sospechada y diagnosticada de acuerdo a criterios específicos. La identificación precoz del cuadro permitirá un tratamiento adecuado. Presenta un muy buen pronóstico y su mortalidad es muy baja.

156 Índice Ergométrico para Predecir Hipertrofia Ventricular Izquierda en Ecocardiograma en Pacientes Derivados por Hipertensión Arterial

Farez, B; Sans, S; Cangiano, C; Nieto, J
Cardiología, Cardiología, Clínica Italia, San Luis, San Luis, Argentina / Cardiología, Cardiología, CERHU, San Luis, San Luis, Argentina

Introducción: se ha demostrado que la respuesta hipertensiva en el test ergométrico es un predictor independiente de aumento de masa ventricular izquierda, sobre todo a bajas cargas. Se intenta mostrar un índice sencillo, que informe al cardiólogo clínico lesión de órgano blanco y necesidad de tratamiento
Material y Métodos: Se presenta 202 pacientes evaluados en servicio de cardiologia ambulatorio con ecocardiograma Doppler y ergometría con cicloergómetro erecto, con diagnóstico previo o sospecha de HTA. El índice consistió en el cociente entre la tensión máxima obtenida y máxima carga alcanzada. Se tomó como punto de corte mayor o menor de 0,5
Resultados: La edad promedio fue de 55.5 años (DS ±14,22; 18-82), 104 varones (59%) y 98 mujeres (41%). 111 pacientes eran hipertensos (54,9 %) y 91 para evaluación (45,1 %). 27 pac. (13,3%) eran diabéticos, 14 sindrome metabólico (6,9 %), 89 pac (44 %) tenían sobrepeso/obesidad, 56 pac. (27,7 %) se sabían dislipémicos y 29 pac (14,3%) eran coronarios conocidos. Del total de pacientes evaluados 86 (42%) mostraron hipertrofia ventricular izquierda en el ecocardiograma, 30 pac con índice TASmax/Kgm mayor a 0,5 y 56 pac con índice menor a 0,5. De los 116 paciente con masa conservada (58% del total), 13 (15%) tenían índice mayor a 0,5 y 103 (88,7%) presentaban índice menor a 0,5 con valor de p menor a 0,0001
Conclusiones: ante un paciente derivado para evaluación de su hipertensión arterial, aquellos que presenten hipertensión arterial sistólica reactiva al ejercicio, sobre todo a baja carga, lo que demuestra una relación entre la TA sistólica máxima/ kilográmetros en un índice mayor a 0,5, tendrán una probabilidad mayor estadísticamente significativa a presentar hipertrofia ventricular izquierda en el ecocardiograma.

157 Miocardiopatía Hipertrófica. Coeficiente Ecocardiográfico como Predictor de Paciente de Alto Riesgo

Farez, B; Sosa Mallemacci, A; Fontana, S; Sans, S; Nieto, J; Pereyra Sánchez, A; Cangiano, C
Cardiología, Cardiología, Clínica Italia, San Luis, San Luis, Argentina / Cardiología, Cardiología, CERHU, San Luis, San Luis, Argentina

Introducción: la cardiomiopatía hipertrófica (MCH) se caracteriza por hipertrofia de ventrículo izquierdo, en ausencia de enfermedades que la justifiquen. La prevalencia puede ser el 0.2% de la población general (1/500). El riesgo de muerte súbita (MS) es 1% en población, al 6 - 11% en pacientes de alto riesgo
Material y Métodos: Se presenta 27 pacientes con diagnóstico previo o sospecha de MCH, con evaluación clínica que incluía historia clínica, examen físico, electrocardiograma, eco Doppler, Holter de, y ergometría (PEG) o eco stress con ejercicio. En el ecocardiograma se analizó el coeficiente entre espesor septal diastólico/diámetro diastólico del VI (según previamente se ha descripto) (ESD/DDVI). El seguimiento se hizo por consulta clínica de los pacientes o telefónica de los médicos de cabecera
Resultados: La edad fue de 47.4 años (14-82), 17 varones (62,9%) y 10 mujeres (37,1 %). Los síntomas más frecuentes fueron síncope, palpitaciones y disnea. 6 pac. tenían fliares con CMH. El promedio de espesor septal fue de 21.51 mm (14-32 mm), pared posterior 14.55 (6-23 mm). La masa fue de 240,88 gr/m2 (130-425). Aurícula izquierda de 45 (34-65mm). Tres pac. eran de alto riesgo (grupo I) según criterios de guías, se les indicó un CDI, uno no aceptando el mismo. Un choque fue efectivo durante PEG de uno de ellos, y ninguno espúreo. El coeficiente separó dos grupos, , >0,7 fue + en 2/3 de grupo I, y en 1 de 24 de grupo II (p= 0.01). La tasa de eventos fue en 1/3 del grupo I y en 0/24 del grupo II (p=0.003)
Conclusiones: la relación entre ESD/DDVI mayor a 0,7 predijo mayor probabilidad de presentar criterios de alto riesgo en la evaluación inicial y de presentar evento durante el seguimiento. Es un método sencillo y los datos se dan en los eco Doppler de todos los laboratorios de ecocardiografía.

159 Vivir Con Enfermedad Arterio Coronaria: Aproximaciones a la Experiencia Subjetiva de un Padecimiento Crónico

Flichtentrei, D; Ceitlin, J; Bianco, J
IntraMed, Contenidos, IntraMed, Olivos, Buenos Aires, Argentina / Medicina Familiar, UBA, CABA, Buenos Aires, Argentina / Cátedra Antropología Social I, Cátedra Antropología Social I, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Luego de un evento coronario se plantean serios problemas de "adherencia" al tratamiento y a los cambios en el "estilo de vida". La investigación socioantropológica muestra que en estas enfermedades el modelo "síntoma- diagnóstico- tratamiento- cura" es reemplazado por un esquema abierto e incierto de "gestión de la enfermedad" que afecta toda la vida del paciente. Este trabajo explora distintas dimensiones en la experiencia subjetiva de vivir y atenderse con enfermedad coronaria (EC) para contribuir al diseño de estrategias que superen los límites en prevención secundaria.
Metodología: Se prioriza una metodología cualitativa propia de abordajes etnográficos realizando 11 entrevistas en profundidad (7 hombres y 4 mujeres) de entre 49 y 75 años de edad que sufrieron uno o más episodios graves. Éstas fueron grabadas, transcriptas y procesadas para el análisis de narrativas proponiendo para esto el concepto de "disrupción biográfica" (biographical disruption).
Resultados: un episodio grave de EC puede resultar en una experiencia que desorganiza las estructuras de la vida cotidiana del sujeto y las formas de conocimiento que la sostienen; un replanteo en su biografía e identidad; y la movilización de recursos materiales, cognitivos y relacionales ante la incertidumbre.
Conclusiones: Los hallazgos muestran que el carácter disruptivo de una EC y sus respuestas se vinculan con el género, la generación, los ciclos productivos y reproductivos y las condiciones de vida. En algunos casos se intersecta con disrupciones de un orden distinto al de la enfermedad experimentadas como más profundas opacando la percepción de la EC. Se establece una estrecha relación entre "problemas de adherencia" entre un primer y segundo evento con los procesos de precarización del sistema público de atención, las características de las relaciones médico- paciente, la normalización de la EC en la vida cotidiana y las significaciones de la EC.

161 Valoración del Área Valvular Aórtica Mediante Tomografía Computada Multicorte y Ecocardiografía

Bayol, AP; Escalante, JM; Peloso, R; Zarza, A; Sandoval, D; García, W; Babi, C; Alvarez, O; Fleitas Paez, M; Parras, JI
Diagnóstico por Imágenes, Cardioimágenes, Instituto de Cardiología "J. F. Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina / Ecocardiografía, Instituto de Cardiología "J. F. Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: Los últimos avances en resolución temporoespacial en Tomografía Computada Multicorte (TCM) pueden ser de utilidad para evaluar las estructuras valvulares cardíacas.
Objetivo: evaluar la medición del área valvular aórtica por planimetría mediante TCM y Ecocardiografía.
Material y Métodos: Desde Agosto de 2009 hasta marzo 2010 se evaluaron 13 pacientes consecutivos, enviados para TCM coronaria, fueron evaluados utilizando protocolo de adquisición gatillada con electrocardiograma con TCM de 64 detectores. Reconstrucciones multiplanares se realizaron en las fases sistólicas del ciclo cardíaco, utilizando proyecciones finas para medir el Area Valvular Aórtica (AVA).Los resultados de la TCM fueron comparados con la medición ecordiográfica del AVA.
Resultados: 2 casos no pudieron compararse debido a estar adquiridos con baja dosis de radiación y no contar así con la fase sistólica. En los restantes 11 pacientes se encontró un buen acuerdo mediante el análisis de Bland-Altman entre ambos métodos, diferencia promedio: 1 mm2 (- 58mm2 - 59 mm2), el coeficiente de correlación fue de 0.85, nivel de significancia: 0.0034.
Conclusión: El AVA es correctamente medible mediante TCM en la mayoría de los casos, existiendo un buen acuerdo con la ecocardiografía.

163 Perfil Clínico, Capacidad Funcional e Imágenes de Perfusión Spect en Pacientes Obesos

Erriest, J; Sanchez Viamonte, G; Illanes, L; Vilchez, A; Camilletti, J
Servicio de Cardiología, Sección Medicina Nuclear, Hospital Italiano La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La obesidad es un serio problema en los países desarrollados; más de la mitad de la población en los Estados Unidos presenta sobrepeso. Existe una fuerte asociación entre la obesidad y la enfermedad cardiovascular y ella se combina con múltiples factores de riesgo. Son poco conocidas las características de ejercicio y su relación con la obesidad
Objetivos: Comparar en una población de pacientes los parámetros clínicos, de capacidad funcional y de perfusión miocárdica en función del índice de masa corporal. (IMC).
Métodos: Analizamos en forma retrospectiva los pacientes derivados a realizarse un estudio de perfusión miocárdica Spect gatillado Tc99MIBI. Los pacientes se dividieron por IMC en tres grupos G1-IMC menor de 25 (normal), G2-IMC mayor de 25 (sobrepeso), G3-IMC mayor de 30 (obesos) Se evaluaron factores de riesgo, parámetros de la prueba de esfuerzo, y variables de perfusión miocárdica y función sistólica del VI y se las comparó entre los grupos
Resultados: Fueron evaluados 4322 pacientes G1 928p (edad 64+/-12), G2 3394(62 +/-10), G3 1440 (63 +/-10)

	IMC <25	p	IMC >25	p	IMC >30	p
Sexo Fem	420 (45%)	,0001	1113 (32%)	0,04	512 (35,5%)	0,0001
perf patol	324 (35%)	0,0001	1556 (45%)	0,0001	673 (47%)	0,0001
DLP	496 (52%)	0,0001	2034 (59%	NS	874 (61%)	0,001
HTA	509 (54%)	0,0001	2281 (67%)	0,0001	1062 (74%)	0,0001
DBT	106 (11%)	0,0001	752(22%)	0,0001	440 (30%)	0,0001
METS	7.5 +/- 1.9	0,0001	6.3+/-1.6	0,0001	5.7 +/- 1.4	0,0001
SSS	8 +/- 6	NS	8,6 +/- 6	0,03	9 +/- 6	0,0001
SDS	3 +/-4	NS	3.4+/-4	0,0001	4,3+/- 4.6	0,0001
FE	52 +/- 13	NS	53 +/-19	NS	52 +/-17 %	NS

Conclusión: Los pacientes con sobrepeso y obesos presentaron mayor porcentaje de factores de riesgo, peor capacidad funcional frente al ejercicio y mayor porcentaje de estudio Spect patológicos; los pacientes obesos mostraron defectos de perfusión más extensos que G1 y G2.

164 Determinantes Ecocardiográficos vs Antropométricos y su Correlación con la Capacidad Aeróbica Máxima

Vilchez, A; Plastino, M; Rio, A; Erriest, J; Camilletti, J; Arregui, V
Ergom/med dep, Servicio Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Ecocardiografia, Servicio Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Medicina Nuclear, Servicio Cardiologia, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción. Son conocidas las diferencias ecocardiográficas y antropométricas entre deportistas y sedentarios. Estas diferencias se reflejan en el rendimiento en una prueba de capacidad aeróbica máxima (CAM). Sin embargo no está definido si estos parámetros a priori pueden ser de utilidad para predecir un elevado rendimiento en dicha prueba entre deportistas.
Objetivos. Determinar si existen parámetros ecocardiográficos y/o antropométricos capaces de diferenciar dos grupos de deportistas según su CAM.
Mat y Met. Se Evaluaron 20 jugadores juveniles de rugby seleccionados por condiciones de proyección a futuro, los cuales fueron divididos en dos grupos de acuerdo al resultado del test de esfuerzo: G1n8, Vo2max ≥60ml/k/min y G2n12 Vo2max<60ml/k/min. A todos se les realizó: a) un test ergométrico máximo en treadmil y cálculo indirecto de VO2max, b) un ecocardiograma doppler color y tisular, c) datos antropométricos y de composición corporal.
Resultados. Edad promedio G1:16,7±1,4; G2:16,8±1,8 p=NS. Se encontraron diferencias significativas en valores de composición corporal: %masa muscular G1:43,7%±2,2; G2:39,6%±2,1 p0,008. El %graso G1:15,2%±4,2; G2:22,5%±2,3 p0,008. No hubo diferencias significativas en ningún otro parámetro ecocardiográfico ni antropométrico.
Conclusiones. Entre deportistas sólo las variables de composición corporal, % de masa muscular y masa grasa se asociaron a una mayor capacidad en un test de potencia aeróbica. No se encontraron parámetros ecocardiográficos anatómicos, doppler, doppler tisular ni otros parámetros antropométricos que permitan predecir una mejor performance en la variable estudiada.

169 Tratamiento Actual del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST

Villegas, E; Reyes, L; Macin, SM; Echeverría, F; Chuquel, C; Lange, J; Perna, ER; Fleitas, M; Álvarez, O; Escalante, J
Unidad Coronaria, Cardiología, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

Evaluar las terapias utilizadas previa, durante y al alta de la hospitalización de pacientes con infarto agudo de miocardio.
Métodos: Registro observacional, prospectivo, 133 pacientes (ptes) consecutivos con SCA con ST, ingresados a UCIC del Instituto de Cardiología de Corrientes entre 01/01/09--1/12/09, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas.
Resultados: La mortalidad hospitalaria fue de 5.3% y en el seguimiento a 507 días de 8.5%. En el 96.7% se realizó angioplastia primaria o tardia y el 4.2% tromboliticos. Las terapias recibidas previamente asociadas a mortalidad fue uso previo de diuréticos (4.2 vs 25%, p=0.013), reciben aspirina previa un tercio de pacientes (37.5 vs 36.5%, p=ns), clopidogrel (3.3 vs 3.1%, p=0.60), beta bloqueantes (28.6 vs 50%, p=ns);las terapias recibidas en la emergencia: aspirina (61.7 vs 87.5%, p=ns), clopidogrel 36.7 vs 37.5%, p=ns), beta bloqueantes (10 vs 0%, p=ns), nitroglicerina 46.7 vs 75%, p=0.12. En unidad coronaria aspirina 95.2 vs 90%, p=ns; clopidgrel 85.8 vs 75%, p=ns; beta bloqueantes 69.2 vs 37,5%, p=0,06; nitroglicerina 54.2 vs 50%, p=ns; HNF 53.3 vs 75%, p=ns; IECA 68.9 vs 75%, p=ns; diuréticos 22.5 vs 50%,p=ns; estatinas 94.2 vs 62.5, p=0.001; espironolactona 16.7 vs 37.5, p=ns; omeprazol 17.5 vs 62.5%, p=0.002; inotrópicos 5.9 vs 37.5, p=0.001. Al alta: spirina 91.5 vs 50%,p=0.001; clopidogrel 77.5 vs 2.1%, p=ns; beta bloqueantes 85.8 vs 66.7, p=ns, IECA 88 vs 86%, p=ns; estatinas 96.7 vs 50%, p<0.001; omeprazol 24.2 vs 16.7%, p=ns.
Conclusiones: los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio en su mayoría reciben angioplastia, en la emergencia los pacientes reciben aspirina y NTG; la carga de clopidogrel es dada en UCIC, hay amplio uso de HNF y estatinas. Se observa que un quinto de pacientes son medicados con omeprazol a pesar de recibir clopidogrel y un amplio uso de aspirina, betabloqueantes y estatinas al alta.

170 Terapia de Resincronización Cardiaca: Seguimiento Clínico y Ecocardiográfico

Suárez, ML; Argüello, R; Nievas, P; Rosset, G; Gigena, A; Simondi, H; Velarde, JL; Martellotto, R
Unidad Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La Insuficiencia cardíaca (IC) presenta una gran morbimortalidad. Últimamente se incursionó en terapias eléctricas como la resincronización cardíaca, cuyo beneficio en la calidad de vida y mortalidad se han demostrado en diferentes trabajos.
Objetivo: Analizar los resultados en pacientes (p) de nuestra institución a través del seguimiento por ECG, ecocardiograma y clínico.
Materiales y métodos. Estudio retrospectivo de datos de historias clínicas de los últimos 14p a quienes se les implantó un resincronizador en los últimos 2 años en la institución.
Resultados: Se incluyeron 14p, con edad promedio de 67,4 años; 10p de sexo masculino y 4p femenino con IC CF III (57,1%) y IV (42,9%) por miocardiopatía dilatada isquémica (10p) y no isquémica (4p). Posterior al implante del resincronizador un 57% quedó con CF I, 21% en CF II y 21% en CF III, dividiéndose en respondedores (R) (72%) y No R (28%). Por ecocardiograma se demostró un diámetro ventricular diastólico y sistólico medio de 6,58 cm y 5,68 cm respectivamente, Fracción de Eyección (FEy) media de 38,6% e Índice de Tei 0,46.Luego del implante se objetivó medias del diámetro diastólico de 6,98 cm, sistólico de 5,6 cm, FEy de 41,23 e Índice de Tei 0,3.En el ECG se midió el complejo QRS medio de 162,3 ms previo al implante, y posterior al mismo, 146,15 ms. Solo en el grupo de los respondedores cuyo diámetro diastólico medio fue de 7,18 cm y sistólico 6,1 cm previo al implante y, posterior diastólico 7,06 cm y sistólico 5,9 cm, resultó en una diferencia estadísticamente significativa (p=0,014).También en este grupo resultó que la diferencia entre la duración del QRS promedio pre (164,28ms) y post implante (148,57ms) fue estadísticamente significativa (p=0,009). La FEy no resultó con diferencia significativa pre y post implante en ninguno de los dos grupos.
Conclusión. La terapia de resincronización cardíaca se constituyó en una opción eficaz para el tratamiento de la IC CF III-IV con tratamiento médico completo.

171 Sildenafil en HTP Secundaria a Insuficiencia Cardiaca

Fassi, ME; Espeche, JL; Fürst, M; Moreno, P; Simondi, H; García Brasca, D; Martellotto, R
Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: En estadios avanzados de ICC es habitual encontrar HTP, la cual responde a distintos mecanismo fisiopatológicos. El uso de sildenafil podría resultar beneficioso.
Objetivos: Evaluar clase funcional y rehospitalizaciones y mortalidad. Evaluar seguridad, efectos hemodinámicos y clínicos
Materiales y métodos: En el Hospital Italiano de Córdoba, en el período comprendido entre enero de 2008 y julio de 2009 se analizaron 12 pacientes portadores de HTP secundaria a ICC, clase funcional III con tratamiento farmacológico máximo optimizado (IECA, BB, Antialdosterónico) a los cuales se les instauró sildenafil 75 (50 a 150) mg/día promedio y se evaluó a los 3, 6, 9 y 12 meses mediante controles clínicos y ecocardiográficos bidimensional y doppler.
Resultados: se evaluó clase funcional en cada período, objetivándose mejoría desde los tres meses. El 66% de los pacientes redujo su clase funcional a II y el 25% a I y sólo el 8,3% no toleró el tratamiento. Hubo una reducción promedio de 20 mmHg luego de la instauración del sildenafil.
Conclusión: el tratamiento con sildenafil en estos pacientes es una alternativa, con mejoría de la clase funcional, pero aún faltan estudios que demuestren beneficios y pronóstico a largo plazo.

173 Correlación entre Índice de Tei y Onda E´ del Doppler Tisular con la Biopsia Endomiocárdica en Pacientes Post Trasplante Cardíaco

Argüello, R; Fassi, ME; Robles, M; Moreno, P; Gigena, A; Espinosa, G; Simondi, H; Pieroni, M; García Brasca, D; Martellotto, R
Ecocardiografia, Servicio Cardiologia, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

El transplante cardíaco (Tx) es un tratamiento aceptado en pacientes (ptes) con insuficiencia cardíaca terminal. La biopsia endomiocárdica (BEM) es el gold estándar como diagnóstico precoz de rechazo agudo. El índice de Tei y la valoración de la función diastólica por el doppler tisular (E´) han sido propuestos como posibles predictores.
Objetivos: Análisis retrospectivo de la relación entre índice de Tei y doppler tisular con el grado de rechazo en la (BEM).
Material y Métodos: Se analizó 41 ptes que recibieron Tx cardíaco entre 1998 y 2008 en nuestra institución.31 ptes de sexo masculino con edad promedio de 42,4 años. Los criterios de exclusión fueron: fibrilación auricular, bloqueo A-V y mala ventana acústica. Se realizaron controles post Tx, usando como variables el rechazo inmunológico de la BEM según la ISHLT, el Índice de TEI y onda E´ del doppler tisular según las guías de la ASE. Cada grupo se dividió en dos subgrupos de acuerdo al valor normal del índice de Tei, subdividiéndose a su vez de acuerdo a los resultados de las BEM obtenidos. Los datos cuantitativos en los subgrupos paralelos de cada uno de los 2 grupos se compararon con la prueba de Chi cuadrado. De la misma manera se procedió con los resultados de la onda E´.
Resultados: Al analizar el índice de Tei/BEM, se obtuvo una diferencia significativa en aquellos pacientes en quienes la BEM fue de grado cero (p= 0,037).En los demás grados de BEM la diferencia no fue significativa. Cuando se analiza el grupo onda E´ del doppler tisular/BEM se obtuvo una diferencia significativa en el número de ptes con BEM grado cero entre el grupo E´ normal y anormal (p= 0,046).En el resto de los subgrupos de BEM no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de valor E´ normal y anormal.
Conclusión: Se objetivó una relación estadísticamente significativa entre quienes presentaban BEM anormal con índice de Tei anormal, como también en el grupo de BEM y Tei normal. En el grupo BEM/ E´ esto no se objetivó.

175 Isquemia en Pacientes con Sincope

Rojo, J; Vega Hidalgo, J; Mujica, R
Cardiología Nuclear, Medicina Nuclear, Clínica Viedma, Viedma, Río Negro, Argentina

Objetivo: Evaluar e identificar por percusión miocárdica SPECT (PM) isquemia en pacientes (p) que presentaron como síntoma primario sincope.
Material y método: Análisis prospectivo de 35p que presentaron sincope el mes previo, derivados para PM SPECT gatillado. Se analizaron factores de riesgo cardiovascular (FRC), antecedentes personales (AP), ergometría (PEG) y PM. La PM se analizó con modelo de 17 segmentos, clasificando los defectos en fijos, reversibles y parcialmente reversibles. Se estratificó riesgo por Score de suma de la diferencia (SSD) en bajo menor de 6%, moderado-alto riesgo 7 %o más del ventrículo izquierdo.
Resultados: Edad media 63+-11 años (42-84); sexo masculino 24p (68,6%); hipertensión arterial 21p (61,8%); dislipemia 4p (41,2%); tabaquismo 20p (58,8%); diabetes 9p (25,7%); estrés 12p (35,3%); sobrepeso 13p (38,2%); sedentarismo 19p (55,9%). Infarto previo 2p (5,9%); revascularización miocárdica 1p (2,9%); disfunción ventricular 3p (8,5%). Electrocardiograma anormal 16p (45,7%); PEG positiva por síntomas 1p (2,9%); PM anormal 9p (25,1%): Defectos fijos 3p (8%); defectos reversibles 6p (17%). Bajo riesgo 32p (91%); moderado-alto riesgo 3p (9%). Fracción de eyección reposo 63+- 15%.
Conclusiones: En la población analizada predomino el sexo masculino, observándose alta prevalencia de FRC. La PEG presento baja sensibilidad para detección de isquemia. La perfusión miocárdica detecto una elevada cantidad de pacientes con fenómenos isquémicos que habían padecido un sincope y tenían múltiples factores de riesgo. No se observaron predictores clínicos ni PEG para identificar defectos de perfusión.

180 Características y Evolución Intrahospitalaria de Pacientes Sometidos a Cirugía Cardiaca en un Hospital Público de Bahía Blanca

Onetto, L; Cura, G; Rocca, F; Fernández Keller, P; Ramallo, G; Budassi, N; Barrio, JP; Moya, C
Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Dr. José Penna, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El 31 de Mayo de 2006, se realizó la primera cirugía cardiovascular (CCV) en el Hospital Dr. Penna. Con el propósito de analizar el trabajo realizado, se confeccionó un registro estadístico.
Objetivo: Analizar características y evolución intrahospitalaria de pacientes sometidos a CCV.
Materiales y Métodos: Estudio restrospectivo observacional. Mediante el programa Epi Info, se analizaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes ingresados en Unidad de Recuperación Cardiovascular entre mayo de 2006 y mayo de 2009. Población: pacientes sometidos a CCV. Se realizó un análisis descriptivo de variables relacionadas con características demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRC), procedimiento realizado y evolución intrahospitalaria.
Resultados: Se incluyeron 96 pacientes, 76 hombres y 20 mujeres. La edad promedio fue 54,5 +- 11,4 años. Del total de cirugías, 60 correspondieron a revascularización miocárdica, 26 reemplazos valvulares, 4 combinadas, 5 Cardiopatías Congénitas y 1 Disección Aórtica. La media de días de internación fue de 10 +- 4,2. Circulación extracorpórea en el 93 (97%) de las cirugías, con un promedio de 111 +- 34 min. de duración de la misma, y 76 +- 26 min. de clampeo aórtico. La distribución de los FRC fue: Diabetes 28,1%, Dislipemia 45,8%, Hipertensión Arterial 72%, Tabaquismo 23%. 5,2% presentaban Fibrilación Auricular y 27,1% IAM previo. La fracción de eyección promedio fue 56,6 +- 12,3%; <30% en 3,2%, entre 30 y 50 % en 28,4% y >50% en 68,4%. Las complicaciones intrahospitalarias fueron: IAM perioperatorio 3,1%, Mediastinitis 6,3%, bajo gasto cardíaco 16,7%, sepsis 9,4%, sangrado quirúrgico 2,1%, otras 15,6%. Requirieron BCIA 7,3%, inotrópicos más de 24 horas 19,8% y traqueostomía 7,3%. La mortalidad intrahospitalaria global fue 10,4%.
Conclusiones: Evaluando los resultados obtenidos para las 96 primeras cirugías, la mortalidad y complicaciones registradas son similares a registros nacionales.

181 Influencia de N-Acetil Cisteína sobre la Nefropatía por Contraste en Pacientes de Bajo Riesgo Renal Sometidos a Cinecoronariografía

Skibicki, J; Muntaner, J; Chain, S; Felman, G; Ochoa, V; Piredda, A; Abdo, L
Residencia, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Coordinación, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introduccion: La nefropatía por contraste (CIN) es una complicación reconocida luego de una angiografía coronaria (CCG). Ha sido asociada con hospitalizaciones prolongadas, eventos clínicos adversos y mayor costo. Además de una adecuada hidratación y uso de contrastes de baja osmolaridad, la evidencia sobre el uso de N-acetil cisteína (NAC) para prevenir esta condición ha sido controvertida.
Objetivos: Determinar la efectividad de la (NAC) en la prevención de la (CIN) en pacientes que van a ser sometidos a CCG.
Material y métodos: Se incluyó una serie de casos consecutivos de 140 pacientes de bajo riesgo renal, definidos con creatinina plasmática menor de 2 mg/dl, sometidos a CCG. A 66 se les administró 1200 mg de (NAC) previo al procedimiento y 1200 mg 24 hs post-procedimiento y a 75 controles no se les administró dicha droga. Se definió a la CIN cuando los niveles de creatinina se elevaran 0,5 mg/dl a las 24 hs de la toma basal. Se analizaron las variables cuantitativas con estadística descriptiva y se realizaron las comparaciones entre los grupos con el test de Mann Whitney. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias <0.05.
Resultados: En los 66 pacientes que fueron intervenidos se les administró (NAC) en las dosis mencionadas, no se demostró CIN, y el promedio de los valores de creatinina basales fueron de 1,26 mg/dl y 1,33 mg/dl a las 24 hs, con un aumento global total de 6% respecto a los valores basales. Y en los 75 pacientes controles que fueron intervenidos no se les administró (NAC) en las dosis mencionadas, en ninguno de ellos se demostró CIN, y el promedio de los valores de creatinina basales fuero de 1,21 mg/dl y 1,36 mg/dl a las 24 hs, con un aumento global total de 11% respecto a los valores basales. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, p=NS.
Conclusiones: este trabajo no encontró diferencias significativas entre los pacientes sin nefropatía sometidos a CCG entre los tratados con NAC y el grupo control.

182 Factores de Riesgo Cardiovascular en Médicos Argentinos

Flichtentrei, D; Ortiz, Z; Prats, M; Luna, D
IntraMed, Contenidos, IntraMed, Olivos, Buenos Aires, Argentina / Epidemiología, Academia Nac. Medicina, CIE, CABA, Buenos Aires, Argentina

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un grave problema de salud pública por ser la primera causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En Argentina, existen reportes acerca de la prevalencia de factores de riesgo en población general. Con el objetivo de estimar la frecuencia de autoreporte de factores de riesgo cardiovasculares en médicos argentinos y compararlos con la población general; se realizó un estudio de corte transversal mediante una encuesta electrónica basada en Web. La encuesta fue respondida por 3347 médicos argentinos de diversas especialidades. Género: 43.4% mujeres y 56.6% varones. Del total de factores indagados (sobrepeso, sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, alcohol, tabaco y estrés), la hipercolesterolemia, sobrepeso y sedentarismo fueron significativamente mayores en la población médica que en la población general. El tabaquismo y la diabetes fueron significativamente menores en la población médica. La hipertensión arterial y la obesidad fueron similares en ambos grupos. También se observó que un porcentaje mayor al 50% trabaja más de 40 horas semanales y duerme 6 hs. o menos diariamente.

186 Monitoreo Hemodinámico en la Unidad Coronaria: ¿Útil o Fútil?

Echeverria, RF; Reyes, ML; Chuquel, CH; Lange, JM; Villegas, ED; Alvarez, OD; Babi, CA; Coronel, ML; Macin, SM; Perna, ER
Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Servicio de Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: El catéter de Swan Ganz (CSG) es una herramienta actualmente cuestionada para el manejo de pacientes admitidos a Cuidados Intensivos.
Objetivos: Evaluar las indicaciones, técnica, complicaciones, modificaciones en los parámetros y el tratamiento en pacientes que requieren monitoreo hemodinámico.
Métodos: estudio observacional que incluyó 80 pacientes admitidos a Unidad Coronaria (UCIC) a quienes se colocó un CSG entre 01/2009 y 02/2010 (67 casos retrospectivos y 21 prospectivos).
Resultados: La edad fue de 68±11 años, 68% de sexo masculino, 56% con cardiopatía isquémica. Las indicaciones más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca 41%, infarto 32% y sepsis 17%. El 93% de CSG se colocaron en UCIC y el acceso inicial fue yugular en 79% (56% derecha) y femoral 19%. El número de punciones fue de 2,2±0,1. El tiempo de colocación fue 32±27min, con un tiempo de permanencia de 1,9±0,9 días y un número de mediciones de 15±10. Ocho pacientes presentaron complicaciones y 20 murieron en la internación. Las determinaciones hemodinámicas basales y finales fueron presión arterial sistólica 107 y 104 mm de Hg (p=ns) presión de aurícula derecha 11 y 3,6 mmHg (p=0,002), presión capilar pulmonar 21 y 15 mmHg (p<0.001) Índice cardíaco 2 y 2,8 l/min/m2 (p=0.009) resistencia sistémica 1656 y 1465 dinas (p=0.009). El tratamiento endovenoso incluyó nitroprusiato 23%, nitroglicerina 19%, dobutamina 30%, dopamina 28%, norepinefrina 16%, furosemida 43% y levosimendam 3%.
Conclusion: La colocación de un CSG bajo indicaciones precisas es técnicamente factible, con una tasa de complicaciones aceptable en pacientes de alto riesgo. En estas condiciones es una herramienta útil para lograr objetivos clínico-hemodinámicos adecuados.

187 Valor de los Criterios Electrocardiográficos Comparados con los Ecocardiográficos para Diagnóstico de Sobrecarga de Cavidades Derechas

Fleitas Páez, M; Echeverría, RF; Laurino, RP; Parras, JI; Chuquel, CH; Comisario, RF; Álvarez, OM; Babi, CA; Escalante, JM; Reyes Prieto, ML
Cardiología, Servicio de Ecocardiografía, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: Los criterios electrocardiográficos de sobrecarga de cavidades derechas fueron descritos clásicamente en la década del 70´. La ecocardiografía permite su diagnóstico mediante parámetros usualmente poco utilizados.
Objetivos: Determinar la sensibilidad de los patrones electrocardiográficos para el diagnóstico de sobrecarga de cavidades derechas.
Material y Método: Análisis prospectivo observacional. Se identificaron 50 pacientes en los que se determino la presencia de sobrecarga de cavidades derechas mediante ecocardiografía utilizando: medición en eje largo paraestenal izquierdo >35 mm en modo M, TAPSE< 20mm, diámetro de VD>VI en 4 cámaras, Pico S < 20 mm, Fey del VD 35%, Presión sistólica de la pulmonar > 35 mmHg. Se realizó posteriormente ECG a todos los pacientes en los cuales se determinó SVD tomando en cuenta los criterios clásicos de SVD. La sensibilidad para la determinación fue: R en V1 > 0.7 (30.6 %), QR en V1 (42.9 %), R/S V1>1+R >0.5 (10.2 %), eje>90° (65.3%), P pulmonar (44.9 %), qR o R + T (-) (46.4 %), Rs con T (-) (12.29%), RS con T (+) (100 %), QS (14 %). De los identificados el 20% tenían diagnóstico de Hipertensión pulmonar primaria.
Conclusión: Los criterios clásicos en ECG para determinación de sobrecarga de cavidades derechas tienen baja sensibilidad para su determinación.

188 Compromiso Vascular Renal en el Seguimiento de Aneurismas Aorta Abdominal post Reparación Endovascular

Costantini, R; Telayna, J; Etcheverry, R; Pataro, M; Turco, E
Hemodinamia, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina / Cirugía Vascular, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Dentro de las eventualidades tardías en pacientes (pts) tratados por aneurisma de aorta abdominal (AAA) excluido con endoprotesis endovasculares, se encuentra el compromiso vascular arterial renal. Esta puede surgir como lesión de novo; compromiso directo o migración proximal del graft que cubre el ostium del vaso renal. Algunos han informado una tasa de 6% y su abordaje terapéutico no está bien establecido.
Objetivo: determinar la incidencia de compromiso arterial renal en el seguimiento de pts con exclusión endovascular de AAA.
Materiales y métodos: sobre 26pts presentaron: edad promedio de 66 años; varones 23pts, diabetes 5pts; ex tabaquistas o tabaquistas actuales 23pts; antecedentes familiares de enfermedad vascular aórtica 1pt; comorbilidades 20pts como ser: deterioro severo de la función ventricular izquierda 2pts; enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa 5pts; insuficiencia renal 6pts. Los aneurismas de aorta abdominal fueron de tipo A: 12pts, tipo B: 5pts, tipo C: 6pts y de tipo D: 3pts. Se implantaron las prótesis endovasculares en forma electiva en 25pts y de urgencia en 1pt. El landing protésico fue suprarrenal en 10 pts e infrarrenal 16 pts. Se implantaron prótesis bifurcadas en 25 pts y aorto-monoiliacas en 1 pte. Se requirió el implante de un dispositivo adicional (cuff o stent Palmaz) en 3 pts. Se obtuvo éxito clínico (implante de la endoprótesis en la posición blanco sin enloleaks tipo I o III, infección, trombosis o migración del graft, ruptura del aneurisma, conversión a cirugía abierta o muerte) en 26ptes. Se logro un seguimiento de 25 ptes con un promedio de 16 meses donde se evidenció compromiso arterial renal en 1 pt (3.8%) que requirió una intervención endovascular con stent por presentar deterioro del filtrado glomerular.
Conclusión: El compromiso vascular renal en pts pos implante de endoprótesis aortica tuvo una baja incidencia, no estando relacionado a los pts que requirieron cuff o stent aórtico adicional.

189 Síndromes Aórticos en el Servicio de Emergencias: Características Basales y Formas de Presentación

Barrios, AL; Álvarez, OD; Babi, CA; Parras, JI; Fernández, EG; Querencio, O; Fleitas Páez, M; Giménez, C; Comisario, RM; Escalante, JM
Cardiología, Servicio de Emergencias, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Servicio de Ecocardiografía, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: Los síndromes aórticos agudos (SAA) presentan elevada mortalidad en la fase aguda. La sospecha clínica y diagnóstico temprano, podrían reducirla.
Objetivos: describir el perfil clínico y la forma de presentación de los pacientes con síndrome aórtico agudo que consultan al servicio de emergencias del Instituto de Cardiología de Corrientes (ICC).
Material y Métodos: Análisis retrospectivo observacional de pacientes que ingresaron por SAA desde el 01/01/2004 al 30/06/09 al ICC.
Resultados: Se incluyeron 72 pacientes con SAA. La edad media fue de 58+/-11 años, siendo el 73,6% sexo masculino. Entre los factores de riesgo más importantes: 87,5% hipertensión arterial, 19,4% dislipidemia, 31.9% tabaquista, 8,3% cardiopatía isquémica. Se presentaron con una TAS al ingreso 161+/-50 mmHg, TAD 88 +/- 26 mmHg. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor precordial (45%), seguido de dolor interescapular (18,1%). El 86% presento ECG anormal, 71% correspondió a sobrecarga de cavidades izquierdas. En la Rx 50% presentó mediastino ensanchado. En el 24% de los casos se identificó soplo diastólico nuevo. La tomografía se utilizó en 66%, la Resonancia Magnética en 15,3%. La Disección tipo A se presentó en 21p, (29,2%), Disección tipo B 22 p. (30%), Hematoma tipo A 5p (6.9%), Hematoma tipo B 14 (19,4%). La cirugía se utilizo como tratamiento en el 30% de los pacientes. El tratamiento médico incluyó betabloqueantes en 66,6% ptes, nitroprusiato en 62% ptes. La mortalidad global intrahospitalaria fue del 15%.
Conclusión: Los pacientes con Síndrome Aórtico Agudo son mayormente varones, con antecedente de hipertensión arterial. El dolor torácico es la forma de presentación más frecuente, correspondiendo la mayoría a disección B.

199 Eventos Arrítmicos en Pacientes con Cardiodesfibrilador y Tratamiento con Amiodarona

Pantich, RE; Manzolillo, HS; Mauriño, R; Ruveda, SM; Álvarez, O; Reyes, ID; Perna, ER; Pozzer, DL
Arritmias, Arritmias, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La amiodarona es reconocida por su efecto antiarrítmico en ensayos controlados de pacientes con arritmias malignas.
Objetivo: comparar el efecto del pre tratamiento con esta droga en los eventos arrítmicos luego del implante de un cardiodesfibrilador (CDI).
Método: Se analizaron en forma retrospectiva las variables clínicas de 104 pacientes consecutivos (89 varones, edad 59±14 años, 65 % cardiopatía isquémica) que requirieron el implante de cardiodesfibriladores en un único centro entre 01/01/1994 y 31/12/2008. Los pacientes fueron separados en dos grupos: Grupo A (GA): aquellos que se encontraban tratados con amiodarona previamente al implante; y Grupo B (GB): aquellos que no.
Resultados: Los GA y GB fueron comparables excepto por el uso de betabloqueantes, que fue mayor en GA (77 vs 23 % p=0.019) En los grupo A y B el umbral de desfibrinación al momento del implante fue de 16.7 (±4.7) vs 15.3 (±1.5) p=0.047, las terapias apropiadas fueron 18.5 vs 38.5% p=0.024, las inapropiadas 20 vs 38.5% p=0.04, y la necesidad de recambio del dispositivo que fue 20 vs 53.8 % p<0.001. La supervivencia libre de terapia apropiada fue similar en ambos grupos 55.8 vs 44.2% p=ns.
Conclusión: La amiodarona administrada previo al implante de un CDI se asoció a menor número de terapias apropiadas e inapropiadas y a una menor necesidad de recambio del dispositivo sin cambios significativos en la supervivencia libre de eventos.

200 Variables Predictoras de Eventos en Pacientes con Cardiodesfibrilador

Pantich, RE; Manzolillo, HS; Mauriño, R; Álvarez, O; Ruveda, SM; Reyes, ID; Perna, ER; Parras, J; Pozzer, DL
Arritmias, Arritmias, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción y Objetivos: Evaluar un score para predecir el punto final combinado de muerte o terapias apropiadas (efc) en una población de pacientes con cardiodesfibrilador automático implantable (ICD) de un centro.
Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva las variables clínicas de 104 pacientes consecutivos (89 varones, edad 59±14 años, 65 % cardiopatía isquémica, 87.5% prevención secundaria) que requirieron el implante de cardiodesfibriladores en un único centro entre 01/01/1994 y 31/12/2008. Se utilizó un score de riesgo que incluye 7 variables clínicas (Clase funcional mayor a II, fibrilación auricular, ancho de QRS mayor a 120 ms, edad mayor de 70 años, Insuficiencia Renal, Taquicardia Ventricular inducible e Historia de Insuficiencia Cardiaca) para evaluar el evento combinado efc. Se realizó un análisis con curva ROC para determinar el número de variables del escore con mayor sensibilidad y especificidad y posteriormente se analizó la sobrevida de la población que posee o no dicho número de variables.
Resultados: Luego de un periodo de seguimiento promedio de 3.8 años (±3.5) se observó una ocurrencia del evento efc en 41 pacientes (39.4%) Se observó la mayor sensibilidad y especificidad con 2 o más variables del score, presente en 35 pacientes (33.5% de la población total). La sobrevida en los pacientes con más de dos variables fue significativamente inferior 2.66 vs 5.07 años p=0.001
Conclusión: En la población analizada es posible predecir el evento de muerte o terapia apropiada con tan solo 2 variables clínicas de un score de 7.

201 Insuficiencia Cardíaca en el Infarto Agudo de Miocardio: Una Complicación Todavía Frecuente y con Mal Pronostico

Perna, ER; Macin, SM; Álvarez, OD; Echeverría, FR; Reyes, ML; Lange, J; Chuquel, C; Villegas, ED; Coronel, ML; Fleitas, M
Cardiología, Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica, Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Cardiología, Servicio de Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

A pesar de las nuevas opciones para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMST), la insuficiencia cardíaca (IC) constituye un problema clínico común en Unidad Coronaria.
Objetivo: Evaluar la incidencia, variables asociadas y pronóstico a corto y largo plazo de la IC que complica el IAMST.
Método: Estudio observacional, prospectivo de pacientes consecutivos admitidos por IAMST en el período 02/08-09/09, con un seguimiento de 209±160 días. La IC durante la internación se definió clínicamente por la clasificación del sujeto como Killip 2-3 (disnea, rales pulmonares, tercer ruido, ingurgitación yugular > 6 cm, congestión venosa o edema de pulmón en la Rx).
Resultados: Durante la internación 42 (32%) pacientes desarrollaron IC. El grupo con y sin IC difirieron en edad (63 y 58 años, p=0.016), dislipidemia (67 vs 39%, p=0.002), tabaquismo (24 vs 46%, p=0.014). La frecuencia cardiaca fue mayor en el grupo con IC, 94 vs 76 lpm, p<0.0001. El electrocardiograma de los pacientes con IAMST e IC mostró mayor sumatoria del ST, 15 mm vs 9 mm, p<0.0001 y más frecuentemente localización anterior, 67 vs 42%, p=0.008. Los biomarcadores mostraron valores más elevados en el grupo que desarrolló IC: troponina T 5.8 vs 3.4 ng/ml (p=0.048), ProBNP 3571 vs 1602 pg/ml (p=0.009) y CKMB 328 vs 193 U/L (p=0.007), así como la creatinina 1.18 vs 1.02 mg/dl (p=0.004). Los pacientes con IC presentaron mayor necesidad de respirador (14 vs 0%, p=0.001), Swan Ganz (31 vs 2%, p<0.0001) y evolucionaron más hacia el shock cardiogénico (24 vs 3%, p=0.001). No se observaron diferencias significativas respecto al uso de cinecoronariografia y angioplastia entre los 2 grupos. La supervivencia a los 18 meses fue significativamente menor en el grupo con IC, 83 vs 95% (log rank test p=0.039).
Conclusión: La IC complicando el IAMST es una entidad frecuente, presentando peor perfil clínico, hemodinámico y de laboratorio, lo que se asocia a menor supervivencia a los 18 meses.

205 Aparición de Efectos Deterministicos en Pacientes Sometidos a Cateterismo Cardiaco a Una y Dos Semanas de Seguimiento

Ponce, J; Rodriguez-Alemparte, M; Hermida, M; Santoro, L; Martínez, J; Bernardi, V
Hemodinamia, Hemodinamia, Clínica del Sol, Capital Federal, Capital Federal, Argentina

Objetivos: Evaluar la dosis de radiación (DR) que reciben pacientes (p) que son sometidos a Cinecoronariografía (CCG) y Angioplastía coronaria (ATC.), analizando la aparición de efectos deterministicos (ED) a la semana y a las 2 semanas de seguimiento.
Material y Método: Se seleccionaron al azar 25 p que fueron sometidos a CCG o ATC, o ambas, en los cuales se utilizaron placas dosimétricas Radiocrómicas GAF CHROMIC XR 14 x 17 ", midiendo la DR recibida en los distintos procedimientos. Ente los antecedentes que predisponen o aumentan la posibilidad de presentar efectos dérmicos de la radiación, se analizaron: procedimientos anteriores, Diabetes, Enfermedades Autoinmunes del Colágeno y antecedentes de Alergias. Se realizó seguimiento en consultorio a la semana y telefónico a las 2 semanas para determinar la aparición de ED.
Resultados: El promedio de Tiempo de Fluoroscopia (TF) fue de 11,63 minutos, tanto para CCG, ATC y la combinación de ambos; siendo el mismo un tiempo bajo para procedimientos endovasculares, lo cual se asocia con una baja DR que recibe el p, como así también el grupo médico en la sala. En el seguimiento a la semana y a las 2 semanas no se observaron ED en los pacientes.
Conclusiones: En la presenta muestra de p, no se observó la aparición de ED a la semana y a las 2 semanas de seguimiento, estando esto relacionado directamente con los TF utilizados.

209 Relevamiento de las Pruebas Ergométricas Graduadas en la Ciudad de Rosario durante el Año 2008

Ferro, G; García Orsetti, G; San Dámaso, E; Beloscar, J; San Dámaso, J; Dumont, C; Aparicio, M; Céspedes, A; Bonelli, J; Pollice, J
Ergometría y Rehabilitación CV, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, Rosario, Santa Fe, Argentina / Ergometría, Servicio de Cardiología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: A través de este relevamiento, se propone conocer y describir sobre la situación actual de las pruebas ergométricas graduadas (PEG) realizadas en la ciudad de Rosario.
Objetivos: Relacionar y analizar los datos surgidos de estas pruebas.
Material y Métodos: Se trata de un estudio observacional durante 6 meses de una población de siete centros asistenciales, tanto públicos como privados, de la ciudad de Rosario, desde mayo a octubre del 2008. Se realizó una prueba ergométrica graduada de acuerdo a las condiciones de cada laboratorio de ergometría.
Resultados: Se analizaron los registros de 2074 PEG realizadas. Con respecto a las características de la población la mayoría fueron hombres (58%) y la edad promedio fue de 50 años (desvío estándar 16 años) con un rango de 4 a 86 años. El grupo etáreo al que más frecuentemente se le pidió la Ergometría, fue el de 50 a 70 años, tanto en hombres como en mujeres (47%). Con respecto al tipo de Ergómetro, la banda deslizante fue la más frecuentemente utilizada (70%), mientras que el cicloergómetro en un 30%. Con respecto a los motivos de indicación de la Ergometría y sus frecuencias respectivas, la indicación más frecuente fue la de evaluativa en sanos (60%). La gran mayoría de las PEG fueron normales (78%) y la Capacidad Funcional promedio fue de 8,7 METS. No se registraron complicaciones mayores.
Conclusiones: La edad promedio fue de 50 años; el Protocolo de Bruce fue más frecuentemente utilizado en hombres, jóvenes y sanos, mientras que el de Naughton en mujeres, personas mayores y enfermos; la PEG fue subutilizada como parte de la UDP y en el IAM pre alta, así como también en las personas mayores de 70 años; en el medio privado la mayoría de las PEG se solicitan a pacientes sanos, ocurriendo lo contrario en el medio público. La PEG sigue siendo un método simple, confiable, útil, de bajo costo y seguro.

213 Síndrome Coronario Agudo y Glóbulos Blancos

Piredda, A; Escalante, P; Muntaner, J; Sckibiki, J; Serrano, A; Chain, S; Luciardi, H
Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: El concepto de una relación directa entre inestabilidad de placas ateromatosas coronarias y fenómeno inflamatorio es un campo de investigación creciente. La elevación del recuento de leucocitos en pacientes con diagnóstico de Infarto agudo de miocardio demostró en múltiples estudios previos, peor pronóstico. Se consideró este aumento como factor pro coagulante, con el riesgo de sufrir eventos coronarios mayores.
Objetivos: 1- Valorar la relación del recuento leucocitario con mortalidad intrahospitalaria e IAM a 30 días en pacientes con SCA con y sin supradesnivel del ST. 2- Relacionar los valores de glóbulos blancos con los de troponina T en la misma población.
Material y métodos: Estudio prospectivo de corte transversal que evaluó 100 pacientes consecutivos internados en UCO con diagnostico de SCA entre los meses de Abril de 2008 a junio de 2009. Fueron criterios de exclusión: Enfermedades inflamatorias sistémicas, neoplasias, síndrome general infeccioso.
Resultados: en 30%de los SCA hubo leucocitosis > 10000. 24% de los IAM tuvieron elevación del ST, con leucocitosis en el 54% de los casos. El 76% de los SCA no tuvieron elevación del ST, de los cuales solo el 17% tuvo leucocitosis >10000. El punto final combinado IAM y muerte se presentó en 4 pacientes con leucocitosis versus 5 en el grupo sin leucocitosis. 71% de los pacientes presentaron troponina positiva (>0,03)
Conclusiones: No hubo diferencias significativas en IAM y muerte a 30 días en relación a los valores de recuento leucocitario. Hubo 86% de troponina positiva en el grupo con leucocitosis >10000.

214 Prevalencia de Hallazgos en un Screeneng Precompetitivo de Deportistas Aparentemente Sanos

Vilchez, A; Plastino, M; Rio, A; Erriest, J; Camilletti, J; Arregui, V
Ergom/med dep, Servicio Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Ecocardiografía, Servicio Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Medicina Nuclear, Servicio Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción. Diferentes entidades han tratado con sus recomendaciones, disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares que impliquen un riesgo de muerte para el deportista o riegos para terceros. Con este fin se han publicado recomendaciones a modo de screening previo a la realización de un plan de ejercicio programado. La Unión de Rugby de Buenos Aires ha impuesto como norma la realización de una serie completa de estudios clínicos y de laboratorio a fin de identificar cualquier tipo de anomalía antes de la entrada al campo de juego.
Objetivos. Establecer la utilidad de una batería de test clínicos y de laboratorio en un club de rugby platense.
Material y métodos. Se estudiaron 366 jugadores amateur de todas las divisiones. De ellos, todos pasaron aptos la primera etapa que incluía examen clínico cardiológico y electrocardiograma de doce derivaciones. En una segunda etapa se les solicitó para cumplimentar los requerimientos: análisis de sangre, radiografía de tórax, radiografía de columna cervical, ecocardiograma y ergometría.
Resultados. De los 366 deportistas ninguno manifestó antecedentes familiares de muerte súbita o enfermedad coronaria precoz. La edad promedio fue 19,1±4,6; índice de masa corporal 25,2±4,0; colesterol total 149,8±26,2; triglicéridos 77,4±44,9; Índice de Torg (en Rx cervical) 1,02±0,1; parámetros ergométricos: frecuencia cardíaca máxima (FCM) alcanzada 171,3±11,1; siendo el 85,1±5% de la FCM; presión arterial máxima 177,9±20,7mmHg. Datos ecocardiograficos: aurícula izquierda 34±3,7mm, Septum IV 10,3±1,16; diámetro diastólico/sistólico VI 47,8±3,7/30,9±3,3; fracción de eyección 63,3±5,4.
Conclusiones. Según las observaciones realizadas en una pequeña casuística, la realización d estudios más allá de un examen clínico cardiológico y ECG no demostró ser de utilidad para prevenir graves eventos como causa de patologías no detectadas.

215 Composición Esterolica de Aceites de Girasol y Oliva y su Relación con la Salud Cardiovascular

Moyano, PL; Luna, MC; Acosta, GA; Herrera, JA; Gómez, PE; Andrada, CA; Nieto, SI; Espinoza, VP; Catalán, CA; Sanagua, JO
Área Servicio Bromatología y Química, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca, Catamarca, Catamarca, Argentina

Introducción: Las sustancias grasas tienen conocidos efectos sobre el organismo que se alcanzan con una alimentación adecuada. Si se acepta que la dieta se considera fundamental para modular algunos factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, es necesario conocer la calidad de las sustancias grasas y la composición química de los alimentos. Con el objetivo de observar la relación con la salud cardiovascular, se determinó la composición de esteroles de dos aceites vegetales de origen argentino.
Metodología: Se comparó el perfil esterólico obtenido por cromatografía gaseosa en aceites de girasol y oliva varietal Coratina analizando los porcentajes (%) de cada fitoesterol en los respectivos aceites.
Resultados: Se encontraron los siguientes valores para los esteroles totales (ppm) y para los principales esteroles (porcentaje%) en los aceites en estudio: a) Girasol: esteroles totales (2250ppm); campesterol (8.89%); estigmasterol (6.92%); beta-sitosterol (51.07%) b) Oliva, varietal Coratina: esteroles totales (1392ppm); campesterol (3.26%); estigmasterol (0.74%).
Conclusión: Las diferencias obtenidas en la cantidad de fitoesteroles, presentes en los aceites analizados, permiten concluir que el aceite de oliva varietal Coratina se encuentra mejor posicionado como alimento saludable en relación a la enfermedad cardiovascular.

216 Pacientes que Ingresan por Sincope a UCO y Regla del Sincope de San Francisco (RSSF)

Núñez, P; Massarutti, C; Massa, R; Arregui, V
Sección Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El sincope constituye un motivo de consulta frecuente en la guardia y a su vez motiva la internación en situaciones determinadas. La Regla del Sincope de San Francisco (RSSF) utiliza 4 ítems que discrimina entre pacientes de bajo y alto riesgo facilitando la estratificación de los mismos.
Objetivos: Evaluar las características clínicas de los pacientes ingresados por sincope a UCO y evaluar cual ítem de RSSF predomina en la admisión de estos casos. Material: Se analizaron HC de los ingresos por sincope entre junio y diciembre de 2009.
Métodos: Se realizo análisis descriptivo de los ítems de la RSSF (ecg anl, historia ICC, disnea, hematocrito <30%, TAS <90) y otras variables como antec.de HTA, arritmia y uso de IECA-ARA.
Resultados: Entre junio y diciembre de 2009 hubo 943 ingresos a la UCO, 29 (3.07%) correspondieron a sincope (17 hombres (59%) y 12 mujeres (41%). La edad promedio fue de 72 años. El ítem más frecuente de la RSSF fue el ECG anormal (62%). Otros datos relevantes fueron el antecedente de HTA (58.62%), uso de IECA-ARA (51.72%) y la presencia de pródromos (44.83%).
Conclusión: El ítem más frecuente de la RSSF en nuestro medio hospitalario fue la presencia de ECG anormal. Las variables analizadas nos permiten concluir que los pacientes ingresados por sincope a UCO son añosos, tienen ECG anormal, alta prevalencia de HTA, antecedente de arritmia y uso de medicación vasodilatadora.

217 Utilidad del Sistema de Navegación Ensite Navx en la Ablación por Radiofrecuencia de Arritmias Complejas

Barja, L; Ortega, D; Logarzo, E; Montes, JP; Mangani, N; Turri, D; Hita, A
Serv. De Electrofisiología, Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina / Serv. de Electrofisiología, Cardiología, Clínica San Camilo, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Los Sistemas de navegación son utilizados hoy mundialmente. En 2008 comenzamos a utilizar el sistema En Site v6 7 y 8 en diversas patologías.
Objetivo: determinar efectividad del sistema en arritmias complejas o que han tenido un fracaso con método convencional. 62 pacientes fueron estudiados a la fecha de ingreso del abstract. 10 taquicardias auriculares (TA) ,13 ventriculares (TV) ,8 aleteos auriculares (AA), y 31 fibrilaciones auriculares (FA). 49 a.de edad media 85% hombres.
Resultados: TVidiopática fascicular izquierda con 4 ablaciones previas fallidas, exitosa. TV isquémica con CDI con corte y reaparición al mes. TA: 2 del seno coronario y 4 de la Crista Terminalis, 1 de vena cava superior, 4 de aurícula izquierda, efectivas. 8 FA crónicas, (68% pasaje a Ritmo sinusal) y sin recidivas, 23 FA paroxísta/persistente sin recidiva a la actualidad (dos con procedimientos previos).Complicaciones: 1 muerte por Fistula atrioesofágica (FA crónica y cirugía cardíaca previa) y 2 Aleteos auriculares izquierdos, una estenosis de vena pulmonar En todos los casos se realizó reconstrucción de anatomía, tiempo de activación en taquicardia (LAT), en algunos casos mapa de bajos voltajes para búsqueda de escaras y/o zonas de conducción lenta y ubicación de sitios de lesión en relación a la anatomía. En 50% de los pacientes con FA se realizó el Verismo de la AI asociado a resonancia y en subgrupo reconstrucción del esófago. El tiempo del procedimiento aumentó 60 minutos para la FA y 30 minutos para las otras arritmias.
Conclusión El sistema En Site fue útil y de gran utilidad para estos casos complejos. La incorporación de reconstrucción de esófago, fue muy útil para evitar aplicaciones cercanas al mismo teniendo en cuenta la complicación previa de FAV.

220 Conveniencia Del Control Cardiovascular Preventivo En Jóvenes Universitarios

Zapata, D; Martínez, R; Bertossi, G; Méndez Castells, L; Bratovich, C; Donelly Kehoe, P; Berns, C; Nicola Siri, L; Perrone, MS
Laboratorio de Fisiología y Biofísica, Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Entre Ríos, Oro Verde, Entre Ríos, Argentina / Extensión y Bienestar Estudiantil, Secretaría de Extensión, Universidad Nacional de Entre Ríos, Oro Verde, Entre Ríos, Argentina / Cátedra de Bioingeniería, Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Entre Ríos, Oro Verde, Entre Ríos, Argentina

Es frecuente asociar la juventud y la práctica deportiva con una condición saludable. Los exámenes cardiológicos generalmente se indican ante la aparición de síntomas específicos. En el presente trabajo, se efectuaron un examen clínico general y un electrocardiograma de reposo a estudiantes asintomáticos de la carrera de Bioingeniería de la Universidad Nacional de Entre Ríos: 40 eran practicantes de rugby (rugby), con un rango de edad de 19 a 25 años, que requerían examen médico predeportivo; 90 eran estudiantes de la asignatura Fisiología y Biofísica (FyB), rango de edad de 20 a 29 años, los cuales debían aprender la técnica de registro de variables fisiológicas, entre ellas la presión arterial (PA) por un método no invasivo. Los registros electrocardiográficos (ECG) fueron revisados por un cardiólogo experto, ciego respecto del estado de salud de los sujetos. La totalidad de los estudiantes deportistas presentaron una historia clínica y un examen físico dentro de parámetros normales. En dos sujetos del grupo de rugby se identificó en el ECG un patrón de síndrome de pre-excitación ventricular, por lo cual fueron derivados a consulta cardiológica y tratados. En tres de los estudiantes de FyB, se detectaron valores anormalmente elevados de la PA y luego de la derivación cardiológica fueron diagnosticados como hipertensos escenciales y tratados. Los hallazgos de patología cardiovascular en este grupo de jóvenes asintomáticos, es suficientemente importante (2/40 -rugby- y 3/90 -FyB-) como para considerar la necesidad de realizar exámenes cardiovasculares de rutina a todos los estudiantes que ingresan al sistema universitario y, atendiendo a que se trata de cohortes numerosas, permitirían la detección temprana de patologías en jóvenes y un aporte a la salud preventiva.

223 Falta de Aplicación en Latinoamérica de las Guías Actuales para el Tratamiento de los Pacientes con Función Ventricular Deprimida

Sanziani, L; González Zuelgaray, J; Silva Oropeza, E; Rodríguez Pina, H; Szyszko, A; Rabinovich, R; Tentori, MC; Ramos, JL; Muratore, C; Pellizon, O
Cardiología, Arritmias, Hospital Italiano, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cardiología, Arritmias, IADT, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina / Cardiología, Arritmias, Hospital Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Objetivo. El estudio PLASMA (Probabilidad de Sufrir Muerte Arrítmica) es un ensayo prospectivo de cohorte diseñado para caracterizar el manejo de los pacientes (p) cardíacos en Latinoamérica. Hemos evaluado la aplicación de las guías actualmente aceptadas (AHA, ACC, HRS 2008) para la indicación de cardiodesfibriladores implantables (CDI) en p con insuficiencia cardíaca.
Métodos. Doce servicios de Cardiología de referencia terciaria incluyeron 1958 p consecutivos internados (edad 64 años, 7-99; 1125 varones). En los p dados de alta vivos con insuficiencia cardíaca de diferentes etiologías (con exclusión de infarto <40 días) y FEy ≤35% se evaluó la indicación o falta de indicación de un CDI. El seguimiento continuará para comparar la evolución alejada según la opción terapéutica seleccionada.
Resultados. Fueron incluidos 153 p con insuficiencia cardíaca. Las etiologías eran: isquémica, 56 (37%); idiopática, 49 (32%); valvular, 16 (10,5%); hipertensiva, 10 (6,5%); chagásica, 10 (6,5%); alcohólica, 8 (5,2%), y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 4 (2,6%). Los p fueron divididos en 3 grupos con indicación clase I de CDI de acuerdo con las guías: grupo I, 98 p con FEy ≤35% y clase funcional II; grupo II, 38 p con FEy ≤35% y clase funcional III; y grupo III, 17 p con FEy ≤30% y clase funcional I. El CDI fue indicado en 13/98 p (13,2%) del grupo I, en 7/38 p (18,4%) del grupo II y en ningún p del grupo III. La razón más frecuente para la falta de indicación de un CDI fue la "ausencia de razones para la indicación": 67/85 p (79%) en el grupo I, 16/31 p (52%) en el grupo II y 15/17 p (88%) en el grupo III (p= 0,009 entre los grupos I y III vs. el grupo II).
Conclusiones. Las guías internacionalmente aceptadas para el implante de un CDI no son aplicadas en Latinoamérica y la principal causa es la creencia en que los p con clara indicación no se benefician con el dispositivo. Esto plantea un desafío importante y subraya la trascendencia de la educación médica continua.

224 Edema Agudo de Pulmón, la Importancia de Sospechar Cardiopatía Isquémica ante su Presentación

Carrizo, MJ; Vázquez Páez, G
UCO, UCO, Sanatorio Sarmiento, San Miguel de Tucumán, Argentina

Paciente de 71 años, HTA, diabético. Refiere disnea progresiva de 3 hs de evolución, sudoración fría y profusa. TA: 160/100 mmhg, FC: 130 lpm, FR: 40 x'; frialdad distal, cianosis periférica, en ortopnea. Pulso regular, R1 y R 2 hipofonéticos, ingurgitación yugular sin colapso, rales crepitantes 3/3 en ACP, saturación de O2 75%. Se diagnostica por clínica EAP, se coloca en ARM. ECG: supradesnivel de ST septoapicolateral; se inicia tratamiento farmacológico para síndrome coronario agudo. Durante la internación presenta infección respiratoria baja, por lo cual se prolonga ARM por 10 días. CCG: DA ocluida en tercio proximal, primera diagonal suboclusiva, circunfleja y coronaria derecha con lesiones severas. Luego de estudio de perfusión miocárdica, se decide continuar con tratamiento médico. Es dado de alta a los 24 días. El Edema agudo de pulmón es una forma de presentación clínica de miocardiopatía isquémica aguda que debe sospecharse en pacientes con función sistólica previamente preservada. La aparición de edema agudo del pulmón (Killip III) en la fase aguda del infarto son indicativos de mal pronóstico; la insuficiencia cardíaca continúa siendo el predictor más importante de mortalidad después del infarto agudo de miocardio.

225 Función endotelial y embarazo normales

Yanguez, W; Escudero, E; Ronderos, R; Muntaner, J; Mercau, G
Magister de Ultrasonido en Cardiología, Servicio de Ecocardiografía, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: El endotelio juega un importante papel para mantener la función cardio-circulatoria. Durante el embarazo se producen cambios hormonales, como también incremento en la producción del ON que participa activamente en el fenómeno de vasodilatación.
Objetivos: 1) Determinar el diámetro de la arteria braquial en condiciones basales y luego de aplicar un estímulo en mujeres embarazadas y no embarazadas; y 2) estudiar si existen diferencias en el fenómeno de vasodilatación post -estímulo en mujeres esta misma población.
Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Este estudio se realizó en el servicio de ecocardiografía del Centro Modelo de Cardiología de la ciudad de Tucumán e incluyó 40 pacientes consecutivas divididas en 2 grupos, no embarazadas y embarazadas, a su vez agrupadas según se encuentren en el primer, segundo o tercer trimestre del embarazo, en el período 2007-2008. Criterio de inclusión: Embarazadas sanas, sin factores de riesgo conocidos. Criterios de Exclusión: hipertensión, tabaquismo, sedentarismo, y diabetes principalmente. Se realizó el estudio de la función endotelial con un transductor de 7 mhz. Se midió el diámetro de la arteria braquial en condiciones basales y posterior a un estímulo.
Resultados: las características demográficas de la población fueron similares en los 2 grupos. Cuando se comparó la arteria braquial en condiciones basales, en las mujeres no embarazadas con las embarazadas en el segundo y tercer trimestre hubo entre sí, diferencias estadísticamente significativas, en el diámetro de la arteria analizada. Luego de estimular el endotelio, también se encontraron diferencias estadísticamente significativa (p=<0.05) en la respuesta vasodilatadora según se traten de mujeres no embarazadas o embarazadas y según el trimestre de embarazo.
Conclusión: La vasodilatación es un fenómeno que progresivamente incrementa su respuesta en el curso de la gestación, conforme se suceden los trimestres del embarazo.

226 Función Endotelial y Obesidad en Niños

Yanguez, W; Muntaner, J; Mercau, G; Klyver, J
Servicio de Ecocardiografía, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: En la última década se observó un franco incremento en el número de niños con sobrepeso, con el consiguiente aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. La función endotelial alterada de estos pacientes permitiría conocer el riesgo cardiovascular a futuro.
Material y métodos: Se realizo un estudio descriptivo a 30 niños de ingreso consecutivos, en el Servicio de Ecocardiografía, entre 6 y 12 años divididos en 2 grupos: niños obeso y niños normo-peso. Se estudió la función endotelial con ecodoppler de la arteria braquial y se efectuaron controles de tensión arterial y laboratorio.
Objetivos: 1) determinar la función endotelial en niños normopeso y obesos; 2) conocer si existe asociación entre la disfunción endotelial y la obesidad, entre disfunción endotelial e HTA, 3) determinar la respuesta vasodilatadora en los niños obesos.
Resultados: De los 30 pacientes estudiados, 15 presentaron obesidad y más del 50% presentaron alterada la función endotelial con un valor de P estadísticamente significativo. Ningún paciente normo-peso presentó alteración de la función endotelial. Al analizar los pacientes con disfunción endotelial (DE) y cifras elevadas de tensión arterial (HTA) se encontraron valores de P estadísticamente significativos, al comparar esta asociación (DE+HTA) con la disfunción endotelial asociada con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.
Conclusión: los niños con sobrepeso en rangos de obesidad presentaron franca disfunción endotelial, tanto más marcada si esta DE se asocia con HTA, mucho más que cuando se asocia con dislipidemia.

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

INDICE TEMATICO

Arritmias. Electrofisiología
083, 084, 085, 086, 093, 097, 108, 109, 110, 116, 117, 170, 196, 197, 199, 200, 207, 208, 211, 216, 217, 218

Aterosclerosis
001, 060, 071, 123

Cardiología Clínica
032, 033, 034, 035, 036, 049, 053, 059, 073, 100, 103, 175, 189

Cardiología Nuclear
023, 026, 047, 102, 111, 147, 163

Cardiología Pediátrica
226

Cardiopatía Isquémica
007, 021, 024, 038, 043, 044, 054, 056, 057, 088, 089, 092, 142, 169, 174, 179, 184, 213

Chagas
027, 028, 050, 119, 120, 121, 122, 158, 176

Ciencias Básicas. Fisiopatología
002, 003, 005, 062, 067, 074, 075, 095, 101, 104, 132, 193, 195, 202, 219, 221

Cirugía Cardiovascular
008, 010, 011, 078, 087, 131, 134, 135, 165, 168, 180, 190

Ecocardiografía
037, 141, 143, 144, 161, 173, 185, 187

Enfermedad vascular. Stroke
090, 114

Epidemiología y prevención cardiovascular
004, 025, 040, 051, 063, 064, 065, 068, 069, 070, 072, 096, 107, 113, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 133, 159, 182, 183, 204, 215, 220, 225

Ergometría. Rehabilitación Cardiovascular
016, 017, 018, 019, 091, 128, 164, 209, 214

Hemodinamia. Cardiología Intervencionista
052, 055, 151, 152, 154, 155, 178, 181, 188, 205

Hipertensión Arterial
013, 039, 094, 156, 194

Insuficiencia Cardíaca
020, 022, 031, 045, 077, 080, 081, 098, 099, 105, 106, 115, 118, 136, 137, 138, 140, 146, 162, 171, 172, 177, 186, 201, 206, 223, 224

Miocardiopatías
058, 061, 153, 157
Misceláneas
006, 160

Valvulopatías. Endocarditis
009, 066

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

INDICE DE AUTORES

A

Abdo, L 181
Abraham, M 053
Acevedo, M 127
Acosta, GA 125, 215
Acosta, GE 126, 129, 130
Acuña, C 114
Acuña, L 013
Ago, M 066, 135
Agüero, R 101
Aiello, EA 202
Alba, P 006
Albano, F 196, 197
Alcalá, G 183
Allende, G 090
Almagro, SM 090, 113, 114
Alonso, E 028, 045, 131
Alonso (H), E 045
Alvarellos, A 006
Alvarellos, T 006
Álvarez, BV 193, 195, 202
Álvarez, C 069, 070, 071
Álvarez, CB 138
Álvarez, E 087
Álvarez, O 044, 088, 089, 127 142, 161, 169, 179, 199, 200
Álvarez, OD 146, 186, 189, 201, 206
Álvarez, OM 187
Álvarez, S 045, 162
Álvarez Sánchez, C 090
Amarilla, NO 120, 121, 122
Ameriso, J 008, 010, 011, 190
Ameriso, JL 078, 168
Amín, A 026
Andrada, CA 125, 126, 129, 130, 215
Angeletti, E 168, 190
Aparicio, M 209
Aramayo G, N 047
Aramburu, C 131
Aranalde, G 101
Arce, C 023, 038
Arce, M 083, 085, 086
Argüello, R 170, 173
Arias, V 090
Aristimuño, G 092, 105
Armentano Feijóo, A 067, 095
Arnold, R 080, 081, 098, 099
Arregui, V 037, 097, 111
Arrieta, M 083, 085, 086
Aspramonte, N 146
Assad, D 032
Ávila, E 045

B

Babi, C 044, 088, 089, 091, 092 105, 127, 161, 186, 187, 189, 206
Baccaro, J 044, 089, 142
Badaracco, JR 044, 089
Báez, MC 074, 075, 123
Baglivo, H 204
Balceda, A 074, 075
Balestrini, C 052, 058, 087, 174
Balice-Pasquinelli, M 019
Balzarini, M 194 141, 164, 214, 216
Baranchuk, A 084
Barja, L 207, 208, 211, 217, 218
Baro, JC 050, 119
Baroni, M 039, 040
Barrio, JP 180
Barrios, AL 189
Barrios, PI 177
Basualdo, C 128
Bautista, N 003
Bavio, EE 050, 119
Bayol, AP 161
Bazzano, L 051
Beloscar, J 158, 209
Bembibre, G 053
Bendersky, M 039, 040, 194
Benetti, F 165, 168, 190
Bennegadi, D 019
Benozzi, S 069, 070, 071
Bernardi, V 205
Berns, C 220
Bertolotti, A 077
Bertossi, G 220
Bia Santana, D 067, 095
Bianco, J 159
Bocian, JL 096, 097
Bonelli, JM 060, 061, 209
Bono, J 043, 184
Bontempo, A 061
Borgo, J 020, 021, 022
Bosso, M 108
Botta, C 140
Botta, M 108
Bottari, C 009
Bragagnolo, G 219
Bratovich, C 219, 220
Brizuela, M 088, 179
Bruno, G 047
Bruses, B 120, 121, 122
Buchanan, J 172
Budassi, N 180
Bunay, A 138
Burgos, M 045

C

Caballero, G 052
Cabrera Fischer, E 067, 095
Cadars, L 007, 008, 031
Caeiro, F 006
Calandrelli, M 051
Calderon, F 086
Caldiz, CI 104
Calero, S 013
Camilletti, J 037, 107, 111 141, 163, 164, 214
Camou, JI 078
Campana, V 074, 075
Campisi, R 047
Camus, J 095
Canestri, A 052, 087
Cangiano, C 156, 157
Capece, R 020, 021, 022
Carasa, M 072, 090, 124
Cardona, C 053, 059, 061
Carlessi, C 026
Carrizo, MJ 224
Cartasegna, L 037, 111
Carugattti, R 143, 144
Cassella, G 117
Castellino, S 072, 124
Castro, L 037, 111
Catalá Schonfeld, H 066, 135
Catalán, CA 125, 126, 129, 130, 215
Ceitlin, J 159
Centeno, S 001
Cerezo, G 072, 124
Céspedes, A 209
Chabán, CD 184
Chain, AS 003, 004, 005, 181, 213
Chávez Caballero, R 007, 008, 009 010, 011, 024, 031, 038
Chayep, J 174
Chiappe, M 052, 087
Chiappe De Cingolani, GE 104, 202
Chichizola, N 010, 011, 023, 024
Chirife, J 093
Chuquel, C 105, 118, 142, 169 179, 186, 187, 201, 206
Cicco, L 054, 055, 056 057, 128, 204
Cigalini, C 151,152, 153 154, 155, 178
Cimbaro Canella, JP 105, 118, 136 137, 140, 146, 162, 177
Cingolani, E 193
Cingolani, HE 104, 193, 195
Cingolani, OH 195
Colantonio, LD 025, 051
Coll, M 109, 110
Collard, L 174
Colque, RM 118, 136, 140, 162, 177
Comai, D 123
Comisario, R 092, 187, 189
Conci, E 087, 174
Cónsole, G 195
Corbera, M 158
Cordero, P 063, 064, 065, 068
Coronel, JP 177
Coronel, ML 044, 088, 089, 105

118, 136, 137, 140
146, 162, 186, 201, 206
Corvalan, P 066, 135
Costantini, R 188
Courtis, J 001
Cressa, L 114
Cristofini, P 016, 018
Cruz, M 039, 040
Cuevas, F 147
Cura, G 180
Cursack, G 008, 009, 010
011, 024, 031, 038

D

D´Alessandro, SG 127
D´Arrigo, M 158
Damonte, A 007, 008
De Cerchio, A 204
De Dios, A 143, 144
De Giusti, VC 202
De La Fuente Galán, L 080, 081
098, 099
Deboli, A 013
Del Sueldo, M 072, 114, 124
Del Val, LA 073
Deleu, M 138
Della Mora, A 039, 040
Demasi, J 053, 059
Dervaux, N 017
Di Matteo, J 128
Di Tano, G 146
Diaz, MG 127
Diez, ER 221
Diez, F 118, 136, 140, 162, 177
Diez, M 077
Diodato, LH 078
Distefano, A 134
Dogliotti, A 160
Donelly Kehoe, P 220
Duarte Vera, Y 165
Dumont, C 060, 061, 209
Duong, C 016, 018

E

Echazarreta, D 032, 033, 034, 035
036, 049, 102, 140, 162
Echevarría, F 088, 092, 127, 136
142, 169, 179, 186, 187, 201, 206
Elías, G 009
Ensinck, MA 158
Erbetta, A 026
Erriest, J 037, 107, 111
141, 163, 164, 214
Escalante, J 008, 009, 024, 044, 088
089, 142, 161, 169, 187, 189
Escalante, P 213
Escalante, S 133
Escudero, E 094, 096, 195, 225
Espeche, JL 171
Espindola, ME 090, 130, 114
Espinosa, G 173
Espinosa, ME 050, 119
Espinoza, VP125, 126, 129, 130, 215
Etcheverry, R 188

F

Faccio, F 026
Fainstein, D 219
Fantinelli, JC 062
Farez, B 156, 157
Fassi, ME 171, 173
Favaloro, L 077
Favaloro, RR 077
Feldman, G 002, 003, 004, 005, 181
Femenia, F 083, 084, 085, 086
Fernández, EG 189
Fernández Keller, P 180
Ferre Pecora, F 204
Ferro, G 209
Ferro Queirel, E 120, 121, 122
Feryala, C 123
Flichtentrei, D 159, 182, 183
Fleitas, M 044, 088, 089
092, 169, 179, 201
Fleitas Páez, M 161, 187, 189
Floresi, E 143
Florit, S 134
Fontana, S 157
Fontanella, G 176
Franco, O 102
Fredes, M 128
Funaro, F 054, 055, 056, 057
Fürst, M 171
Fusilieri, M 031

G

Galizio, N 196, 197
Gallerano, R 123
Gallo, N 127
García, E 185
García, W 161, 185
García Brasca, D 090, 114
171, 172, 173
García Martí, S 025
García Moran, E 080, 081, 098, 099
García Orsetti, G 209
García-Niebla, J 084
Garros, P 008, 009
Garvich, M 004
Geffner, L 165
Gerbaudo, A 113
Gerbaudo, L 090, 113
Geromini, H 010, 011, 078
Gerrard, G 158
Ghione, S 073
Gigena, A 170, 173
Giménez, C 189
Giménez, L 013
Gómez, PE 125, 126, 129, 130, 215
Gómez Salvador, I 080, 081
098, 099
González, C 047
González, JL 196, 197
González Achaval, G 073
González Arbeláez, LF 132
González Arjol, B 179
González Zuelgaray, J 116, 117, 223
Goujón, WN 121, 122
Grupo de Investigadores
CESCAS 051
Guglielmone, H 184
Gutiérrez, O 021

H

Hadad, MR 073
Hallon, L 116, 117
Hanna, C 060, 151, 152
153, 154, 155, 178
Hasbani, V 147
He, J 051
Hermida, M 205
Hernández, CO 122
Hernández, DO 120, 121
Herrera, J 063, 064, 065, 068
125, 126, 129, 130, 215
Herrera Paz, JJ 138
Hita, A 207, 208, 211, 217, 218
Hominal, M 010, 011
Hopman, W 084
Huerta, C 077

I

Iglesias, D 124
Iliou, MC 017, 016, 018, 019
Illanes, L 107, 163
Iluluaga, S 028
Insaurralde, F 105, 127
Integrantes del Replicar 049
Irazola, V 051
Isa, M 052, 174

J

Jandula, M 045
Jerez, A 106
Jorge, R 031
Juárez, MT 219

K

Keller, L 061
Klyver, J 226
Kozak, F 007
Kriskovich Juré, J 091, 092
105, 127, 131

L

Lamelas, A 131, 134
Lanas, F 051
Lange, J 092, 105, 118
142, 169, 186, 201, 206
Larghi, R 151, 152, 153, 154, 178
Larroza, GO 120, 121, 122
Latronico, L 138
Laurino, RP 187
Lavaroni, C 144
Lavenia, A 027
Legaz, V 109, 110
Leguizamón, J 109, 110
Lema, L 006
Lembo, C 221
Lepore, GV 100
Letiz, I 102
Lev, G 077
Levantini, F 143, 144
Leyba, C 053, 059
Liberman, A 184
Lioi, S 158
Liva, P 044, 089
Llorens, C 074, 075
Lobo Márquez, LL 118, 136
140, 162, 177
Logarzo, E 207, 208, 211, 217, 218
López, J 023
López, C 147
López, MC 221
López Díaz, J 080, 081, 098, 099

Lucero, EH 120
Lucero, GA 221
Lucero, RH 121, 122
Luciardi, H 213
Lucino, S 001
Luluaga, S 027
Lumbreras, M 128
Luna, D 182
Luna, MC 125, 126, 129, 130, 215
Luque, A 011

M

Maccarone, P054, 055, 056, 057, 128
Machinandiarena, P 057
Macín, SM 043, 044, 088, 089
092, 100, 137, 142
146, 169, 179, 186, 201, 206
Magrini, CD 120
Maidana, G 106
Maldonado, T 165
Mancini, L 049
Manfredi, A 051
Mangani, N 207, 208, 211, 217, 218
Manso, P 143
Manso, P 144
Mántaras, C 219
Manzolillo, HS 137, 199, 200
Mariani, G 093
Marini, C 115
Martellotto, R 170, 171, 172, 173
Martinez, DF 016, 017, 018, 019
Martinez, H 091
Martinez, I 143, 144
Martínez, JM016, 017, 018, 019, 205
Martínez, L 091
Martínez, FA 194
Martínez, R 220
Martínez Marissi, E 138
Martínez Riera, N 002, 003
004, 005
Masevicius, D 020
Massa, R 216
Massarutti, C 141, 216
Mauriño, R 199, 200
Medesani, L 196, 197
Medina, F 128
Meiriño, A 007, 024, 031, 038
Méndez Castells, L 220
Merani, F 138
Mercau, G 225, 226
Mettini, S 138
Miatello, RM 221
Miguel, M 054, 055, 056, 057, 128
Milani, L 146
Milessi, M 134
Milli, M 146
Minoldo, S 184
Miraglia, D 053, 059
Mitelman, J 013
Moltedo, J 084
Montefeltro, G 151, 152
153, 154, 178
Montenegro, E 016, 017, 018, 019
Montes, JP 207, 208, 211, 217, 218
Montoya, P 116, 117
Moreno, P 171, 172, 172
Morgan, PE 193
Moris, C 147
Mosca, S 020, 021, 022, 062, 132
Mosconi, L 093
Moya, C 180
Moya, M 074, 075, 123
Moyano, PL 125, 126, 129, 130, 215
Mujica, CR 103
Mujica, G 101
Mujica, R 175
Muntaner, J 106, 181, 213, 225, 226
Muratore, C 223
Mysuta, M 059

N

Naili, M 017
Najles, J 004
Namías, M 047
Nicola Siri, L 219, 220
Nieto, G 004
Nieto, J 156, 157
Nieto, ML 080, 081, 098, 099
Nieto, SI 125, 126, 129, 130, 215
Nievas, P 170, 172
Nocito, A 176
Núñez, P 037, 141, 216
Núñez Burgos, A 013

O

Obregón, R 185
Ochoa, V 106, 181
Olivera, H 051
Olmedo, M 177
Onetto, L 180
Onocko, M 185
Orlowski, A 202
Ortega, D 207, 208, 211, 217, 218
Ortiz, Z 182
Osorio, A 047

P

Pacheco, G 052, 058, 174
Pacher, A 183
Paganini, M 124
Palacios, K 013
Palacios, P 067, 095
Paladino, C 208
Palazzo, A 196, 167
Palma, J 074
Pantich, RE 137, 199, 200
Paolantonio, D 053, 059, 155
Paolasso, A 007
Parras, JI 092, 100, 137, 161
185, 187, 189, 200
Pataro, M 188
Peano, N 006
Pellegrino, MG 208
Pellizón, O 223
Peloso, R 161
Pennacchiotti, G 069, 070, 071
Peñafort, F 085
Peñaherrera, E 165
Peradejordi, M 077
Pereyra Sánchez, A 157
Pérez, A 116, 117
Pérez, NG 195
Pérez Núñez, IA 062, 132
Pérez Riera, A 084
Perna, ER 044, 088, 089, 105
118, 136, 137, 140, 142
146, 162, 169, 177, 179
186, 199, 200, 201, 206
Perrone, H 013
Perrone, MS 219, 220
Perrone, SV 118, 136, 140, 162, 177
Perruzza, F 071
Picabea, E 007, 008, 155
Pieroni, M 172, 173
Pinilla, OA 094, 096, 195
Piraino, R 155
Piredda, A 106, 181, 213
Pizarro, R 084
Plastino, ML 037, 107
141, 164, 214
Polatto, C 026
Pollice, A 023
Pollice, J 209
Ponce, J 205
Ponce Zumino, AZ 221
Popilovsky, S 185
Portillo, R 091
Poy, C 118, 136, 140, 162, 177
Pozzer, D 137, 199, 200
Prats, M 182, 183
Proto, C 003
Puerto Sanz, A 080, 081
Pujol, P 147

Q

Querencio, O 189
Quiroga, A 053, 059
Quiroga, P 058, 109, 110
Quiroga, W 052
Quiroga Castro, W 087, 174

R

Rabinovich, R 223
Ramallo, G 180
Ramírez, L 091
Ramírez, M 090, 114, 196, 197
Ramos, H 043
Ramos, JL 093, 223
Ramos, L 133
Raña, R 196, 197
Rasmussen, R 091, 127
Ratto, R 077
Revelli, S 176
Revilla Orodea, A 098, 099
Reyes, I 137, 199, 200
Reyes, L 088, 142, 169, 179
Reyes, ML 136, 186, 201
Reyes Prieto, ML 187, 206
Rio, A 164, 214
Rizzardi, J 168, 190
Robles, A 090, 114
Robles, F 196, 197
Robles, M 173
Rocca, F 180
Rodríguez, A 093
Rodríguez, C 063, 064
065, 068, 084
Rodríguez, F 028
Rodríguez, R 043, 133
Rodríguez Pina, H 223
Rodriguez-Alemparte, M 205
Rojo, A 077
Rojo, J 103, 175
Rojo, L 155
Ronderos, R 225

Rosset, G 170
Rubinstein, A 025, 051
Rubio, J 081
Ruda Vega, P 131, 134
Ruveda, SM 199, 200

S

Sabella, E 128
Said Nisi, JG 194
Sala, J 039, 040, 058 073, 087, 109, 110, 174
Salgado, R 113, 114
San Dámaso, E 209
San Dámaso, J 209
San Román, JA 080, 081, 098, 099
Sanagua, JO 125, 126 129, 130, 215
Sánchez, A 006
Sánchez, N 113
Sánchez, R 091, 204
Sánchez, JA 184
Sánchez Viamonte, G 163
Sandoval, D 161
Sans, S 156, 157
Sansoni, G 059
Santilli, L 134
Santoro, A 107, 111
Santoro, B 022
Santoro, L 205
Sanziani, L 093, 223
Sarti, M 102
Saurit, V 006
Scaglione, L 158
Schapachnik, E 084
Sciegata, A 117
Sckibiki, J 213
Seara, G 143, 144
Sembaj, A 194
Seró, B 091
Serra, C 006, 052, 058 087, 109, 110, 174
Serrano, A 213
Severini, GV 120, 121, 122
Sevilla, M 053
Sevilla, M 059
Silva Oropeza, E 223
Simondi, H 170, 171, 173
Skibicki, J 106, 181
Soria, N 002, 003, 004, 005
Soriano, L 120, 121, 122
Sosa, C 106
Sosa, F 027, 028
Sosa, R 123
Sosa Mallemacci, A 157
Stepfferi, C 143
Stroppi, H 024, 031
Suarez, ML 170, 172
Suasnabar, R 054, 055 056, 057, 128
Szczygiel, V 204
Szyszko, A 116, 117, 223

T

Taborda, D 101
Taborra, S 011, 023
Tapia Ballesteros, C 080, 098, 099
Tarán, M 074, 075, 123
Tartalini, V 176
Tassano, E 185
Teglia, O 009
Telayna, J 188
Tentori, MC 223
Tescione, S 087
Tettamanti, ME 080, 081, 098, 099
Thomas, J 054, 055, 056, 057
Tibaldi, M 006, 058, 109, 110
Tuero, E 007, 024
Turco, E 188
Turco, M 158
Turri, D 207, 208, 211, 217, 217

U

Unzain, B 137
Uriarte, M 032, 033, 034 035, 036, 102

V

Vaca Moulin, R 057
Vaccari, M 144
Vainstein, N 072, 124, 204
Valdivieso, L 077
Valle, R 146
Valli, C 026
Vargas, LA 195
Vázquez Páez, G 147, 224
Vega Hidalgo, J 103, 175
Velarde, JL 170
Velasco, D 093
Velázquez, C 010, 011
Ventura, AA 120, 121, 122
Vicario, A 072, 124
Vidal, M 143, 144
Vigo, G 037, 107, 141
Vilches, A 037, 163, 164, 214
Villa-Abrille, MC 193, 202
Villafañez, G 065
Villamil, A 204
Villanueva Sotez, I 138
Villegas, E 100, 142, 169 186, 201, 206
Vottero, E 108, 115

W

Woronko, E 204

Y

Yanguez, W 225, 226
Yapura, D 133

Z

Zampach, M 143, 144
Zangroniz, P 155
Zapata, D 219, 220
Zapata, G 007, 008, 009, 010, 011 023, 024, 031, 038, 043
Zappetti, A 168, 190
Zappetti, M 168, 190
Zarza, A 161
Zelaya, F 058, 087, 174
Zerbo, S 115
Zgrablich, C 131, 134
Zilberman, J 072, 124, 204
Zócalo, Y 067, 95
Zoni, CR 091, 092, 105
Zumoffen, C 158

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

INDICE DE INSTITUCIONES

A

Academia Nacional de Medicina, CABA, Argentina
CIE, Epidemiología, 182

APHP Hopital Broussais-HEGP, Paris, France
Rehabilitación Cardiaca 016, 017, 018, 019

C

C.D.N. , San Miguel de Tucumán, Argentina
Cardiología, Medicina Nuclear 147

C.P.C., San Miguel de Tucumán, Argentina
Cardiología, Cardiología 147

Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, EE UU
Heart Institute 193

Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para el cono Sur (CESCAS), Capital Federal, Argentina 025

Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Argentina 213
Magister de Ultrasonido en Cardiología, Servicio de Ecocardiografía 225
Servicio de Ecocardiografía 226
Coordinación, Unidad Coronaria 106, 181
Residencia, Unidad Coronaria 106, 181

CERHU, San Luis, Argentina
Cardiología, Cardiología 156, 157

Clínica del Sol, Capital Federal, Argentina
Hemodinamia 205

Clínica Fusavim Privada SRL, Villa María, Argentina
Hemodinamia, Cardiología 113

Clínica Italia, San Luis, Argentina
Cardiología 156, 157

Clínica San Camilo, Capital Federal, Argentina
Servicio de Electrofisiología, Cardiología 207, 208 211, 217, 218

Clínica Viedma, Viedma, Argentina
Cardiología Nuclear, Medicina Nuclear, 103, 175

CONICET
Laboratorio de Fisiopatología Cardiovascular IMBECU, Mendoza, Argentina 221
Salud, Investigación Básica, Buenos Aires, Argentina 067, 095

CORDIS, Resistencia, Argentina
Cardiología, Arritmias 120, 121, 122

F

Federación Argentina de Cardiología, Argentina
Comité de Cardiopatía Isquémica 043
Comité de Chagas 50, 119
Comité de Enferm. CVS en la Mujer 090, 113, 114
Comité de Insuficiencia Cardiaca 118, 136 140, 162, 177
Sociedad de Cardiología de Córdoba 090
Sociedad Cardiología de Buenos Aires, Comité de Epidemiología y CV 124

Foro Internacional Iberoamericano de Arritmias por Internet, Capital Federal, Argentina 084

Fundación Barceló, Buenos Aires, Argentina
Facultad de Ciencias Médicas, Psicología Investigación Clínica 013

Fundación Benetti, Rosario, Argentina
Cirugía Cardiaca, Cirugía 168, 190
Departamento. Bioingeniería 168, 190
Departamento. Investigación Células Madres 165

Fundación Centro Diagnóstico Nuclear, CABA, Argentina,
PET/CT 047

Fundación Favaloro, CABA, Argentina
Electrofisiología 196, 197

Fundación Fiorini, Córdoba, Argentina
Facultad de Ciencias Médicas 074, 075

Fundación Rusculleda / DAMIC, Córdoba, Argentina
Cardiología, Departamento de Investigación Clínica 194
Cardiología, Rehabilitación Cardiaca 016, 017 018, 019

Fundapres, Buenos Aires, Argentina
Prevención 204

G

Grupo Certus, Villa María, Argentina
Investigación 072, 124

H

HIGA Evita Lanús, Lanús, Argentina
Terapia Intensiva, Unidad Coronaria 020, 021, 022

HIGA San Martin, La Plata, Argentina
Consultorios Externos, Cardiología 032, 033 034, 035, 036

Hospital "San J. Bautista", Capital, Argentina
Nefrología, Dpto. Asistencial 065

Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina
Adicciones, Salud Mental 013
Factores de Riesgo, Cardiología 013

Hospital Centenario, Rosario, Argentina
Cardiología, Arritmias 223

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España
Insuficiencia Cardiaca y Transplante, Serv. de Cardiología (ICICOR) 080, 081, 098, 099

Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina
Reumatología, Clínica Médica 006

Hospital de Niños "Pedro Elizalde", Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Cardiología Pediátrica 143, 144

Hospital de Niños "V. J. Vilela", Rosario, Argentina
Cirugía Cardíaca, Servicio Cirugía Torácica y Cardiovascular 066

Hospital "Dr. José Penna", Bahía Blanca, Argentina
Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología 180

Hospital Español, Mendoza, Argentina
Cardiología, Arritmias 083, 085, 086

Hospital Español, Rosario, Argentina
Cardiología 053, 059

Hospital Italiano, Córdoba, Argentina
Área Trasplante, Servicio de Cardiología 172
Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología 171
Unidad Arritmias, Servicio de Cardiología 170

Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Argentina 107, 111
Arritmias, Servicio de Cardiología 216
Cirugía Cardiovascular 131
Ecocardiografía, Servicio Cardiología 164, 173, 214
Eco-Doppler Cardíaco y Vascular, Servicio de Cardiología 037, 141
Ergometría, Servicio Cardiología 164, 214
Medicina Nuclear, Servicio Cardiología 164, 214
Residencia Universitaria de Cardiología 096, 097
Medicina Nuclear, Servicio de Cardiología 163
Servicio de Cardiología 097

Hospital Italiano Garibaldi, Rosario, Argentina,
Cardiología, Unidad Coronaria 108, 115
Cardiología, Arritmias 223
Electrofisiología, Cardiología 93
Ergometría y Rehabilitación CV, Servicio de Cardiología 209

Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador
Cirugía Cardiaca, Cirugía 165

Hospital Municipal de Agudos, Bahía Blanca, Argentina
Medicina Preventiva, Medicina Preventiva 071
Química Clínica, Laboratorio Central 069, 070, 071

Hospital Padilla, San Miguel de Tucumán, Argentina
Cardiología, Clínica Médica 027, 028

Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina
Reumatología, Inmunología 006

Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina
Ergometría, Servicio de Cardiología 209

Hospital Público de Miraflores, Miraflores, Argentina
Consultorio de Chagas, Clínica 120, 121, 122

Hospital "San Juan Bautista", Capital, Argentina
Cardiología, Dpto. Asistencial 063, 064, 065, 068

Hospital "San Juan de Dios", La Plata, Argentina
Insuficiencia Cardiaca e HTP, Cardiología 049

Hospital San Martin, La Plata, Argentina
Cardiología Nuclear 102

Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina
Cirugía Vascular 188
Hemodinamia 188
Servicio de Electrofisiología, Cardiología 207, 208 211, 217, 218
Cardiología 207, 208, 211, 217, 218

Hospital Universitario-Fundación Favaloro, Capital Federal, Argentina
Cardiología Intervencionista 077
Cirugía Cardiotorácica 077
Transplante Intratorácico 077

I

IADT, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Arritmias 223

Instituto de Medicina Regenerativa, Guayaquil, Ecuador
Hematología, Dpto. Células Madres 165

Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Buenos Aires, Argentina
Arritmias y Electrofisiología 116, 117

Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina 160
Cardiología Clínica 007, 009, 023, 031, 038
Cardiología Nuclear, Cardiología Clínica 023
Cardiología, Cardiología Clínica 008, 009, 010, 011
Cardiología, Unidad Coronaria 024
Cirugía Cardiovascular 008, 010
Cirugía Cardiovascular, Cirugía 078
Cirugía Vascular, Cirugía Cardiovascular 011
Hemodinamia 007
Hemodinamia, Cardiología 008
Infectología 009
Insuficiencia Cardíaca, Cardiología Clínica 031
Residencia, Cardiología 011
Unidad Coronaria, Cardiología Clínica 007, 031, 038

Instituto de Cardiología de Corrientes "J. F. Cabral", Corrientes, Argentina
Arritmias 199, 200
Cardiología, Jefe de UCIC 100
Cardiología, Residencia de Cardiología Clínica 091, 092, 100, 105, 127 186, 187, 189, 201
Cardiología, Servicio de Cardiología del Ejercicio 091, 092, 105
Cardiología, Servicio de Ecocardiografía 187, 189
Cardiología, Servicio de Emergencias 189
Cardiología, Unidad Coronaria 179
Diagnóstico por Imágenes, Cardioimágenes 161

Ecocardiografía 161, 185
Insuficiencia Cardiaca 137, 146
Laboratorio 179
Servicio de Cesación Tabáquica 127
Servicio de Ecocardiografía – Staff 100
Servicio de Insuficiencia Cardíaca 105, 186, 201
Servicio de Insuficiencia Cardiaca, Unidad Coronaria 206
Unidad Coronaria 092, 186, 201
Unidad Coronaria, Cardiología 044, 088 089, 142, 169

Instituto de Diagnóstico, La Plata, Argentina
Clínica Médica 032, 033

Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Argentina
Cardiología Nuclear 102
Cirugía Cardiovascular 134
Consultorios Externos, Cardiología 032
Medicina Nuclear, Cardiología 034, 035, 036

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Capital Federal, Argentina
Área de Evaluaciones Económicas 025, 051

Instituto Gamma, Rosario, Argentina
Resonancia Magnética Cardíaca, Servicio de Cardioimágenes 061
Tomografía Cardíaca Multislice, Servicio de Cardioimagenes 060

Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Argentina
Cardiología Clínica 052, 058, 087, 174
Cardiología Intervencionista, Hemodinamia 052
Cardiología 006, 073
Cirugía Cardiovascular 052, 087
Hemodinamia 174
Hemostasia y Trombosis, Cardiología 073
Prevención Cardiovascular 039, 040
Técnicas no Invasivas y Arritmias, Servicio de Cardiología 058, 109, 110
Terapia Intensiva 058, 087, 174

Instituto Oulton, Córdoba, Argentina
Cardiología, Departamento de Imágenes 001
Imágenes, Departamento Imágenes 001

Instituto Sacre Coeur, CABA, Argentina
Dirección Médica, Cardiología 138
Residencia, Cardiología 138

IntraMed, Olivos, Argentina
Contenidos 159, 182, 183

ITEC, Capital, Argentina,
Cardiología 045
Ecocardiología 045
Insuficiencia Cardíaca 045

J

Johns Hopkins University, Baltimore, EE UU 195

M

Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Argentina
Cardiología, Secretaria de Salud 114

Municipalidad de Villa María, Córdoba, Argentina
Programa Corazón Sano, Consejo Municipal de Salud 072

N

Nueva Clínica Chacabuco, Tandil, Argentina
Rehabilitación Cardiovascular, Departamento Cardiovascular 128
Hemodinamia, Depto. Cardiovascular 054, 055 056, 057

O

Ospedale Civile, Chioggia, Italia
Heart Failure Unit 146

Ospedale Santo Spirito, Roma, Italia
Heart Failure Unit 146

R

Red de Centros de Investigación CESCAS, Argentina, Chile, Uruguay 051

S

S.C.S., San Miguel de Tucumán, Argentina, Cardiología 147

Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina
Cardiología, Unidad Cardiovascular 184
Estadística 184
Hematología, Hematología Oncología 184

Sanatorio Británico, Rosario, Argentina, Centro de Tratamientos Endovasculares,
Hemodinamia 152, 153, 154, 178

Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Argentina
Cardiología Clínica, Cardiología 060, 061
Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Hemodinamia 151, 152, 153, 154, 178
Electrofisiología, Cardiología 093
Unidad Coronaria (UCC), Cardiología 061

Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, San Nicolás, Argentina
Cirugía Cardiovascular, Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular 135

Sanatorio Privado San Gerónimo, Santa Fe, Argentina
Medicina Nuclear 026

Sanatorio Rosendo García, Rosario, Argentina, Cirugía Cardíaca, Servicio Cirugía Torácica y Cardiovascular 066, 135

Sanatorio San Cayetano, CABA, Argentina
Cirugía Cardiovascular 134

Sanatorio Sarmiento, San Miguel de Tucumán, Argentina
UCO 224

SIPROSA, San Miguel de Tucumán, Argentina
Control Vectorial, Epidemiología 027

Sociedad de Cardiología de Rosario, Rosario, Argentina
Hemodinamia 155

T

Tulane University, New Orleans, EE UU
Department of Epidemiology 051

U

Universidad Nacional de Catamarca, Capital, Argentina
Lic. Educación Física, Facultad. Ciencias de la Salud 063, 064, 065, 068

Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina
Facultad de Medicina, Cátedra de Toxicología, Departamento Salud Pública 002, 003, 004, 005

Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Cátedra Antropología Social I 159
Cirugía Cardiovascular, IDIM "Dr. A. Lanari" 134
Medicina Familiar 159

Universidad de Valladolid, Valladolid, España
Instituto de Biología y Genética Molecular 080, 081, 098, 099

Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina,
Dinámica Cardiovascular y Asistencia Circulatoria, Facultad de Ingeniería y Cs Naturales 067, 095

Universidad Nacional de Catamarca, Catamarca, Argentina
Área Servicio Bromatología y Química, Facultad de Ciencias de la Salud 125, 126, 215
Ergometría y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud 129, 130

Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina
Cátedra de Biología Molecular, Facultad de Ciencias Médicas 194
Cátedra de Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas 090, 114
Cátedra de Física Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas 074, 075
Secretaria de Asuntos Académicos, Departamento de Estadística 194

Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina
Área de Fisiología Normal, Facultad de Ciencias Médicas 221

Universidad Nacional de Entre Ríos, Oro Verde, Argentina
Cátedra de Bioingeniería, Facultad de Ingeniería 219, 220
CETIFAC, Facultad de Ingeniería 183
Extensión y Bienestar Estudiantil, Secretaría de Extensión 220
Laboratorio de Fisiología y Biofísica, Facultad de Ingeniería 219, 220

Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina
Centro de Investigaciones Cardiovasculares, Facultad de Ciencias Médicas 062, 094, 096 104, 132, 195, 202
Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Fisiología y Física Biológica, Centro de Investigaciones Cardiovasculares 193
Servicio de Cardiología, Centro Investigaciones Cardiovasculares 096

Universidad Nacional de La Rioja, La Rioja, Argentina
Clínica Médica, Carrera de Medicina 123
IICSHUM - Cátedra de Física Biom., Secretaria de Ciencia y Técnica, Facultad de Ciencias Médicas 074, 075

Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina
Área Química Analítica Clínica, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacia 158
Carrera de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas 158
Cátedra de Fisiología Humana, Facultad de Medicina 101
Cátedra de Metodología de Investigación, Facultad de Psicología 219
Inmunología, Facultad Medicina 176
Patología, Facultad Medicina 176

Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina, Cátedra Enf. Médica, Facultad de Ciencias de la Salud 133

Universidad Nacional del Comahue, Cipolletti, Argentina
Cátedra de Medicina I, Facultad de Ciencias Médicas 050, 119

Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina
Bioquímica Clínica I, Departamento Biología Bioquímica y Farmacia 069, 070, 071

UNNE, Corrientes, Argentina
Facultad de Medicina, Cátedra VI Medicina, Consultorio de Chagas 120, 121, 122
Facultad de Medicina, Medicina del Deporte 091
Medicina, Facultad de Medicina 127

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE TEMAS LIBRES

*** Premio FAC al "Mejor Trabajo de Investigación Clínica"**

- ***Sesión I:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B - 10.00 a 11.30 hs.
  001 – 006 – 072 – 077 – 087 - 124
- ***Sesión II:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B - 09.00 a 10.30 hs.
  136 – 146 – 160 – 165 – 172 – 208

*** Premio FAC al "Mejor Trabajo de Investigación Básica"**

Domingo 23 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B - 09.00 a 10.30 hs.
094 – 095 – 104 – 193 – 195 – 221

*** Premio FAC al "Mejor Trabajo realizado por Residentes"**

Domingo 23 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B - 11.00 a 12.30 hs.
031 – 092 – 096 – 107 – 115 – 184

*** Temas Libres con Presentación Oral**

- ***Insuficiencia Cardíaca y Varios:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B – 11.45 a 13.00 hs.
  061 – 125 – 129 – 177 – 183 – 204 – 206
- ***Insuficiencia Cardíaca:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B – 14.45 a 16.45 hs.
  022 – 080 – 081 – 098 – 099 – 118 – 137 – 140 – 162
- ***Cirugía Cardiovascular y Angioplastía:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B – 16.45 a 18.00 hs.
  008 – 060 – 078 – 131 – 154 – 155 – 168 – 178 – 190
- ***Arritmias:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B – 18.15 a 19.30 hs.
  083 – 086 – 196 – 197 – 207 – 211 – 218
- ***Imágenes:*** Domingo 23 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B – 18.00 a 19.30 hs.
  023 – 024 – 026 – 102 – 143 – 144 – 174 – 179 – 185
- ***Varios:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 - Salón Panorámico B – 13.00 a 14.00 hs.
  009 – 019 – 067 – 073 – 194 – 219

*** Temas Libres Preferidos con Presentación Póster Digital**

Domingo 23 de Mayo de 2010 - Sala Posters - 12.45 a 14.15 hs.
043 – 047 – 050 – 119 – 120 – 122 – 127 – 132 – 158 – 176 – 202

*** Temas Libres con Presentación Póster Digital**

- ***Arritmias. Electrofisiología:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  084 - 085 - 093 - 097 - 108 - 109 - 110 - 116 - 117 - 170 - 199 - 200 - 216 – 217
- ***Aterosclerosis:*** Domingo 23 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 12.45 a 14.15 hs.
  071 – 123
- ***Cardiología Clínica:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 13.15 a 14.30 hs.
  032 – 033 – 034 – 035 – 036 – 049 – 053 – 059 – 100 – 103 – 175 – 189
- ***Cardiología Nuclear:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  111 - 147 – 163
- ***Cardiología Pediátrica***: Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  226
- ***Cardiopatía Isquémica:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 13.15 a 14.30 hs.
  007 - 021 - 038 - 044 - 054 - 056 - 057 - 088 - 089 - 142 - 145 - 169 – 213
- ***Chagas:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 13.15 a 14.30 hs.
  027 – 028 – 121
- ***Ciencias Básicas. Fisiopatología:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 13.15 a 14.30 hs.
  002 - 003 - 005 - 062 - 074 - 075 - 101
- ***Cirugía Cardiovascular:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  010 - 011 - 134 - 135 – 180
- ***Ecocardiografía:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  037 - 141 - 161 - 173 – 187
- ***Enfermedad Vascular. Stroke I:*** Domingo 23 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 12.45 a 14.15 hs.
  090
- ***Enfermedad Vascular. Stroke II:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  114
- ***Epidemiología y Prevención Cardiovascular:*** Domingo 23 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 12.45 a 14.15 hs.
  004 - 025 - 040 - 051 - 063 - 064 - 065 - 068 - 069 - 070 - 113 - 126 - 130 - 133 - 159 - 182 - 215 - 220 – 225
- ***Ergometría. Rehabilitación Cardiovascular:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  016 - 017 - 018 - 091 - 128 - 164 - 209 – 214
- ***Hemodinamia. Cardiología Intervencionista:*** Domingo 23 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 12.45 a 14.15 hs.
  052 - 055 - 151 - 152 - 181 - 188 - 205
- ***Hipertensión Arterial:*** Sábado 22 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 13.15 a 14.30 hs.
  013 - 039 - 156
- ***Insuficiencia Cardíaca:*** Domingo 23 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 12.45 a 14.15 hs.
  020 - 045 - 105 - 106 - 138 - 171 - 186 - 201 - 223 - 224
- ***Miocardiopatías:*** Domingo 23 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 12.45 a 14.15 hs.
  058 - 153 – 157
- ***Valvulopatías. Endocarditis:*** Lunes 24 de Mayo de 2010 – Sala Posters – 11.00 a 12.30 hs.
  066

Fundación Centro Diagnóstico Nuclear



Nuestra Fundación ofrece **Cursos y Becas** para quienes quieran perfeccionarse en PET/CT.

Los cursos y becas, en algunos casos con el apoyo de la **Comisión Nacional de Energía Atómica**, están destinados a estudiantes avanzados, profesionales y técnicos que deseen perfeccionarse en las diversas disciplinas que convergen en nuestra Fundación (**Medicina Nuclear, Cardiología, Radiofarmacia, Física Médica, entre otras**).

Nazca 3449 - C1417CVE - Ciudad de Buenos Aires - Argentina | Teléfono y fax (rotativas)
54.11.4501.4554 - info@fcdn.org.ar - www.fcdn.org.ar - www.mejorsalud.org.ar

IRAM GESTION DE LA CALIDAD

Nuevo

UNA VEZ AL DIA

Veraten® UD

CARVEDILOL 10 | 20 | 40 | 80 mg

El nuevo concepto en el tratamiento betabloqueante

- ✓ Simplifica el tratamiento
- ✓ Favorece el cumplimiento
- ✓ Precio accesible



Tabla de Conversión sugerida de CARVEDILOL liberación inmediata (LI) a VERATEN UD de liberación extendida.[1]

Dosis diaria total de Carvedilol LI	Dosis diaria de VERATEN UD
6.25 mg (3.125 mg 2 veces por día)	10 mg 1 vez por día
12.5 mg (6.25 mg 2 veces por día)	20 mg 1 vez por día
25 mg (12.5 mg 2 veces por día)	40 mg 1 vez por día
50 mg (25 mg 2 veces por día)	80 mg 1 vez por día*

* Los pacientes > 65 años que estuvieran en tratamiento con Carvedilol LI de 50mg diarios (25 mg cada12 horas), deberían iniciar el tratamiento con una dosis de Veraten UD de 40mg, para minimizar los riesgos potenciales de eventos adversos.

1-Prospecto Veraten UD

Presentaciones:

Veraten UD® 10mg
28 cápsulas de liberación extendida.

Veraten UD® 20mg
28 cápsulas de liberación extendida.

Veraten UD® 40mg
28 cápsulas de liberación extendida.

Veraten UD® 80mg
28 cápsulas de liberación extendida.

1 toma diaria 24 hs de protección

VERATEN UD Carvedilol fosfato. Cápsulas de liberación extendida. FÓRMULA: Cada cápsula de liberación extendida de VERATEN UD 10 mg contiene: Carvedilol Fosfato 10.00 mg. Exc.: Lauril Sulfato de Sodio 0.50 mg, Hidroxipropilmetilcelulosa 77.50 mg, Fosfato de Calcio anhidro 10.50 mg, , Dióxido de Silicio coloidal 0.50 mg, Estearato de Magnesio 1.00 mg Cada cápsula de liberación extendida de VERATEN UD 20 mg contiene: Carvedilol Fosfato 20.00 mg. Exc.: Lauril Sulfato de Sodio 1.00 mg, Hidroxipropilmetilcelulosa 66.50 mg, Fosfato de Calcio anhidro 11.00 mg, Dióxido de Silicio coloidal 0.50 mg, Estearato de Magnesio 1.00 mg.Cada cápsula de liberación extendida de VERATEN UD 40 mg contiene: Carvedilol Fosfato 40.00 mg. Exc.: Hidroxipropilmetilcelulosa 110.00 mg, Fosfato de Calcio anhidro 47.00 mg, Dióxido de Silicio coloidal 1.00 mg, Estearato de Magnesio 2.00 mg. Cada cápsula de liberación extendida de VERATEN UD 80 mg contiene : Carvedilol Fosfato 80.00 mg. Exc.: Hidroxipropilmetilcelulosa 160 mg, Fosfato de Calcio anhidro 6.25 mg, Dióxido de Silicio coloidal 1.25 mg, Estearato de Magnesio 2.50 mg. **INDICACIONES:** Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva leve a moderada de origen isquémico o cardiomiopático. (clase II-III/NYHA). **POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN:** Se recomienda tomar **una vez por día** por la mañana con la comida. Debe ser ingerido como **una cápsula entera (no abrir, cortar ni masticar).** La dosificación debe ser individualizada y estrictamente monitoreada por el médico durante la fase de ajuste. Si la dosis es tolerada, y por criterio médico es necesario ajustarla, hacerlo gradualmente a intervalos de 1 a 2 semanas. Dosis máxima 80mg/ día. En insuficiencia cardíaca verificar la ausencia de signos de descompensación del paciente antes de aumentar la dosis. Administrado con la comida disminuye la velocidad de absorción y de esa manera disminuye la incidencia de los efectos ortostáticos. **PRECAUCIONES:** No interrumpir abruptamente. Se recomienda reducir la posología en forma progresiva durante 1 a 2 semanas. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes del producto. Insuficiencia cardiaca descompensada (clase IV NYHA) que requiera tratamiento inotrópico intravenoso. Asma. Antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Bloqueo AV de 2° y 3° grado. Bradicardia severa (<45-50 lat./min.). Shock cardiogénico. Enfermedad del nódulo sinusal. Hipotensión severa (PAS <85 mm Hg). Insuficiencia hepática. **REACCIONES ADVERSAS:** Los efectos adversos más frecuentes observados son: CV: bradicardia, hipotensión, hipotensión postural. Raros: síncope; edema; bloqueo AV. Muy raros: extremidades frías, exacerbación de los síntomas en pacientes con claudicación intermitente o fenómeno de Raynaud. SNC: vértigo, mareos, cefaleas. Infrecuentes: estado de ánimo deprimido, trastornos del sueño, parestesias. GI: náuseas, vómitos, diarrea y dolor de estómago. Poco frecuentes: estreñimiento. Hematológicos: trombocitopenia, alteraciones de las transaminasas séricas y leucopenia. Metabólicos: hiperglucemia, hipercolesterolemia, aumento de peso. Debido a las propiedades betabloqueantes, también es posible que se manifieste una diabetes mellitus latente, que una diabetes manifiesta se agrave y que se inhiba la contrarregulación de la glucosa en sangre. Otros: fatiga, dolor de tórax, aumento de las infecciones del tracto respiratorio, alteraciones de la visión, disminución del lagrimeo e irritación ocular, insuficiencia renal. Raros: disnea y asma, en pacientes predispuestos, impotencia sexual. Infrecuentes: obstrucción nasal, sequedad de boca y trastornos de la micción, reacciones cutáneas. La frecuencia de los efectos adversos no es proporcional a la dosis con excepción del mareo, los trastornos de la visión y la bradicardia. **PRESENTACIONES:** Veraten UD 10, 20, 40 y 80 mg, envases conteniendo 28 cápsulas de liberación extendida. Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud Certificado N°: 50.821 Laboratorio ELEA S.A.C.I.F. y A. Sanabria 2353, Buenos Aires. Director Técnico: Farm. Isaac Nisenbaum. Elaborado en Santa Rosa 3676, Victoria – Provincia de Buenos Aires. **La información suministrada es abreviada de acuerdo con lo establecido por el artículo 4 de la resolución 627/07 modificado por la resolución 1061/2007 ambas del Ministerio de Salud. La información completa puede obtenerla del prospecto contenido en la unidad de venta, o consultando la página web (www.elea.com) en donde el mismo se reproduce íntegramente.**

dto. 60%

pami INSSJP

Para mayor información llámenos al **0 800 999 2495**

ELEA CARDIOVASCULAR ...de todo Corazón