

JORNADAS REGIONALES MULTIDISCIPLINARIAS 2018

**Jornadas Regionales
Multidisciplinarias 2018
Bahía Blanca**



**20 Y 21
ABRIL
2018**

Bahía Blanca Plaza Shopping

Comité Organizador

Presidente: Dr. RODRIGO DE LA FABA
Vicepresidente 1°.: Dr. MATIAS MIROFSKY
Vicepresidente 2°.: Dr. MARIA JOSE YULITA
Secretario: Dr. FERNANDO LANDETTA
Prosecretario 1°.: Dr. HORACIO BUFFA
Prosecretario 2°: Dr. BAUTISTA SOUMOULOU
Tesorero: Dr. JORGE CASAS
Vocales:
Dr. PABLO BERTON
Dr. LORENZO OLIVERA
Dr. FERNANDO TOLEDO
Dra. CAROLINA MIOTTO
Dra. CARINA SCICOLI

Comité Científico

Presidente: Dr. WALTER VILLALBA V
Vicepresidente 1°: Dr. GUSTAVO PRINCIPE
Vicepresidente 2°: Dra. MARISOL ALBISU
Secretario: Dra. MARIA JOSE ESTEBANEZ
Prosecretario 1°: Dr. LILIANA MELINGER
Prosecretario 2°: Dr. WALTER ZUKERMAN
Vocales:
Dr. MARCELO GUIMARAENZ
Dra. CECILIA VERDINELLI
Dra. ADRIANA MONTOVANI
Dr. FERNANDO GONZALEZ PARDO
Dr.a. VANINA MARTINEZ
Dr. PABLO CASAS Dra. GISELLE LIVIO
Dr. JUAN PABLO FABRIS
Dra.en Bioq. GRACIELA PENNACHIOTTI
Dra. VERÓNICA HEREDIA

Enfermería y Técnicos Comité Organizador

Presidente: TPC LUCIANO TOMASSINI
Vicepresidente 1°: Lic. PATRICIA URIBE
Vicepresidente 2°: Lic. FABIANA CICCIOI
Secretario: TPC. MARIO ROBBIO
Prosecretario 1°: TPC. CESAR SALAMANCA
Prosecretario 2°: Lic. CELIA TRALMA
Vocales:
Lic. ELBA MASILLA
TPC. MONICA SEPULVEDA
Lic. MARIA ELENA RIVAS

Enfermería y Técnicos Comité Científico

Presidente: Lic. ANA RIOS AGUILERA
Vicepresidente 1°: Lic. MARIANA NAVARRO
Vicepresidente 2°: TPC. CAROLINA STOCCO
Secretario: Lic. ALEJANDRA PRAUSELLO
Prosecretario 1°: Lic. CRISTIAN PACHECO
Prosecretario 2°: TPC. GRACIELA ALBORNOZ
Vocales: TPC. LIDIA GENERAL

Secretaria de Organización: PATRICIA N. VEGA

JORNADAS REGIONALES MULTIDISCIPLINARIAS 2018
AUSPICIOS CIENTÍFICOS

Declarada de Interés Legislativo por la Honorable Cámara de Senadores de la Pcia de Bs. As. Declarada de Interés Provincial por la Honorable Cámara de Senadores de la Pcia de Bs. As.

Declarada de Interés Municipal por la Municipalidad de Bahía Blanca

- Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito X
- Departamento Ciencias de la Salud- Universidad Nacional del Sur
- PRO CI SA Programa de Ciencias para la Salud. (Convenio con Universidad de Buenos Aires, Universidad de La Plata, Universidad Nacional del Sur y FUMEBFA Fundación Médica de B.Bca.
- Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca
- Región Sanitaria 1 Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires
- Departamento de Docencia e Investigación Hospital Interzonal «Dr. José Penna»
- Comité de Docencia e Investigación Hospital Italiano Regional del Sur
- Departamento de Docencia e Investigación Hospital Municipal «Dr. Leónidas Lucero»
- Comité de Docencia e Investigación Hospital Privado del Sur
- Comité de Docencia e Investigación Hospital «Dr. Felipe Glasman»
- Departamento de Docencia e Investigación Hospital Naval de Puerto Belgrano
- Comité de Docencia e Investigación Hospital Militar de Bahía Blanca
- Comité de Docencia e Investigación Hospital Regional Español
- Comité de Docencia e Investigación Hospital Privado «Dr. Raúl Matera»

100 CONFERENCIAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CHARLAS A LA COMUNIDAD
BAHÍA BLANCA PLAZA SHOPPING - SARMIENTO 2153

ÁRBITROS EVALUACIÓN TEMAS LIBRES

Dra. LAURA BRANDANI MTSAC

Dr. CLAUDIO MAJUL MTSAC

Dr. DIEGO PEREZ DE ARENZA MTSAC

Dr. HUGO SILVA MTSAC

EXPERTOS COMENTADORES.

Dr. CESAR BERENSTEIN (Cardiólogo)

Dr. WALTER VILLALBA (cardiólogo)

Dr. RODRIGO DE LA FABA (Cardiólogo).

Dr. MARCELO GARCIA DIEGUEZ (Clínico)

Dr. HUGO SILVA (Cardiólogo)

Dr. RUBEN MOGUILIANSKY (Cardiólogo)

Dr. FERNANDO GONZALEZ PARDO (Cardiólogo)

Dr. ADOLFO QUISPE LAIME (Terapista)

Dra. MARIA EUGENIA ESANDI (Investigadora).

PROGRAMA

VIERNES 20

PEDIATRÍA

Sala 6 - Dra. Alicia Moreau de Justo

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN PEDIATRÍA

Coordinadores

Dres. Ruben Marlia, Lucas Lucarelli, Maximiliano Alda

10:00 hs. Sind. Metabólico en niños

Dra. Mabel Dejter

10:15 hs. ¿Que hay de nuevo en las guías de HTA en la infancia?

Guías 2017

Dra. Laura Alconcher

10:30 hs. Evitemos el sedentarismo: El deporte en la infancia.

Dr. Jorge Bleiz

10:45 hs. Preguntas

Panelistas

Dres. Mario Marzioletti, Carolina Heimrich, Romina Lambert, Soledad González Ríos, Gustavo Méndez

ARRITMIAS Y SÍNCOPE EN PEDIATRÍA

Coordinadores

Dres. Sergio Zich, Gabriel Peluffo, Carina Palacios

11:30 hs. Arritmias prevalentes en niños sin cardiopatías

Dr. Jorge Bleiz

11:45 hs. Síncope en la infancia

Dra. Laura Miraglia

12:00 hs. Muerte súbita de causa arrítmica.

Dr. Jorge Bleiz

Panelistas

Dres. Alejandro Giacone, Maura Papucci, Pablo Mataresse, Natacha Zubimendi, Silvana Haag, Lucía Diomedí, Silvio Tarducci.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS PREVALENTES EN LA INFANCIA

Coordinadores

Dres. Diego Esandi, Rubén Di Giglio, María José Yulita

14:00 hs. CIA, CIV, ductus. Cuando Intervencionismo, cuando cirugía o evolución natural?

Dr. Cesar Comezaña

14:15 hs. Tetralogía de Fallot: ¿Cirugía reparadora precoz?

Riesgos y beneficios

Dr. Cristian Kreutzer

14:30 hs. Decisiones terapéuticas en el paciente con coartación aortica

Dr. Jesús Damsky Barbosa

14:45 hs. Preguntas

Panelistas

Dres. Mariano Sein, Alda Lupi, Carolina Miotto, Mariano Pipkin, Alejandra Pieroni, Fernanda Quiroga

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN EL ADOLESCENTE Y EN ADULTO

Coordinadores

Dres. Dolores Lladó, Jorge Bleiz, Liliana Mellinger

15:30 hs. Tetralogía de fallot reparada: El dilema del reemplazo valvular pulmonar oportuno

Dra. María S. Albisu

15:45 hs. Ventrículo único después de la infancia: repercusión

multiorgánica de la irculación tipo Fontan

Dra. Mariela Mouratian

16:00 hs. Embarazo en la paciente con cardiopatía congénita

Dra. Mariela Mouratian

16:15 hs. Preguntas

Panelistas

Dres. Guillermo López Soutric, Alejandra Álvarez, Mariana Facchini, Juan Pedro Lejarraga, Edgardo Boiza, Marcelo Litré, Mara DAgostino, Mónica Hernandez, Horacio Caferry, Fernando Gonzalez Pardo

17 hs. **CONFERENCIA DE APERTURA**

LA ESTENOSIS AÓRTICA Y SUS DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN

Dr. Ricardo A. Migliore (Presidente S.A.C)

DE QUE TENDRÍAMOS QUE HABLAR EN EL

PRÓXIMO CONGRESO

Dr. Walter Villalba

SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

CLÍNICA MÉDICA - BIOQUÍMICA

Sala 3 - Dra. Susana Gentilucci

Actividades de Bioquímicos

Coordinadora

Dra. Graciela Pennachiotti

9:30 hs. Enfermedad celiaca; diagnóstico inmunológico y patología asociadas.

Bioq. Maria Ester Lastra

Evaluación del Envejecimiento Renal

10:00 hs. ¿Cómo evaluar la función renal en adultos mayores?

Dr. Hernan Perez Teysseire

10:30 hs. Una visión bioquímica del funcionamiento renal

Dra Bioq. Graciela Pennachiotti

11:00 hs. El intestino del tercer mundo: Desequilibrio de la microbiota intestinal

Bioq. Maria Ester Lastra

12:00 hs. Hiperglucemia en Servicios de Clínica Médica:

1. Aspectos clínicos de pacientes con hiperglucemia en la sala de clínica médica

Dr. Dario Leff

2. Resultados del estudio multicéntrico sobre Hiperglucemia en la sala de internación en Centros Argentinos

Dr. Julio Wackers

13 hs. **SIMPOSIO GADOR**

MANEJO DE LÍPIDOS

Dr. Ricardo Rey

CLÍNICA MÉDICA

Sala 3 - Dra. Susana Gentilucci

Nuevas Guías de HTA

Coordinador

Dr. Carlos Wisniewsky

14:00 hs. Nuevas Guías Americanas de HTA: A favor o en contra de su aplicación

Residencias Clínica Médica

Osteoporosis
 Coordinador
 Dres. Roberto Fuentes, Martín Biagioni
 14:45 hs. Tratamiento Farmacológico de la Osteoporosis en mayores de 65 años: A favor o en contra de su tratamiento.
 Residencias Clínica Médica

El pulmón en las enfermedades reumatológicas
 Coordinadora
 Dra. Silvia Mutti
 15:30 hs. Generalidades de compromiso pulmonar en enfermedades reumáticas
 Dr. Luciano Pompermayer
 15:45 hs. Intersticiopatías relacionadas a enfermedades reumáticas
 Dr. Tulio Papucci
 16:00 hs. Enfermedades del colágeno e Hipertensión Pulmonar
 Dr. Luciano Melattini

17 hs. **CONFERENCIA DE APERTURA**
 LA ESTENOSIS AÓRTICA Y SUS DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN

Dr. Ricardo A. Migliore (Presidente S.A.C)
 DE QUE TENDRÍAMOS QUE HABLAR EN EL PRÓXIMO CONGRESO
 Dr. Walter Villalba
 SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

DEPORTE, NUTRICIÓN Y CORAZÓN

Sala 7 - Dra. Elvira Rawson
 Coordinadores
 Dr. Rodrigo de la Faba, Lic. Paola Díaz
 10:00 hs. Entrenamiento cognitivo (Neuromotor)
 Prof. Javier Teijeiro
 10:15 hs. Educación por movimientos, efectos del ejercicio
 Lic. Gerardo Pagoto
 10:30 hs. Corazón, mente y cerebro, un camino en común
 Dres. David Orozco, Rodrigo de la Faba
 10:45 hs. Preguntas
 11:30 hs. Suplementos en el alto rendimiento.
 ¿Indispensables o riesgosos?
 Lic. Laura Vazquez
 11:45 hs. Nutrición deportiva: 5 tips que no debo olvidar
 Lic. Evangelina Bartolomé
 12:00 hs. Otra visión de zapatillas y plantillas
 Kgo. Julián Alonzo
 12:15 hs. Preguntas

DEPORTE

Sala 7 - Dra. Elvira Rawson
 Alto Rendimiento
 Coordinador
 Bernardo Stortoni
 14:00 hs. Entrenamiento de elite
 Lic. Cristian Lambrecht
 14:15 hs. Consejos prácticos para un entrenamiento para maratonistas y triatletas
 Dr. Fernando Petracci
 14:30 hs. Entrenamiento: gestión de la fatiga
 Bioq. Verónica Lomban
 14:45 hs. Preguntas

Coordinador

Dr. Enrique Sgattoni
 15:30 hs. Practica segura de actividad física en ambientes exigentes
 Bioq. Verónica Lomban
 15:45 hs. Uso de biomarcadores para seguimiento de entrenamientos y competencias
 Bioq. Verónica Lomban
 16:00 hs. Fatiga y daño cardiaco en los deportistas de alta carga
 Dr. Roberto Peidro
 16:15 hs. ¿Cómo dar un apto deportivo para los deportistas a amateurs de alto rendimiento?
 Dr. Roberto Peidro
 16:30 hs. Preguntas

Panelistas
 Dr. Luciano Magrotti, Lic. Sebastián Bisiconti

17 hs. **CONFERENCIA DE APERTURA**
 LA ESTENOSIS AÓRTICA Y SUS DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN

Dr. Ricardo A. Migliore (Presidente S.A.C)
 DE QUE TENDRÍAMOS QUE HABLAR EN EL PRÓXIMO CONGRESO
 Dr. Walter Villalba
 SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

CARDIOLOGÍA

Sala 2 - Dra. Liliana Grinfeld
 Cardiopatía Isquémica
 Coordinadores
 Dres. Alberto Caccavo, Rodrigo de la Faba
 10:00 hs. Desde el domicilio a la guardia
 HMALL
 10:15 hs. Biomarcadores en la urgencia: cuales y cuando pedirlos
 Dra. Verónica Heredia
 10:30 hs. Particularidades diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad coronaria en la mujer
 Dra. Vanina Martinez
 10:45 hs. Uso de antiagregantes y anticoagulantes en el 2018
 Dr. Federico Roca

Panelistas
 Dres. Jorgelina Abadie, Ernesto Piccone, Noelia Signoretta

HEMODINAMIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Coordinadores
 Dres. Walter Villalba, Verónica Heredia
 11:30 hs. TAVI: Expandiendo las indicaciones (insufiaórtica, bicúspide, valve in valve, jóvenes y riesgo intermedio)
 Dr. Martin Ordoñez
 11:45 hs. Claudicación Intermitente e isquemia crítica: abordaje de la enfermedad vascular periférica sintomática actual
 Dr. German Stupaczuk
 12:00 hs. Aneurisma de aorta abdominal: Cuando y como debemos tratar los aneurismas
 Dr. Gabriel Cermesoni
 12:15 hs. Cirugía cardiovascular: ¿Jugada de último recurso?
 Dr. Carlos Manuel Schamun

Panelistas
 Dres. Claudia Mortati, Eduardo Ribichini, Geraldina Cura

13 hs. **SIMPOSIO**
VÁLVULA MITRAL
Dr. Hugo Silva

Insuficiencia Cardíaca
Coordinador

Dres. Rubén Moguiliansky, Milagros Lezcano

14:00 hs. Actualización insuficiencia

Dr. Javier Ludueña

14:15 hs. Nuevas drogas en la Insuficiencia Cardíaca

Dr. Maximiliano García

14:30 hs. Redadmisión ¿Cómo podríamos disminuirla?

Dra. Liliana Squadroni

Panelistas

Dres. Gabriela Micelli, Javier Ludueña, Pablo García Pachó

Hipertensión

Coordinadores

Dres. Federico Rocca, Julián Kottliroff

05:30 hs. HTA 140/90

Dr. Claudio Majul

15:45 hs. HTA Secundaria: Algoritmos Diagnósticos

Dr. Francisco Di Mateo

16:00 hs. HTA Resistente: Estrategias terapéuticas

Dra. Mariela Riesvig

16:30 hs. Crisis Hipertensiva: Manejo en el embarazo y puerperio

Dr. Sergio Mendoza

Dra. Mariel Lagarrigue Lazarte

Panelista

Dres. Laura Lamot, Fernando Campastro, Nadia Lodiudice

17 hs. **CONFERENCIA DE APERTURA**
LA ESTENOSIS AÓRTICA Y SUS DIFERENTES FORMAS DE
PRESENTACIÓN

Dr. Ricardo A. Migliore (Presidente S.A.C)
DE QUE TENDRÍAMOS QUE HABLAR EN EL
PRÓXIMO CONGRESO

Dr. Walter Villalba
SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

IMÁGENES

Sala 5 - Juana Manso

Dame los 10 tips más importantes en...

Coordinador

Dr. Eduardo Pérez Martinetti

10:00 hs. Ecografía gineco obstétrica

Dr. Ricardo De Loredo

10:15 hs. Ecografía de abdomen y pelvis

Dra. Zulma Pavone

10:30 hs. Ecografía de cuello

Dr. Jorge Picorel

10:45 hs. Ecoendoscopia

Dr. Manuel Valero

Panelista

Dres. Mariano Piñeiro, Cecilia Urquiola, Agustina Ciccioli

ECOGRAFÍA CARDÍACA Y VASCULAR

Coordinador

Dr. Bernardo Kaiser

Dame los 10 tips más importantes en...

11:30 hs. Ecografía estrés

Dr. Fernando González Pardo

11:45 hs. Ecocardiografía en valvulopatías
Dr. Guillermo Lopez Soutric

12:00 hs. Ecodoppler de vasos de cuello
Dr. Silvina Fernandez

12:30 hs. Ecografía y RNM en cardiopatías
Dra. Vanina Martinez

Panelistas

Dres. Alejandro Calvo, G. Oby. Alberto Vergnes

13 hs. **SIMPOSIO - OSDE**
EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y
EVALUACIONES ECONÓMICAS EN LA TOMA DE
DECISIONES SANITARIAS
Dr. Sebastián García Martí (IECS)

MEDICINA NUCLEAR

Coordinadores

Dres. Eduardo Paris, Walter Zukerman, Alejandro Gonzalez

Dame los 10 tips mas importantes en...

14:00 hs. SPECT Cardíaco

Dr. Pablo Bualo

14:15 hs. Estudios Generales de SPECT

Dr. Marcelino Rodríguez

14:30 hs. Búsqueda de Ganglio Centinela

Dra. Marcela Tombesi

16:30 hs. Tromboembolismo Pulmonar SPECT y CTC

Dra. Bettina Yaman

Panelistas

Dres. Maria Elena Cafasso, Eduardo Perez Martinetti, Ricardo Mujica

17 hs. **CONFERENCIA DE APERTURA**
LA ESTENOSIS AÓRTICA Y SUS DIFERENTES FORMAS DE
PRESENTACIÓN

Dr. Ricardo A. Migliore (Presidente S.A.C)
DE QUE TENDRÍAMOS QUE HABLAR EN EL
PRÓXIMO CONGRESO

Dr. Walter Villalba
SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

TÉCNICOS Y ENFERMERÍA

Sala 4 - Enf. Florencia Nightingale

Técnicos

Coordinadora

TPC Carolina Stocco

10:00 hs. Avances tecnológicos en Holter

TPC. Jesús Huinca

10:20 hs. Interpretación del segmento ST en la Ergometría

Infradesnivel ascendente del ST

¿No hay que tomarlo en cuenta?

TPC. Mónica Sepulveda

10:40 hs. Cámara Gamma vs Peg (Paciente post-IAM)

TPC. Cesar Salamanca

11:00 hs. TILTEST (Estudio de Inclinación Corporal Pasiva)

Dr. Franco Gregoriotti

Panelistas

TPC Mario Robbio, TPC Luciano Tomassini, TPC Jorge Caballero

SÁBADO 21

Enfermería
 Coordinadora
 Lic. Ríos Aguilera Ana María

- 11:30 hs. Síndrome Coronario Agudo
 Lic. Cristian Pacheco
- 11:50 hs. Error y artefactos en el Electrocardiograma
 Lic. Daiana Martín Lic Victoria Fontana
- 12:10 hs. Electrofi Cardíaca
 Enf. María Eugenia Saldaño
 Enf. Saucedo Debora
- 12:30 hs. Enfermería en Hemodinamia
 Enf. Teresa Riquelme

Panelistas
 Lic. Fabiana Ciccio, Lic. Noelia Di Sanz

- Técnicos
 Coordinador
 TPC Luciano Tomassini
- 14:00 hs. Muerte Súbita y Deporte
 Dra. Florencia Amigo
 - 14:20 hs. CDI (Cardiodesfibrilador y TRCD (Resincronizador Cardíaco con Desfibrilador)
 Dr. Onetto Leonardo
 - 14:40 hs. MAPA (Presurometría) vs. Controles Domiciliarios de la TA
 TPC. Carolina Stocco

Panelistas
 TPC Analía Echeverría, TPC Lidia General, TPC Graciela Albornoz

- Enfermería
 Coordinador
 Lic. Javier Lescano
- 15:10 hs. RCP Básico
 Lic. Alejandra Prausello Enf. Vanesa García
 - 15:30 hs. RCP Avanzado
 Lic. Ayala Veronica - Lic. Natalia Aguilar
 Tec. Enf. Angelica Bono
 - 15:50 hs. Hipotermia Terapéutica Inducida en el paciente en PCR
 Lic. Leticia Pichinao, Lic. Elisa Valenzuela,
 Lic. Noelia Di Sanz
 - 16:10 hs. Monitoreo Hemodinámico del paciente Crítico
 Lic. Cecilia Tralma
 Enf. Fernanda Castellano
 - 16:30 hs. Hipertensión Pulmonar asociada a cardiopatía congénita
 Lic. Miguel Espinosa

Panelistas
 Lic. Patricia Uribe, Lic. Cristian Pacheco, Lic. Elva Mansilla

17 hs. **CONFERENCIA DE APERTURA**
 LA ESTENOSIS AÓRTICA Y SUS DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN
 Dr. Ricardo A. Migliore (Presidente S.A.C)
 DE QUE TENDRIAMOS QUE HABLAR EN EL PRÓXIMO CONGRESO
 Dr. Walter Villalba
 SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

CARDIOLOGÍA FETAL

Sala 6 - Dra. Alicia Moreau de Justo

- Cardiología Fetal
 Coordinadores
 Dres. Olivia Cambiasso, María Sol Medina, Julián Kotliroff
- 9:00 hs. Diagnóstico ecocardiográfico fetal
 Dr. Juan Pablo Feldman
 - 9:15 hs. Enfoque multidisciplinario del feto con cardiopatía
 Dra. Ana Espinosa
 - 9:30 hs. Intervencionismo en cardiopatías congénitas en etapa fetal: ¿A quiénes? Resultados actuales
 Dra. Sofía Grinenco
 - 9:45 hs. PREGUNTAS

Panelistas
 Dres. Fernanda Maurin, Alejandra Casadey, Sergio Mendoza, Graciela Rodríguez, Raúl Palmeyro

Cardiopatías congénitas en etapa neonatal

- Coordinadores
 Dres. Alberto Buzzi, Héctor Romaniello, Daniel Quintana
- 10:30 hs. Dificultades y fortalezas actuales en el diagnóstico y manejo neonatal de las cardiopatías congénitas
 Dr. Ernesto Alda
 - 10:45 hs. Estabilización del recién nacido con cardiopatía congénita.
 Dr. Juan Pablo Fabris
 - 11:00 hs. Perspectivas actuales de la hipoplasia de cavidades izquierdas: Desde la estabilización en UTIN hasta los resultados quirúrgicos a mediano plazo
 Dr. Christian Kreutzer
 - 11:15 hs. Inmunización con palivizumab para prevención del VSR en niños con cardiopatía
 Dra. Erica Pacheco

Panelistas
 Dres. Eugenia Chirón, Andrés Aguirre, Carlos Deguer, Laura Barrionuevo, Adriana Medina, Martín Laspiur, Olvaldo Azpilicueta, Mario Iglesias, Ezequiel Trombetta

13 hs. **CONFERENCIA DE CIERRE**
 PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR,
 EDUCAR PARA PREVENIR
 Dr. Miguel González
 SAC NUEVAS FRONTERAS
 Dr. Rodrigo de la Faba
 SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

Clínica Médica
 Sala 3 - Dra. Susana Gentilucci

- Prevención de las adicciones en el ámbito laboral
 Coordinador
 Dr. Fernando Toledo
- 9:00 hs. Aportes 2018 para la prevención laboral de adicciones
 Dr. Ernesto Gonzalez
 - 9:30 hs. Experiencias de detección en el ámbito laboral
 Dra. Roxana Bertran
 - 10:00 hs. Tratamiento y seguimientos de casos positivos
 Dr. Javier Naveros

Demencias: Deterioro cognitivo mínimo

Coordinadora

Dra. Romina Modello

11:00 hs. Detección Temprana del DCM en consultorio

Dr. Luis González Estevarena

11:15 hs. Tratamiento farmacológico del DCM

Dr. Daniel Vilariño

11:30 hs. Tratamiento no farmacológico del DCM

Dr. Matías Mirofsky

Panelista

Dr. Francisco Muñoz

13 hs. **CONFERENCIA DE CIERRE**
PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR,
EDUCAR PARA PREVENIR
Dr. Miguel González
SAC NUEVAS FRONTERAS
Dr. Rodrigo de la Faba
SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

DEPORTE

Sala 7 - Dra. Elvira Rawson

Diabetes y Deporte

Coordinador

Dr. Amilcar Sosa

9:00 hs. Actividad física y prevención primaria en diabetes

Dr. Lucas Sosa

9:15 hs. Actividad física y prevención de las complicaciones en diabetes

Dra. Mariana Gonzalez Molina

9:30 hs. Actividad física y calidad de vida en pacientes de alto riesgo cardiovascular

Dra. Claudia Florez

9:45 hs. Insulina y actividad física

Dra. Azul Larribité

Actividad física y salud

Coordinador

Dr. Walter Villalba

10:30 hs. Rehabilitación cardiovascular

¿Una herramienta menospreciada?

Lic. Gerardo Pagotto

10:45 hs. Deporte y cáncer

Dr. Fernando Petracci

11:00 hs. Hipertensión en ergometría

¿Qué deberíamos hacer?

Dr. Roberto Peidro

11:15 hs. Arritmias en el deporte

Dr. Roberto Peidro

11:30 hs. La vista en el deporte

Dr. Enrique Sgattoni

Panelista

Lic. Diego Villar

13 hs. **CONFERENCIA DE CIERRE**
PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR,
EDUCAR PARA PREVENIR
Dr. Miguel González
SAC NUEVAS FRONTERAS
Dr. Rodrigo de la Faba
SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

CARDIOLOGIA

Sala2 - Dra. Liliana Grinfeld

Cardiología Clínica

Coordinadores

Dres. Ernesto Picone, Vanina Martinez

9:00 hs. Miocardiopatía Hipertrófica: Diagnóstico y tratamiento
Dr. Alfredo Pereyra

9:15 hs. Hipertensión Pulmonar: Diagnóstico y seguimiento
Dra. Adriana Montovani

9:30 hs. Síndrome Aórtico agudo: Cómo arribar al diagnóstico
Dr. Eduardo Ribichini

9:45 hs. FA en el consultorio: Elección del tratamiento
Dr. Martín Calvelo

10:00 hs. PREGUNTAS

Panelistas

Dres. Franco Gregorietti, Sabina Mainardi, Melisa Sánchez

Arritmias en el consultorio

Coordinadores

Dres. Roberto Rodríguez, Maximiliano García

10:00 hs. Extrasístoles

Dr. Leonardo Onetto

10:45 hs. Taquicardia Paroxística Supraventricular

Dr. Franco Gregorietti

11:00 hs. Fibrilación Auricular en UCO/UTI

Dr. Roberto Keegan

11:15 hs. Taquicardia Ventricular en UCO/UTI

Dr. Roberto Keegan

11:45 hs. PREGUNTAS

Panelistas

Dres. Carlos Mao, Mariano Pipkin, Mauricio Traversaro

13 hs. **CONFERENCIA DE CIERRE**
PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR,
EDUCAR PARA PREVENIR
Dr. Miguel González
SAC NUEVAS FRONTERAS
Dr. Rodrigo de la Faba
SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

IMÁGENES

Sála 5 - Juana Manso

TAC-RNM Cardiacas

Coordinadores

Dres. Rubén Rodríguez Vidal, Fernando Gonzalez Pardo

Deme los 10 tips mas importantes en:

9:00 hs. Evaluación Aorta Torax pre y post TAVI

Dr. Federico Landeta

9:15 hs. Estudios cardiológicos por CT

Dr. Federico Landetta

9:30 hs. Cardiopatías estudios funcionales vs. anatómicos

Dr. Walter Zukerman

9:45 hs. Estudios cardiológicos por RM

Dra. Bettina Yaman

Panelistas

Dres. Alberto Cristino, Claudia Mortati, Manuel Gonzalez

TAC-RNM Clínicas
 Coordinadores
 Dres. Matías Mirofsky, Laura Martínez

Deme los 10 tips mas importantes en:

- 10:30 hs. Estudios cerebrales por CT.
 Dra. Laura Martínez
 10:45 hs. Estudios de torax, abdomen y pelvis por CT.
 Dr. Federico Magdaleno
 11:00 hs. Estudios de la mama (Ecografía y RM)
 Dra. Vanesa Ludueña
 11:45 hs. Estudios cerebrales por RNM
 Dr. Daniel Vives
 11:30 hs. Estudios de Torax, abdomen y pelvis por RM
 Dr. Nicolas Muñoz

Panelistas
 Dres. Pablo Casas, Alejandra Pierucci, Karen Bolivar Oros

Imágenes Otros

Deme los 10 tips mas importantes en:

- 11:20:00 hs. Imágenes generales en Pediatría
 Dra. Marcela Tombessi
 12:15 hs. Que debo saber para indicar a una paciente una CT
 y/o una RM
 Dra. Virginia de Langhe
 12:30 hs. Radicación o Imágenes radioprotección de pacientes
 y personal
 Dr. Ubaldo Tentoni

13 hs. **CONFERENCIA DE CIERRE**
 PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR,
 EDUCAR PARA PREVENIR
 Dr. Miguel González
 SAC NUEVAS FRONTERAS
 Dr. Rodrigo de la Faba
 SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

TÉCNICOS Y ENFERMERÍA
 Sala 4 - Enf. Florence Nightingale

Enfermería
 Coordinadora Lic. Cecilia Tralma

- 9:00 hs. Cirugía de Revascularización Miocárdica
 Lic. Eduardo Sánchez
 Lic. Antonela Beradi
 9:20 hs. Abordaje del paciente y Familia en la Unidad de
 Cuidados Críticos
 Lic. Elba Mansilla
 9:40 hs. "Mal de Chagas... la enfermedad escondida"
 Lic. José Luis Araya
 Lic. Mariela Navarro

Panelistas
 Lic. Verónica Ayala, Lic. Raquel Bellini, Lic. Alejandra Praussello

Técnicos
 Coordinador
 TPC Cesar Salamanca

- 10:20 hs. Presentación de casos clínicos
 1. Apnea y arritmias en polisomnografi
 TPC. Lidia General
 2. Deportista de alto rendimiento asintomático
 TPC. Mónica Sepulveda
 3. Paciente con palpitaciones inexplicadas
 TPC. Mario Robbio
 11:05 hs. Marcapasos: Lo que hay que saber
 TPC. Graciela Albornoz

Panelistas
 TPC Jorge Caballero, TPC Jesús Huinca, TPC Carolina Stocco

Enfermería
 11:30 hs. Taller de Electrocardiograma Básica
 Lic. Raquel Bellini
 Lic. Ciccio Fabiana
 Lic. Daiana Martín,
 Lic. Victoria Fontana

Técnicos

- 12:10 hs. Taller de Electrocardiograma Avanzado
 TPC. Luciano Tomassini

13 hs. **CONFERENCIA DE CIERRE**
 PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR,
 EDUCAR PARA PREVENIR
 Dr. Miguel González
 SAC NUEVAS FRONTERAS
 Dr. Rodrigo de la Faba
 SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

COMUNICACIONES ORALES

Viernes 20/04/2018
 de 10:00 a 13:00 hs.
 Salón de Usos Múltiples, Bahía Blanca Plaza Shopping

Sábado 21/04/2018
 de 9:00 a 10:30 hs.
 Salón de Usos Múltiples, Bahía Blanca Plaza Shopping

CHARLAS A LA COMUNIDAD

JUEVES 19 DE ABRIL

19:00 Hs
HIPERTENSIÓN Y EMBARAZO - MITOS, ENFOQUE ACTUAL
Dr. Sergio Mendoza, Dra. Gisela Rueda, Dra. Pamela Gómez

VIERNES 20 DE ABRIL

14:00 Hs
"EL ROL DE LA SOCIEDAD FRENTE A LA PROBLE- MÁTICA ADICTIVA"
Dr. Ernesto González

15:00 Hs
OBJETIVO 25 X 25. QUE PODEMOS HACER PARA CAMBIAR UN DESTINO
Dr. César Berenstein

16:00 Hs
LA NUTRICIÓN DE NUESTROS NIÑOS, CON LA MIRADA PUES- TA EN EL SIGLO XXI
Dr. Esteban Carmuega

18:00 Hs
TENGO COLESTEROL ALTO ¿Y AHORA QUÉ HAGO?
Dr. Ricardo Rey

19:00 Hs
EJECICIOS Y SALUD ¿MÁS ES MEJOR? BUSCANDO LÍMITES
Dr. Roberto Peidro

SÁBADO 21 DE ABRIL

11:00 Hs
"HUERTA FACIL Y SALUDABLE EN TU CASA - de INTA Pro Huerta"

12:00 Hs
HIPERTENSIÓN Y DIABETES, LA INVOLUCIÓN DE LA ESPECIE
Dr. Rodrigo de la Faba, Dr. Lucas Sosa

14:00 Hs
MUJER Y SALUD CARDIOVASCULAR, LO QUE ELLAS TIENEN QUE SABER
Dra. María José Estebanéz

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

Bahía Blanca Plaza Shopping
Lugar: SUM Planta Baja
Viernes 20 de 11:00 a 16:00 Hs
Sábado 21 de 11:00 a 13:00 hs

Medición de presión arterial, colesterol, perímetro de cintura, se entregará material informativo de preven- ción cardiovascular. Esta actividad estará a cargo de enfermeros.

CURSO DE RCP BÁSICO "MANOS QUE SALVAN VIDAS"

Bahía Blanca Plaza Shopping
Lugar: Escenario del Patio de Comidas

Coordinadores
Dra. María José Estebanez, Lic. Patricia Uribe

Se realizarán talleres de RCP básico. Cupos limitados.

Viernes 20 de 11:00 a 12:00 hs. (Un taller por hora)
Viernes 20 de 14:00 a 15:00 hs. (Un taller por hora)
Sábado 21 de 11:00 a 13:00 hs. (Un taller por hora)

12:30 Hs
TALLER DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE
Bahía Blanca Plaza Shopping
Lugar: Escenario del Patio de Comidas

Participan:
Colegio de Nutricionistas de Bahía Blanca
Colegio Goyena
Cooperativa Obrera de Bahía Blanca

SALA 1 - AUDITORIUM

VIERNES 20 DE ABRIL

10:00 a 12:30 hs.

CONAREC

Consejo Argentino de Residentes de Cardiología

TORNEO DE ECG E IMÁGENES

Organizadores: Residentes de Cardiología del Hospital Privado del Sur y Hospital Interzonal "Dr. Jose Penna".

Expertos invitados

Horario 11:00 hs. a 12:30 hs.

Actividad: exposición audiovisual de imágenes de electrocardiograma, ecocardiograma, angiogramografía cardiaca, resonancia cardiaca y cinecoronariografía referentes a casos clínicos de la práctica diaria, de difi cultad intermedia, dirigido a médicos residentes, médicos especializados y estudiantes de medicina avanzados.

Modalidad: Se dividirán a los participantes en diferentes grupos, de acuerdo a la concurrencia. Se realizará la competencia mostrando en pantalla gigante los casos clínicos con sus respectivas imágenes y las respuestas posibles, con modalidad de múltiple choice.

Posteriormente se enunciará y fundamentará la opción correcta, con participación de los expertos invitados. Se entregarán premios simbólicos al/los grupo/s que mayor número de respuestas correctas obtenga.

13:00 a 14:00 hs.

COMO COMUNICA UN TRABAJO EN 250 PALABRAS

Taller de redacción de resúmenes científicos

Cómo hacer interesante tu presentación científica

TALLER - 10 CLAVES PARA QUE UNA PRESENTACIÓN O PÓSTER SEAN EXITOSOS

Docentes:

Prof. Mg Marta del Valle Dr. Marcelo Garcia Dieguez

(Area Análisis Epidemiología de los Determinantes de la Salud)

17 hs. **CONFERENCIA DE APERTURA**

LA ESTENOSIS AÓRTICA Y SUS DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN

Dr. Ricardo A. Migliore (Presidente S.A.C)
DE QUE TENDRÍAMOS QUE HABLAR EN EL PRÓXIMO CONGRESO

Dr. Walter Villalba
SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

SÁBADO 21 DE ABRIL

9:00 hs.

MESA SAC JÓVEN - BAHÍA BLANCA 2018

MIOCARDIA HIPERTRÓFICA Y DEPORTE

¿CÓMO DIFERENCIARLAS?

Dr. Mauricio Traversaro

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE MUERTE SÚBITA

Dr. Franco Gregoriotti

MUESTRA DE IMÁGENES Y CASOS CLÍNICOS

Dr. Facundo Lombardi

TRATAMIENTO INVASIVO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Dr. Esteban Romeo

11:00 hs.

NUEVOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN DIAS-TÓLICA

Dr. Ricardo A. Migliore

13 hs. **CONFERENCIA DE CIERRE**

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR,
EDUCAR PARA PREVENIR

Dr. Miguel González
SAC NUEVAS FRONTERAS

Dr. Rodrigo de la Faba
SALA 1 "Dra. Cecilia Grierson"

PREVENCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

0005 - PACIENTES CON URGENCIA CARDIOVASCULAR INTERNADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2016.

Pilar CARRAL(1) | Rodrigo Alberto DE LA FABA(1) | Marta DEL VALLE(1) | Silvana DIOMEDI(1) | Horacio ROMANO(1) | Antonela GIANGRECO(1) | Ezequiel JOUGLARD(2) | Adriana TOSO(1)

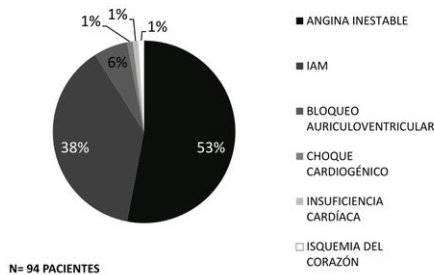
HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS “DR.LEONIDAS LUCERO” (1); SECRETARÍA DE SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE BAHÍA BLANCA (2)

Objetivos: Caracterizar los pacientes que fueron internados por una urgencia cardiovascular (UCV) en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Agudos “Dr.Leónidas Lucero” de la ciudad de Bahía Blanca durante el año 2016.

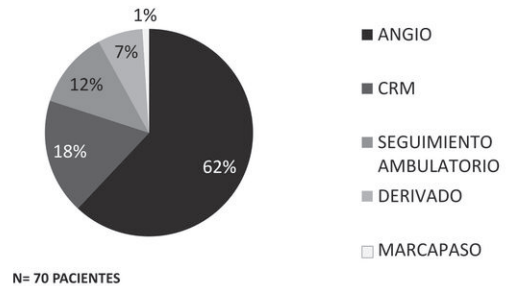
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Los datos fueron obtenidos de fuente secundaria: estadísticas de producción del servicio de Terapia Intensiva desde enero a diciembre 2016 inclusive obtenidas a partir del módulo de internación. Se revisaron las epicrisis y también las historias clínicas en papel para triangular datos faltantes. Se analizaron las internaciones según sexo, edad, diagnóstico y tipo de egreso, factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (FRCV), antecedentes de evento coronario y realización de cinecoronariografía (CCG), con angioplastia (AP) o cirugía de revascularización miocárdica (CRM).

Resultados: La frecuencia acumulada total fue de 105 pacientes en el período en estudio; 74% hombres. La mediana de edad 64 años con una media de 63 y un rango de 27 a 90 años. 11 pacientes tuvieron una enfermedad de base que ocasionó la UCV. De los 94 restantes, 34 tenían antecedentes coronarios. El diagnóstico más frecuente fue angina inestable seguida de infarto agudo de miocardio. En 70 pacientes se realizó CCG, de los cuales 46 terminaron con AP, 13 con CRM, 9 con seguimiento ambulatorio, 5 derivados a otro hospital y 1 fallecido. De los 24 pacientes sin CCG, a 4 se les colocó marcapaso, 10 con seguimiento ambulatorio, 3 derivados a otro hospital y 3 fallecidos.

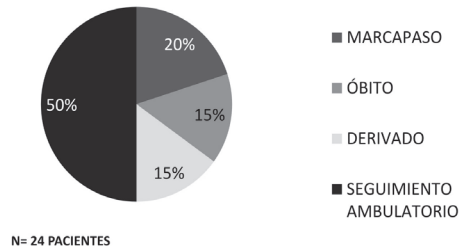
DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES CON URGENCIA CARDIOVASCULAR INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL H.MALL



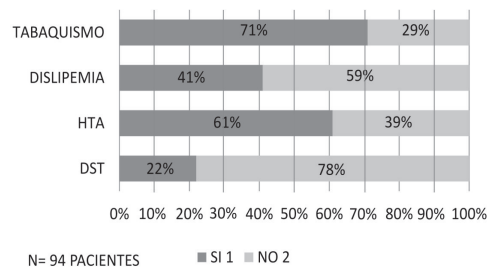
RESOLUCIÓN EN PACIENTES QUE SE REALIZARON CCG



RESOLUCIÓN EN PACIENTES QUE NO SE REALIZARON CCG



FACTORES DE RIESGO



Conclusiones: Se puede observar en esta serie un alto porcentaje de pacientes con antecedentes coronarios y con FRCV y una alta tasa de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. La prevención de este tipo de eventos supone una mejora en el modelo de atención basado en la prevención, promoción

y mejora de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

0007 - PRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES INTERNADOS EN CARDIOLOGÍA: DIFERENCIAS EN LA POBLACIÓN QUE EGRESA CON BENZODIAZEPINAS VS. AQUELLOS QUE NO.

Eliane SASOVSKY(1) | María Teresa POLITI(2) | Raul Eduardo FERREYRA(1) | Guillermo R. BORTMAN(1)

SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE (1); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (2)

Objetivos: Objetivos generales: Conocer las diferencias en la población que egresa con prescripción de Benzodiazepinas de un servicio de cardiología de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva, en pacientes adultos (18 años de edad en adelante) internados en el servicio de Cardiología de un centro privado de CABA entre el año 2014-2017. Se buscó: -Prevalencia de prescripción de benzodiazepinas. -Diferencias en la población en cuanto a edad, sexo, antecedente de deterioro cognitivo, síndrome depresivo, SAOS, internación por síncope/insuficiencia cardíaca, delirio durante la internación. -Diferencias en la medicación al egreso. Los desenlaces fueron evaluados como diferencia de medianas, diferencia de prevalencia y odds ratio (OR), aplicando el test de Wilcoxon (o test de U de Mann-Whitney), el test de chi-cuadrado o modelos de regresión logística uni y multivariados, según el caso.

Resultados: Se analizaron 1317 epicrisis digitales de adultos internados. Dentro de los incluidos en el análisis un 20% egresó con prescripción de benzodiazepinas. En este grupo se encontró una mediana de edad de 59 años, el 50% de sexo femenino. La población que recibió benzodiazepinas tuvo más cantidad de antecedentes de deterioro cognitivo. Presentaron más delirio a lo largo de la internación en comparación con la población que no recibió benzodiazepinas.

Conclusiones: Existe una prevalencia elevada en la prescripción de benzodiazepinas en pacientes con antecedentes cardiovasculares. Ésta es particularmente mayor en pacientes de sexo femenino con antecedente de deterioro cognitivo. El uso de benzodiazepinas se asocia a una mayor probabilidad de delirio en la internación.

0009 - UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE MORISKY PARA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Martina LABAQUI | Patricia BLANCO CERDEIRA | Marcela Adriana DEGRANGE | Sergio IAMARINO | Guillermo José COCCARO

HOSPITAL NAVAL DR. PEDRO MALLO

Objetivos: Diversos métodos han sido propuestos para medir la adherencia (AD) al tratamiento y aquellos basados en el auto-informe del paciente son los que cuentan con mayor validación, con un índice promedio de seguridad de entre el 52 y el 76%, siendo los que mejor se correlacionaron con el conteo de píldoras. La escala Morisky de adherencia de 8 ítems (MMAS-8), es una medida estructurada auto-informada

de la conducta de toma de la medicación y fue desarrollada a partir de una escala de 4 ítems previamente validada y complementada con ítems adicionales que abordan las circunstancias que rodean a la conducta de AD. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la AD al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca, mediante la utilización del MMAS-8. Analizar las características de los pacientes adherentes y evaluar en el seguimiento la presencia de reinternación.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal contactando vía telefónica a 120 pacientes consecutivos que habían permanecido internados desde Enero 2016 hasta Julio del 2017 con diagnóstico de insuficiencia cardíaca bajo tratamiento médico no menor de 6 meses, para determinar la AD mediante el cuestionario MMAS-8. El paciente era considerado adherente cuando tenía un score de 8 puntos. Para aquellos con deterioro cognitivo (definido como el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria volviendo al individuo no auto-válido) el cuestionario fue respondido por el cuidador o familiar. Se relevaron datos epidemiológicos, antecedentes, reinternación y eventos cardiovasculares. Se realizó regresión logística para evaluar la asociación de las variables con la AD.

Resultados: La mediana de edad fue de 83 años (RIC 25-75%; 76-88), 51.7% eran mujeres, el 88.3% hipertensos, 33.3% diabéticos, 35.8% dislipémicos y el 28.3% tabaquistas. El 17.5% tenía antecedentes de infarto de miocardio, el 5% de accidente cerebrovascular, el 20% de vasculopatía periférica, el 20% tenía revascularización y el 23.3% tenía diagnóstico de deterioro cognitivo. El 73.2% recibía más de 3 medicamentos. El 29.8% recibía la medicación administrada por familiar o cuidador por presentar deterioro cognitivo. La mortalidad fue del 25.7%, la reinternación por insuficiencia cardíaca fue del 30.8% y la pérdida de pacientes fue del 5.8%. La AD al tratamiento fue del 34.5%. En el análisis univariado se observó que aquellos que eran adherentes tenían un mayor nivel educativo 22.5 vs 65% (primaria vs universitaria) p: 0.002 (OR 3.08 IC 95% 0.05-051), recibían la medicación de terceras personas vs autoadministración 60% vs 23.7% p: 0.0015 (OR 0.21 IC 95% 0.07-0.61) y tenían diagnóstico de deterioro cognitivo 60% vs 23.7% p: 0.001 (OR: 4.82 IC: 1.65-14.1). En relación a la medicación, aquellos que tomaban más de 3 drogas tenían menor AD 26.7 vs 54.5%, p: 0.018 (OR: 0.30, IC 95% 0.11-0.87). En el análisis multivariado, se observó una tendencia significativa a una menor AD en aquellos pacientes que recibían más de 3 drogas.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes añosos con insuficiencia cardíaca en el seguimiento, solo el 35% presenta adherencia al tratamiento. La misma fue mayor en aquellos pacientes con mejor nivel de instrucción, en quienes recibían menos de 3 drogas y en aquellos en los cuales la medicación era administrada por un tercero, correspondiendo este último grupo al 100% de los pacientes con deterioro cognitivo.

0014 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES ASOCIADOS A SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA DEL

SUEÑO

Analia Marcela ZABALA | Domingo Jesus RIVERO | Marcela Adriana DEGRANGE | Sergio IAMARINO | Guillermo José COCCARO

HOSPITAL NAVAL DR. PEDRO MALLO

Objetivos: Determinar que factores de riesgo cardiovasculares se asocian con el Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal retrospectivo. Se incluyeron 32 pacientes con diagnóstico de SAHS, quienes fueron sometidos a polisomnografía convencional en el ámbito ambulatorio durante el año 2017 y se recabaron datos sobre factores de riesgo cardiovasculares. La gravedad del SAHS fue clasificada según los resultados de la polisomnografía en leve, moderado y severo. Los datos cuantitativos son informados como media \pm desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartilo (RIC), según su distribución Gaussiana. Los datos categóricos son informados como porcentajes. Dependiendo de las variables cualitativas se utiliza test de chi cuadrado apropiado y los datos cuantitativos de acuerdo al número de variables.

Resultados: La edad de la población fue 50 ± 11.3 años, hombres 68%, polisomnografía anormal severa 46%, obesidad grado 1 31.25 %, obesidad grado 2 15.63% obesidad grado 3 18.75%. Hipertensión arterial 71.88 %, dislipemia (DLP) 56.25 %, ex tabaquismo 31.25 %, tabaquismo actual 9.38 %, diabetes tipo 2 46.88 %, fibrilación auricular 15.63 %, colesterol total 194 ± 34.1 mg/dl. Lipoproteína de alta densidad (HDL) 45.5 ± 8.8 mg /dl, triglicéridos mediana 138 RIC 107-188, tratamiento con estatinas 48.28%.

Variable	SAHS leve % (n)	SAHS moderado % (n)	SAHS severo % (n)	P
IMC kg/m2				P trend
Normal	12.5 (1)	11.1 (1)	0	
Sobrepeso	50.0 (4)	55.56 (5)	0	
Obesidad grado I	37.5 (3)	33.3 (3)	26.7 (4)	
Obesidad grado II	0	0	33.3 (5)	
Obesidad grado III	0	0	40.0 (6)	
Dislipemia	87.5 (7)	66.7 (6)	33.3 (5)	P trend 0.036

Conclusiones: Como es conocido, el SAHS puede actuar como factor de riesgo cardiovascular, y además contribuir al desarrollo de los mismos. La obesidad se asocia de forma lineal con la gravedad del SAHS, lo cual es concordante con lo publicado en la bibliografía. Esta es una enfermedad más que la obesidad produce y por lo tanto nos alerta acerca de la concientización por parte del sistema de salud en la detección y tratamiento de este factor de riesgo modificable.

0015 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO LUEGO DEL EVENTO CORONARIO

Camilo Ariel PULMARI | Gabriel JANS | Martín FARFÁN |

Oswaldo Ariel SIMONOVICH | Maria Guadalupe LABADO | Irina HISKIN | Ronald LUIZAGA | Hernán COHEN ARAZI
HOSPITAL LARCADE S. MIGUEL

Objetivos: Conocer la adherencia al tratamiento luego de la internación por evento coronario en pacientes pertenecientes a programa de seguimiento ambulatorio, que hasta la actualidad desde el año 2015 cuenta con 325 pacientes, en donde el tratamiento farmacológico es solventado y la atención médica protocolizada, con disponibilidad de consultorio a demanda y seguimiento telefónico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, unicéntrico, con inclusión de 114 pacientes, que tuvieron evento coronario en el periodo comprendido entre enero del año 2015 y octubre del año 2017. Mediante encuesta realizada en la reunión informativa anual del programa de seguimiento, en el mes de noviembre del año 2017. Se utilizaron test de Morisky-Green para adherencia. Test de Batalla modificado para evaluar conocimiento de la enfermedad. Cuestionario de ansiedad y depresión de Golberg para detección de trastorno de ánimo. Se utilizó software SPSS versión 20. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Participaron 114 pacientes, en donde el promedio de tiempo transcurrido desde el evento a la encuesta fue de $20,84 \pm 1,72$ meses. Predominó el género masculino 76 % ; edad promedio de $62 \pm 1,2$ años. Con respecto al nivel de instrucción, estudios primarios en el 80,7 %. Distribución según evento coronario IAM tipo Q el 52,6 %, IAM no Q el 7% y angina inestable el 23%. Factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial 66%, diabetes mellitus 15,8%, tabaquismo 17,5%, ex tabaquista 47,4% , dislipemia 38,6 % y obesidad 30%. Basados en las recomendaciones del programa, refirieron practicar caminatas diarias el 79 % de los pacientes, consumo de frutas y verduras a diario el 87,7 % y autocontrol de la tensión arterial el 87,7%. Se aplicaron vacunación antigripal 73,7 % y antineumocócica 66,7 %. Pacientes polimedicados, con un promedio de $7 \pm 1,5$ fármacos diarios, divididos en 2 o más tomas en el 90%. Acido acetil salicílico 100 %, clopidogrel 26 %, ticagrelor 8,6 %, beta bloqueantes 93,1 %, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina el 80 %, estatinas el 98,3%, protectores gástricos el 100 %. Discontinuación de algún fármaco anti isquémico en el 10,5 % de los casos, siendo en su mayoría las estatinas por dolores musculares. El conocimiento de la enfermedad presente en el 68,4 %. A pesar de tener dificultad económica el 67 % de los casos, la adherencia es del 80,7%. Se observó que aquellos pacientes que conocen la enfermedad (61,4%) tienen mayor adherencia al tratamiento (76,1%), $p = 0,01$. Tuvieron reingreso por eventos cardiovasculares el 20,7%. (Infarto agudo de miocardio 6,9%; Angina inestable 12,1%; Insuficiencia cardíaca 1,7%). El 66,7% de los pacientes presentaron algún trastorno de ánimo posterior al evento coronario, sin influencia significativa con la adherencia.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento como el conocimiento de la enfermedad en pacientes pertenecientes a programa de seguimiento, en donde la medicación y la atención médica protocolizada es brindada, fueron aceptables.

0025 - EXISTE UNA ALTA PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS PACIENTES INTERNADOS POR SÍNDROMES ISQUÉMICOS AGUDOS EN LA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

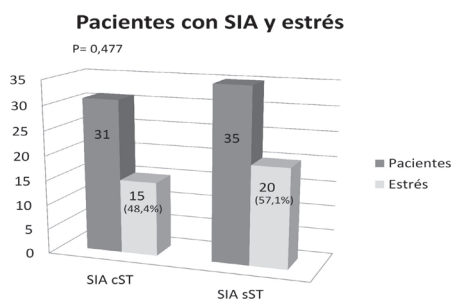
Nicolas Matías D'AMELIO | Silvina FERNANDEZ SALAS | Alejandro TOMATTI | Mario Bruno PRINCIPATO | Natalia CIAMPI | Maria Alejandra VON WULFFEN | Justo CARBAJALES | Rafael Salvador ACUNZO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JM RAMOS MEJÍA

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes (p) internados con síndrome isquémico agudo (SIA) que padecen estrés y si está asociado a alguna característica de los mismos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva 66 p ingresados con SIA y que presentaron en su coronariografía lesión coronaria responsable. Luego de la firma de un consentimiento informado, se les realizaron las siguientes pruebas: escala de estrés percibido (agudo) y escala de acontecimientos vitales estresantes (crónico) bajo supervisión del equipo de psicopatología. Se consideraron positivas cuando el estrés agudo fue ≥ 28 , y la escala de acontecimientos vitales estresantes fue ≥ 200 . Se determinó que el paciente tenía estrés cuando por lo menos uno de las dos escalas era positiva. Se realizaron pruebas de Chi2 y Regresión logística (OR) Se consideró estadísticamente significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: La mediana de edad fue de 59 años (39-81), 49 eran hombres (74,2%), y 35 presentaron estrés (53%). Cuando se analizó por tipo de SIA, de los 31 p con supradesnivel persistente del ST-T (SIAcST), 15 (48,4%) tuvieron estrés; de los 35 sin supradesnivel persistente del ST-T (SIA sST), 20 presentaron (57,1%). No hubo diferencias estadísticas entre los 2 grupos ($p=0,477$). De los 49 hombres con SIA, 49 % tuvieron estrés mientras que de las 17 mujeres, 64,7% lo tuvieron. Tampoco allí hubo diferencia ($p= 0,263$)



Conclusiones: Observamos una alta prevalencia de estrés en nuestra población, la mitad de los pacientes lo padecieron no habiendo diferencias entre tipo de SIA o entre varones y mujeres. Este trabajo plantea que el diagnóstico del estrés debe ser tenido en cuenta por el cardiólogo. El impacto que el tratamiento del estrés puede tener sobre la evolución de

éstos, requiere de una investigación posterior.

0036 - PREDICTORES DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Daiana Ailin PRANTEDA | Carlos Luis GONZALEZ | Leila Ayelen MISERQUE FILIPPELLI | Juan CATTANEO | Gaston DI GIORNO | Enzo CATENA | Roberto CORONEL

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN

Objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las principales causas de muerte cardiovascular a nivel mundial. La Angioplastia percutánea primaria (ACTP) con implante de stent es con menos de 12 horas de iniciados los síntomas, es la opción terapéutica de elección. Se han descripto predictores clínicos asociados a la mala evolución de dichos pacientes posterior al procedimiento, siendo el objetivo final de este trabajo el encontrar la asociación entre determinados factores y mortalidad en población con menos de 65 años durante la internación.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron 200 pacientes consecutivos que ingresaron de urgencia con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST entre junio de 2013 a mayo 2016 con menos de 6 hs de evolución de los síntomas. Los puntos que se tomaron en cuenta para el análisis fueron, sexo, hipertensión (HTA), diabetes, tabaquismo, localización anterior de infarto y lesión severa en más de una coronaria. Tomando en cuenta los pacientes con muerte y los que no la presentaron, se dividió a la población en 2 grupos para poder evaluar las características de la población índice y su relación con la población total de pacientes tratados. Se utilizó para el análisis estadístico el test de Chi² para comparar proporciones. Posteriormente se realizó análisis univariado y multivariado.

Resultados: De los 200 pacientes que se sometieron a angioplastia primaria, 13 (6.5%) fallecieron. La edad media fue de 57 años, 78% (156) masculinos. 131 (66.2%) padecían HTA, 42 (23.2%) diabetes, 81 (40.5%) pacientes eran tabaquistas. Respecto a la localización del IAM, 67 (33.5%) fue de cara anterior y 44 (22%) pacientes presentaban lesión en más de 1 coronaria. En el análisis univariado, la diabetes ($p=0,015$), la localización anterior del IAM ($p=0,007$) y lesión en más de un vaso ($p=0,05$) fueron estadísticamente significativos. De la misma manera, cuando se incluyeron en el análisis multivariado la localización (OR 18 95% IC 2 – 15 $p=0,006$) y más de una coronaria lesionada (OR 4 95% IC 5 – 37 $p=0,005$) se constituyeron como predictores.

Conclusiones: La angioplastia se posicionó como el método de elección para tratar a los pacientes con IAM con elevación del segmento ST. Nuestra experiencia en paciente menores a 65 años evidenció que la localización anterior del IAM y la enfermedad severa en más de una coronaria fueron predictores independientes de muerte intrahospitalaria.

0038 - RECHAZO VERSUS ADHERENCIA ANTE LA INGESTA DE MEDICACIÓN EN UNA POBLACIÓN HOSPI-

TALARIA

Bernardo Martin GONZALEZ ROMEA | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI | Adriana ANGEL | Diego Julio Luis CORDERO | Nicolas Alberto COLOMBO VIÑA | Juan Martin ADJIGOGO-VIC | Marcelo DAK | Jorge DELGADO | Daniel H SUAREZ | Rogelio Alberto MACHADO

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: A pesar de ser un factor decisivo en los resultados de los tratamientos, el rechazo o desagrado producido por la ingesta crónica de drogas ha sido poco estudiado y escasamente tenido en cuenta en las guías terapéuticas. **Objetivos:** Estimar los niveles de desagrado y adherencia (ADH) a la ingesta de drogas y sus relaciones, en nuestro medio.

Materiales y Métodos: Se encuestaron pacientes ambulatorios de una población hospitalaria, elegidos aleatoriamente. El rechazo ante la ingesta se graduó en 5 niveles (nada, poco, regular, mucho, muchísimo) y asimismo, preguntando el tiempo de sobrevida extra (tSV) que solicitarían (o sea, que considerarían justo), a cambio de la hipotética ingesta de por vida, de una pastilla sin efectos indeseables ni costo, tomada diariamente. La ADH se estimó mediante un cuestionario ad hoc basado en el de Morisky, con puntaje aditivo de 0 a 5.

Resultados: Se incorporaron 145 pacientes (61 ± 17 años, 72 mujeres, 95 sin cardiopatía demostrable). Entre los 129 que tomaban alguna medicación, el rechazo fue nulo o leve en 99 (77%) regular en 16 (12%) y >regular en 14 (11%). El tSV, obtenible en 112 de estos 129 individuos, varió entre 1 y 1825 días (5 años), siendo de 1 día en 38 pacientes (34%) y de 1 mes o menor, en 63 (56%). Rechazo y tSV solicitado exhibieron correlación directa ($r_s = 0.41$, $p=0.0001$), en tanto ambos disminuyeron con la edad ($r_s = -0.27$ y -0.20 respectivamente, ambas $p<0.05$). La ADH se relacionó inversamente con el rechazo ($r_s = -0.43$, $p=0.0001$) y el tSV ($r_s = -0.40$, $p=0.0001$) y directamente con la edad ($r_s = 0.28$, $p=0.005$). Rechazo, tSV y edad resultaron predictores independientes de la ADH. El sexo, la presencia de patología cardiovascular y el nivel de educación no evidenciaron efectos significativos sobre el rechazo o la adherencia en nuestra muestra.

Conclusiones: En nuestra población, el rechazo ante la medicación fue muy poco prevalente y se relacionó con el tSV requerido para justificar una ingesta de por vida, que a su vez es otro estimador independiente del rechazo a la medicación y fue menor de 30 días en más de la mitad de los casos. Los incrementos de rechazo y tSV predicen menor ADH. Rechazo y tSV disminuyen con la edad, y estos tres factores se relacionan con la ADH en forma independiente, apuntando a un origen multifactorial de esta última. Al expresar el grado de aceptación o rechazo, el tSV resulta un indicador sencillo y útil para explorar la actitud de los pacientes hacia la medicación.

0039 - RECHAZO A LA INGESTA DE MEDICACIÓN Y BENEFICIOS ESPERABLES CON ESTATINAS COMO PREVENCIÓN PRIMARIA

Carlos A GONZALEZ BARRERA | Adriana ANGEL | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI | Nicolas Alberto COLOMBO VIÑA |

Diego Julio Luis CORDERO | Katherine RUIZ VILLANUEVA | Jorge DELGADO | Eulalio BEREZIUK | Daniel H SUAREZ | Rogelio Alberto MACHADO

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: El rechazo a la medicación prolongada es variable para cada paciente y puede estimarse por el tiempo de sobrevida extra (tSV) que el mismo consideraría justo como compensación por una ingesta de por vida. Por otra parte, la reducción del riesgo cardiovascular (CV) con estatinas como prevención primaria se estima en hasta un 30%. **Objetivos:** Contrastar el tSV solicitado por cada paciente para compensar el desagrado de una medicación de por vida, con el beneficio esperable del empleo sistemático de estatinas.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 91 pacientes ambulatorios de una población hospitalaria, aleatoriamente elegidos, de los cuales se obtenían los factores de riesgo CV. Para cada paciente se determinó su tSV mediante un cuestionario y, por otra parte, se obtuvo su riesgo individual de mortalidad para su edad y sexo, según datos censales de nuestro país, riesgo que se ajustó para su presión arterial sistólica, colesterol y tabaco de acuerdo con el algoritmo SCORE (ESC) para mortalidad cardiovascular (CV). A partir de dicho riesgo se obtuvo la expectativa de vida (EXPECT) para cada individuo, para su edad, sexo y factores de riesgo. Luego se recalcularon las tablas aplicando un decremento del 30% (hipotético, por estatinas) al riesgo de evento CV (estimado a su vez en un 30% del total del riesgo de base por tablas censales), obteniéndose el riesgo y la EXPECT para cada individuo, simulando el uso de estatinas. Dicho decremento por estatinas se aplicó al riesgo estimado a partir de la edad arbitraria de 40 años. El análisis estadístico se realizó mediante técnicas actuariales para el cálculo de tablas de vida con decrementos múltiples (Fontana M, Circulation 2014). Se aceptó $P=0.05$.

Resultados: En 91 pacientes (66 años, rango 27–90, 41 mujeres) el tSV varió entre 1 y 1825 días (mediana 30) y tendió a disminuir con la edad aunque no significativamente ($r = -0.18$). La EXPECT de base osciló entre 3.1 y 60.2 años (mediana 15.8) y con estatinas (EXPECT-ST) entre 3.6 y 61.2 años (mediana 16.7), con una diferencia o beneficio a favor de las estatinas (BEN) = 0.83 años o 10 meses, rango 5.4 a 13.7 meses. Al igual que EXPECT y EXPECT-ST, el BEN se redujo con la edad ($r=0.92$, $P=0.0001$) y fue de tan solo 5.4 a 9.4 meses en los mayores de 75 años. A su vez, resultó BEN>tSV en 71 casos (78%), y BENTSV, $p=0.0001$). En tanto, BEN no difirió significativamente entre ambos grupos. Por otra parte, la pertenencia a estos grupos no se relacionó con la edad ni el sexo de los pacientes

Conclusiones: Si bien el BEN esperable con estatinas, estimado bajo las hipótesis del presente trabajo, fue modesto y no excedió los 13.7 meses, alcanzó a superar al tSV exigido por los pacientes (que estima el rechazo) en el 78% de los casos, favoreciendo así la aceptación de la medicación sobre el rechazo. Solo en el 22% de los casos, el tSV solicitado fue mayor que el BEN esperable de la medicación. Es posible que el hecho de que las relaciones entre BEN y tSV no aparezcan afectadas por la edad, se deba a que ambas variables tienden a reducirse con la misma. En el caso del BEN simulado

para las estatinas, su reducción con la edad se evidencia claramente. La exigencia expresada en el tSV considerado aceptable por los pacientes, y los beneficios esperados de las intervenciones, deberían discutirse cuidadosamente con cada uno de ellos, en particular con aquellos para los que el tSV exigido es mayor que el BEN esperable, o éste sea muy escaso.

0042 - IMPACTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Alejandra Carmen MAMBERTO | María Belén CANTARINI ECHEZARRETA | Marisa Angélica PAGÉS | Daniel ORQUERA

SANATORIO COLEGIALES

Objetivos: La presencia de fibrilación auricular (FA) es habitual en pacientes que se internan por insuficiencia cardíaca aguda. Al final de esta presentación usted podrá conocer la prevalencia de FA con sus características demográficas e implicancias clínicas en la población estudiada.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 200 pacientes consecutivos, de manera retrospectiva, que ingresaron a nuestra institución entre julio de 2014 y junio de 2016 con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda, ya sea de nuevo inicio o como descompensación de una forma crónica. Se excluyeron aquellos que presentaron ICA asociado a un síndrome coronario agudo (p. ej., Infarto agudo de miocardio Killip y Kimball = B). Se recolectaron variables clínicas, de laboratorio y de evolución intrahospitalaria de la historia clínica de los pacientes ingresados al registro.

Resultados: Se analizaron 200 pacientes con una edad media de 77 años (± 14). El 49% eran hombres, 87% hipertensos, 19% tenían antecedente de infarto previo y el 28.5% presentaban deterioro de la función sistólica del Ventrículo izquierdo (FSVI) moderada a severa. La prevalencia de fibrilación auricular al ingreso fue del 40%, compuesto en un 34% por FA crónica y en un 6% por una FA de novó. Cuando se compararon características diferenciales entre los pacientes con FA crónica y ritmo sinusal, observamos que dentro los pacientes con FA crónica, estos tendían a tener una edad más avanzada, con una prevalencia similar de otros factores de riesgo. La presencia de fibrilación auricular crónica se asoció a mayor sintomatología con disnea habitual en peor clase funcional de forma significativa ($p 0,012$). En el análisis multivariado, observamos que solo la presencia de fibrilación auricular ($p 0.041$) junto con el deterioro severo de la fracción ($p 0,05$) resultaron ser los únicos predictores independientes para la disnea significativa. No hubo diferencias significativas respecto de parámetros evolutivos de los pacientes respecto del tiempo de internación ni de otros parámetros de mala evolución como la progresión al shock cardiogénico, el requerimiento de la instrumentalización de la vía aérea ni la muerte durante la evolución intrahospitalaria.

Tabla 1	n= 200
Edad (Media \pm DS)	77 años (± 14)
Sexo Masculino [n (%)]	98 (49%)
Antecedentes	
Hipertensión arterial [n (%)]	174 (87%)
Dislipemia [n (%)]	70 (35%)
Diabetes [n (%)]	54 (27%)
Ex tabaquista [n (%)]	68 (34%)
Infarto de miocardio previo [n (%)]	39 (19.5%)
Angioplastia previa [n (%)]	26 (13%)
Cirugía cardíaca previa [n (%)]	23 (11.5%)
Vasculopatía [n (%)]	31 (15.5%)
Accidente cerebrovascular [n (%)]	26 (13%)
Antecedente de Fibrilación auricular [n (%)]	79 (39.5%)
EPOC [n (%)]	24 (12%)
Insuficiencia renal crónica [n (%)]	31 (15.5%)
Antecedente de ICC [n (%)]	159 (79.5%)
Implante de CDI/TRC [n (%)]	2 (1%)
Deterioro moderado a severo de la Fey [n (%)]	57 (28.5%)
Medicación	
IECA/ARA II [n (%)]	117 (58.5%)
Betabloqueantes [n (%)]	114 (57%)
Diuréticos [n (%)]	70 (35%)
Anticoagulantes orales [n (%)]	45 (22.5%)
Amiodarona [n (%)]	12 (6%)
Digitales [n (%)]	8 (4%)

Fibrilación Auricular en pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca

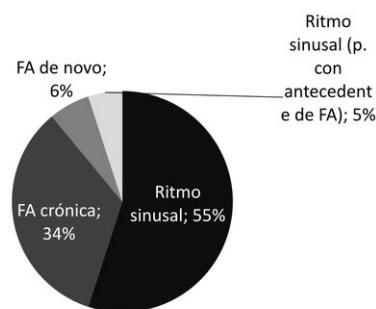


Fig. 1 Prevalencia de la fibrilación auricular en la población que ingresa por insuficiencia cardíaca aguda.

Conclusiones: El 40% de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca presenta concomitantemente fibrilación auricular. Su presencia se relaciona con mayor sintomatología, sin diferencias evolutivas durante la internación. Estos hallazgos evidencian que la presencia de fibrilación auricular en pacientes que se internan por insuficiencia cardíaca no representa en sí misma un criterio de mal pronóstico en la evolución intrahospitalaria, aunque si representa un factor

a tener en cuenta sobre la calidad de vida y sintomatología habitual

0046 - PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA, FACTORES ASOCIADOS Y VALOR PRONÓSTICO DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Vanesa Giselle VECCHIO | María Cecilia RINALDI | María Gabriela GUTHMANN | Claudio DAZEO | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN

SANATORIO FRANCHIN

Objetivos: Evaluar la prevalencia de anemia en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Evaluar los factores asociados a la presencia de anemia y si la misma es un predictor de eventos intrahospitalarios.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva pacientes internados en unidad coronaria con diagnóstico de ICA y se dividieron según la presencia o no de anemia (definida como hemoglobina < 12 g/dL en mujeres y < 13 g/dL en hombres, según el laboratorio de ingreso). Se evaluaron los antecedentes, parámetros clínicos, de laboratorio y la función ventricular definiendo IC con función sistólica reducida a una fracción de eyección < 40% (IC-FEr). Se analizó la evolución intrahospitalaria considerando el punto combinado de mortalidad intrahospitalaria, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y de inotrópicos por > 48 horas.

Resultados: Se incluyeron 237 pacientes con una edad de 54 ± 12 años, 24% mujeres. Se encontró anemia en el 31.6% de los pacientes (n=75). Los pacientes con anemia presentaron mayor edad (59 ± 12 versus 52 ± 11 , $p < 0.0001$), mayor antecedente de diabetes mellitus (38% versus 16%, $p < 0.0001$) y de hipertensión (58% versus 43%, $p = 0.001$), sin diferencias en el resto de los antecedentes. Por otro lado, presentaron mayor uremia (68 ± 41 versus 46 ± 21 mg/dL, $p < 0.0001$), mayor creatinina (2.4 ± 1 versus 1.03 ± 0.4 mg/dL, $p < 0.0001$) y menor natremia al ingreso (135 ± 4 versus 138 ± 5 mEq/L, $p = 0.001$). El punto combinado se presentó en el 7.23% de los pacientes (n=17) con una mortalidad del 3.4% (n=8). En el análisis univariado, la anemia (OR 2.4 (IC95% 1.01 – 7.0), $p = 0.04$), la natremia (OR 0.91 (IC95% 0.83-0.99), $p = 0.04$) y la uremia (OR 1.02 (IC95% 1.003-1.03), $p < 0.001$) se asociaron al punto combinado. En el análisis multivariado, sólo la uremia al ingreso fue predictor independiente del punto combinado (OR 1.01 (IC95% 1.008 – 1.03), $p = 0.01$).

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con ICA la anemia presentó una alta prevalencia y se asoció a mayor edad, mayor antecedente de diabetes mellitus, de hipertensión, menor natremia y peor función renal. Por otro lado, se asoció al punto combinado en el univariado, pero no fue predictora independiente de eventos intrahospitalarios.

0050 - PREDICTORES CLÍNICOS DE REINTERNACIÓN Y MUERTE A LOS 30 DÍAS DEL ALTA EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Daniel José IGLESIAS | Graciela Susana TREJO | Francisco Enrique A. TELLECHEA

| Mariela Susana LEONARDI | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DAZEO

UNIDAD ASISTENCIAL POR MAS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Evaluar la presencia de factores predictores de reinternación y muerte al mes, en pacientes dados de alta luego de un episodio de insuficiencia cardíaca aguda (ICA)

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 65 años internados en unidad coronaria con diagnóstico de ICA. Se consignaron las siguientes variables clínicas y de laboratorio al alta: Presión sistólica (TAS), frecuencia cardíaca (FC), uremia, clearance de creatinina (CLCR), natremia y hematocrito (hto). Durante la internación se evaluó la el requerimiento de inotrópicos, de diálisis o ultrafiltración y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (fey). A los pacientes dados de alta se les realizó seguimiento al mes. Se consideró el punto combinado de mortalidad global y reinternación de causa cardiovascular (por ICA, síndrome coronario agudo, arritmias, stroke).

Resultados: Se incluyeron 423 pacientes con una edad de 77 ± 8 años, 51% mujeres, 83% con antecedentes de hipertensión, 24% diabéticos, 33% con fibrilación auricular crónica y el 17% con antecedente de infarto previo. Durante la internación, el 14.6% requirió inotrópicos (n=62), el 5.9% diálisis o ultrafiltración (n=25) y la Fey promedio fue de 42 ± 12 %. Al alta presentaron una TAS 116 ± 21 mmHg, un hto de 37 ± 6 %, uremia 63 ± 35 mg/dL, CLCR 55 ± 27 ml/min y una natremia de 134 ± 4 mEq/L. A los 30 días el punto combinado se evidenció en el 5.7 % (n=24) con una mortalidad del 2% (n=9). En el análisis univariado la natremia, la uremia y el requerimiento de inotrópicos se asociaron al punto combinado, mientras que en el multivariado, sólo la natremia al alta fue predictor independiente del punto combinado con un OR 0.91 (IC95% 0.84 – 0.99), $p = 0.02$

Conclusiones: La tasa de reinternación y muerte a los 30 días del alta fue baja en nuestra población. En el univariado la uremia al alta, la natremia al alta y el requerimiento de inotrópicos durante la internación se asociaron al punto combinado, mientras que sólo la natremia fue predictor independiente

0054 - UTILIDAD DEL RECONOCIMIENTO CARDIOLÓGICO PRE COMPETITIVO

Facundo SUAREZ | Bruno Ceferino PERESSOTTI | Rogelio MACHADO | Diego Julio Luis CORDERO | Adriana Alejandra ANGEL | Jorge Mario DELGADO | Marcelo Alberto DAK | Nicolás Alberto COLOMBO VIÑA | José Alejandro DE GREGORIO | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: el objetivo del trabajo es valorar la utilidad de un reconocimiento cardiológico completo pre competitivo que permita identificar patologías cardíacas con potencial riesgo de muerte súbita.

Materiales y Métodos: realizamos un protocolo pre participación en competición deportiva el cual incluía el interrogatorio, exploración cardiovascular, un electrocardiograma (ECG), un ecocardiograma Doppler y una prueba ergométrica graduada

(PEG).

Resultados: se analizó a 397 deportistas (68% hombres, edad media $16,5 \pm 3,4$ años. A partir del interrogatorio se obtuvo los siguientes datos: todos se encontraban asintomáticos, ninguno era tabaquista, ni hipertenso, ni diabético, ni dislipidémico. Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica 2,4%, de dislipidemia 2,6%, de hipertensión arterial 3% y de tabaquismo 13%. A partir del examen físico se encontró en 38 individuos (9,6%) un soplo en mesocardio. En el ECG se encontró bradicardia sinusal (73%), signos de hipertrofia ventricular izquierda (28%), bloqueo incompleto rama (8%), repolarización precoz (18%) y bloqueo auriculoventricular de primer grado (4%), WPW (0,25%). En el ecocardiograma Doppler se encontró hipertrofia ventricular leve del ventrículo izquierdo en 13 deportistas (3,2%), insuficiencia valvular mitral leve en 2 (0,5%), insuficiencia valvular aórtica leve en 6 (1,5%), 2 individuos (0,5%) presentaron una válvula bicúspide y 1 (0,25%) presentó hipertrofia moderada del ventrículo izquierdo. Se encontró 1 PEG positiva por isquemia (0,25%). Posteriormente en este individuo se identificó un trayecto intramiocárdico de la descendente anterior en la coronariografía, siendo excluido de realizar actividad deportiva competitiva. En 2 individuos se ampliaron estudios, permitiendo competir pero recomendándose control periódico cardiológico.

Conclusiones: la realización de un reconocimiento cardiológico pre competitivo nos ha permitido identificar 1 caso con riesgo de muerte súbita y 2 casos que precisan un seguimiento cardiológico. Estos hallazgos podrían justificar realizar reconocimientos en todos los individuos que empiezan con actividad deportiva competitiva y asistencia médica durante la competición siendo recomendada la supervisión de cardiólogos.

0055 - PROMEDIOS TENSIONALES GLOBALES MEDIDOS POR MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN RELACIÓN AL DAÑO MIOINTIMAL CAROTÍDEO EN UNA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA CLÍNICA

Lucila Agustina CARRETTO | Bruno Ceferino PERESSOTTI | Rogelio MACHADO | Leonel Mariano LODOLO MURCIA | Jose Alejandro DE GREGORIO | Juan Ignacio CORTE | Matias Benjamin PADILLA | Marcelo DAK | Jorge Mario DELGADO | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar la relación entre el daño miointimal carotídeo y la presión arterial global promedio medida por monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA).

Materiales y Métodos: se analizaron de manera retrospectiva 948 historias clínicas ambulatorias del laboratorio de hipertensión arterial (HTA). Se incluyó para el análisis a los pacientes masculinos mayores de 45 años y femeninos mayores de 55, que al menos en los últimos 48 meses se hayan efectuado un MAPA y un Doppler carotídeo con medición del índice íntima-media. Se excluyeron aquellos registros de pacientes con antecedentes documentados de enfermedad

cardiovascular aterosclerótica. Se tuvo en cuenta para el estudio un total de 156 registros, edad media de $77,40 \pm 8,27$ años, hombres 25%. Se conformaron 3 grupos de análisis para el cotejo estadístico, según la respuesta hipertensiva global: Grupo 1: HTA sistólica o diastólica global (TAS mayor o igual 130 y TAD < 80 o TAS < 130 y TAD mayor o igual 80), n=39 (25%), edad $74,14 \pm 5,37$. Grupo 2: HTA sistodiastólica global (TAS mayor o igual 130 y TAD mayor o igual 80), n=33 (21%), edad $74,72 \pm 10,65$. Grupo 3: normotensión global (TAS < 130 y TAD < 80), n=84 (54%), edad $79,96 \pm 7,50$. Las variables predictoras (grupos de HTA por MAPA) así como las variables de respuesta (alteración miointimal carotídea) se expresan categóricamente. Se consideró como daño de órgano blanco carotídeo (DOB) tanto al aumento del espesor íntima-media como a la presencia de placa aterosclerótica, indistintamente. Para el análisis estadístico de variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrado de asociación y para las continuas, el test de ANOVA de un solo factor.

Resultados: al comparar G1 vs G2 vs G3, se observó una diferencia significativa en la población de cada grupo así como en la edad, dislipidemia, antecedentes de tabaquismo y uso de betabloqueantes. Las otras variables analizadas: DBT, tabaquismo actual, uso de IECA, uso de ARA II, uso de bloqueantes cálcicos, uso de diuréticos y uso de estatinas no fue significativo. En la tabla se muestra los resultados de la comparación de los grupos en relación al daño miointimal carotídeo.

	G1	G2	G3	P
IMT (M±DE)	1,0446±0,2238	1,0755±0,2285	1,1014±0,2384	0,447
IMT AUMENTADO (%)	84,62	72,73	71,43	0,275
PLACAS (%)	53,85	63,64	75,00	0,059
DOB CAROTÍDEO (%)	84,62	90,91	85,71	0,700

Conclusiones: en este estudio, los pacientes catalogados como normotensos son los más añosos y junto con los hipertensos sistólicos o diastólicos son más dislipidémicos. A su vez, estos últimos tienen mayores antecedentes de tabaquismo. En cuanto al tratamiento, tanto los pacientes hipertensos sistodiastólicos como los normotensos, reciben betabloqueantes en mayor proporción que los hipertensos sistólicos o diastólicos aislados. Por lo demás, no encontramos relación entre los valores tensionales promedio globales de TA y daño miointimal carotídeo.

0065 - CONDUCTA FRENTE A LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN UNA MUESTRA DE MEDICOS DEL SANATORIO MUNICIPAL DR. JULIO MÉNDEZ.

Carolina TABOADA | Diego Alfonso ACOSTA | Brenda Laura LABIN | Santiago Tomás BOCCACCI | Néstor Ignacio GARCÍA

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Objetivos: Determinar la actitud de los médicos en el Sanatorio Municipal Dr. Julio Mendez en relación a la indicación y al manejo de estatinas en diferentes escenarios clínicos.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta a 53 médi-

cos, con diferentes especialidades, que interrogo el modo de indicación de estatinas y su manejo habitual. Los resultados se informaron, en caso de variables cuantitativas como media \pm desvío estándar o mediana y rango intercuartilo (RIC) y se compararon mediante test no paramétricos. Las variables categóricas se reportaron como porcentajes y su comparación se realizó mediante test de chi cuadrado adecuado a cada caso. Se tomó $p < 0.05$ como significación estadística.

Resultados: La edad de los médicos fue de 41 (33 - 48) años. Cardiólogos y no cardiólogos tuvieron la misma proporción de médicos menores de 45 años 34.5 % vs 37.5 % p ns. Los cardiólogos fueron hombres en un 72 % de los casos y los no cardiólogos un 33.3 % $p=0.004$. El 76% de los cardiólogos estuvieron de acuerdo con indicar estatinas a diabéticos vs 46 % en los no cardiólogos $p=0.03$. En presencia de hepatopatía, el 100 % de los cardiólogos estuvo en desacuerdo en no agregar estatinas vs el 79% de los no cardiólogos ($p=0.03$). Cuando el C-LDL > 190 mg/dl era el único criterio de riesgo, el 72% de los cardiólogos aprobó la indicación de estatinas vs el 54% en no cardiólogos; el 89% estuvo en desacuerdo con no utilizar dosis altas de estatinas en prevención primaria vs el 70 % en no cardiólogos; y el 96% estuvo en desacuerdo con no agregar estatinas en pacientes coronarios con C-LDL bajo vs el 75% en no cardiólogos; aun que no se vieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguno de estos escenarios.

Conclusiones: Los cardiólogos adhieren en mayor proporción que otros médicos a las guías de tratamiento en pacientes con indicación de estatinas.

0066 - ESTUDIO COMPARATIVO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA ENTRE LA ETIOLOGÍA CHAGÁSICA E ISQUÉMICO-NECRÓTICA: DIFERENCIAS EN CARACTERÍSTICAS BASALES, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

Diana Patricia GUTIERREZ CABEZAS | Daniel Anibal ORQUERA | Natalia CARRO | Raul Cesar CHADI | Julieta SORICETTI | Lucas TINTPILVER | Máximo SENESI | Miriam Mabel CURCIO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Objetivos: Comparar las características basales, evolución y pronóstico de la población con insuficiencia cardíaca descompensada y fracción de eyección $< 40\%$, de etiología chagásica en relación a la isquémico-necrótica, que cursó internación entre enero del 2015 y diciembre del 2017 en el Hospital Carlos Durand.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de cohorte retrospectivo y analítico de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección (fey) $< 40\%$. Se dividió la población en dos grupos: grupo 1 (chagásicos) vs grupo 2 (isquémicos). Las variables numéricas se reportaron como media \pm desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartilo (RIC), dependiendo de la distribución de los datos. La comparación de estos datos se realizó con pruebas no paramétricas. Las variables categóricas se reportaron como porcentajes y se

compararon con prueba de Chi cuadrado que corresponda al caso. Se definió error alfa 0.05 para determinar significación estadística.

Resultados: De un grupo de estudio de 95 pacientes, la incidencia de IC chagásica fue de 32.22 % ($n=29$). La media de edad del grupo (1) fue de 55.5 ± 12.7 vs grupo (2) 67.4 ± 10.7 , $p=0.0001$; no se encontraron diferencias significativas respecto en sexo, fey, Tensión arterial, frecuencia cardíaca y clearance entre ambos grupos. En relación a los factores de riesgos cardiovasculares, los chagásicos presentaron mayor incidencia de no fumadores (50% vs 26.7 %, $p=0.01$); menor proporción de pacientes diabéticos (15.6 % vs 39.7%, $p=0.01$); y menor porcentaje de individuos con hipertensión arterial (46.9 % vs 73 %, $p=0.01$). La presencia de BRD fue de 53.1 % en el grupo 1 vs 12.7 % grupo 2 ($p=0.001$). Con respecto al tratamiento, los chagásicos recibieron amiodarona en un 50% vs 14.3% ($p=0.001$), anticoagulación oral en un 40.6% vs 15.9% ($p=0.008$), evidenciando una mayor tendencia de accidente cerebrovascular isquémico (ACV), sin diferencias en la presencia de fibrilación auricular entre los grupos. Se observó un mayor uso de marcapasos en el grupo 1 (31.2 % vs 3.2 %, $p=0.001$). Por otra parte, al momento del alta hospitalaria, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Pese a que los pacientes chagásicos eran más jóvenes, con menos factores de riesgos cardiovasculares y comorbilidades, la re-internación por IC y mortalidad por todas las causas fue mayor en estos individuos, teniendo en cuenta que, al momento del alta hospitalaria ambos grupos presentaron similar tratamiento farmacológico.

CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

0012 - TROPONINA I ULTRASENSIBLE EN UNIDAD DE DOLOR PRECORDIAL Y SU CORRELACIÓN CON LESIONES CORONARIAS ANGIOGRAFICAMENTE SIGNIFICATIVAS

Melisa SANCHEZ | Maximiliano GARCIA | Francisco DI MATTEO | Liliana SQUADRONI | Mariela REISVIG | Marcelo L. GUIMARAENZ | Maria Jose ESTEBANEZ | Adriana Cecilia MONTOVANI

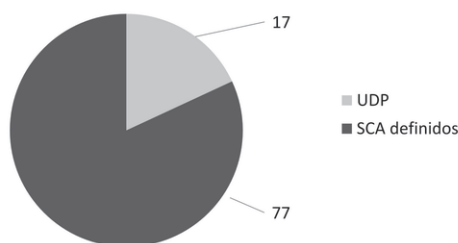
HOSPITAL PRIVADO DEL SUR

Objetivos: Relacionar los valores de troponina I ultrasensible (TnIu) con los resultados de una cinecoronariografía (CCG) realizada en contexto de una unidad de dolor precordial (UDP).

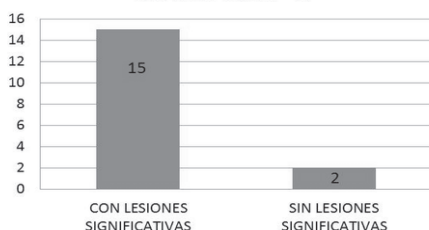
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, de 12 meses de duración, en el que se incluyeron inicialmente 94 pacientes que presentaron TnIu positiva luego de 6 hs de inicio del dolor precordial. Los datos fueron recabados de las historias clínicas. Quedaron finalmente seleccionados 17 pacientes.

Resultados: De los 17 pacientes estudiados, 13 fueron hombres (76,5%), con una media de edad de 62.6 años. A 15 pacientes se les diagnosticó enfermedad coronaria por poseer al menos una arteria con lesión angiográficamente significativa en la CCG. Los 2 restantes presentaron TnIu positiva con CCG sin lesiones.

PACIENTES CON TROPONINA I POSITIVA



TOTAL DE CCG N° 17



Conclusiones: En nuestra experiencia, la TnIu > 10 ng/dl en contexto de una UDP, presentó una importante correlación con lesiones angiográficamente significativas.

0022 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS Y CORONARIAS NORMALES

Sofía Belén BINDER | Andrea GIL PLOZZER | Marcela Adriana DEGRANGE | Sergio IAMARINO | Alejandro TETTAMANZI | Jorge N. WISNER | Laura DE CANDIDO | Marcel Gustavo VOOS BUDAL ARINS

HOSPITAL NAVAL DR. PEDRO MALLO

Objetivos: Determinar la prevalencia del síndrome coronario agudo (SCA) con arterias coronarias normales y características de estos pacientes en el Hospital Naval Dr. Pedro Mallo.

Materiales y Métodos: Entre los años 2013 y 2017 se realizaron 149 cinecoronariografías (CCG), en pacientes que presentaban SCA (angina inestable, infarto con y sin ST). Se realizó un análisis retrospectivo de estos pacientes. Las variables cuantitativas se informaron como media \pm desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartilo (RIC) de acuerdo a la distribución de los datos. Estos datos se compararon con pruebas no paramétricas. Los datos categóricos se informan como porcentajes y se compararon con prueba de chi cuadrado que corresponda. Se determinó alfa 0.05 para significación estadística.

Resultados: La prevalencia de pacientes con SCA y coronarias normales fue de 20.8 %. La edad del grupo coronarias normales (grupo=1) fue de 64.7 ± 10.2 años vs 62.8 ± 11.3 grupo coronarias anormales (grupo=2). Sexo femenino grupo 1 63.3 % vs 18.8% grupo 2 $p=0.000$; grupo 1; diabetes 32.26 % vs 59.3 % grupo 2 $p=0.007$. Los pacientes del grupo 1 presentaron 54,8 % angina inestable vs 18,6 % grupo 2; IAM no q grupo1 32.26 % vs 11 % $p=0.004$; Angioplastia (ATC) programada grupo 1 9,68 % vs 63,56 % $p=0.000$; muerte súbita grupo 1 3.23% vs 0% grupo 2 $p=0.05$.

Modelo de regresión logística para evento M	OR (Ic95%)	p	ABC
E	1,12 (1,03-1,2)	0,00	0,79 (0,61-0,95)
S	1,08 (0,99-1,2)	0,05	0,70 (0,53-0,88)
E + S	E 1,2 (1,04-1,2)	0,00	0,83 (0,69-0,96)
	S 1,06 (0,95-1,2)	0,24	

Score 1 (ABC)	Score 2 (ABC)	Valor p
S (0.70)	D (0.79)	0.44
S (0.70)	E+S (0.83)	0.14

Características del procedimiento y evolución

Tronco Protegido		12.5%	
Segmento	Ostial	27.5%	
	Proximal	2.5%	
	Medio	7.5%	
	Distal	62.5%	
Combinada con ATC a otro vaso		75%	
Otro vaso tratado	DA	51.7%	
	DA y CX	31%	
	CX	13.8%	
	CD y CX	3.4%	
BCIA		51.3%	
Inotrópicos		30.8%	
Antiagregante	Clopidogrel	80%	
	Prasugrel	15%	
	Ticagrelor	5%	
Evento en hemodinamia	12.8%	Angor	20%
		ARM	20%
		TV	20%
		HTA	40%
Sangrado mayor TIMI		10%	
Re IAM intrahospitalario		5%	
ACV intrahospitalario		0%	
M en hemodinamia	2.5%	M Intrahosp.	32.5%
M en UCO	30%		(n=13)
ATC Emergencia	M Hd	7.7% (n=1)	
	M UCO	67% (n=8)	
ATC Urgencia	M Hd	0%	
	M UCO	24% (n=4)	
ATC Programada	M Hd	0%	
	M UCO	0%	

PAYASLIAN | Patricio RATTAGAN | Verónica GONZALEZ | Patricia Carmen GITELMAN | Brenda MANGARIELLO | Carlos Daniel PIÑEIRO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ

Objetivos: Analizar el valor del Euroscore (E) como predictor de muerte intrahospitalaria en pacientes (p) a los que se le realizó ATCTCI. Analizar si el score de SYNTAX (S) combinado al Euroscore mejora el valor predictivo de muerte intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron las epicrisis computadas de los p que ingresaron en forma consecutiva por ATCTCI entre Julio de 2008 y Enero de 2018. Como punto final se evaluó mortalidad intrahospitalaria (M). Se utilizó el E y el S como variables continuas. Se construyeron modelos de regresión logística para evaluar predicción de M con: E, S y la combinación de ambos. Se construyó ABC (área bajo la curva) para evaluar discriminación de cada modelo y se compararon entre sí.

Resultados: De 45 p la edad media fue 70 años (DS ±11), 22% de mujeres. Factores de riesgo: 18% diabetes, 78% hipertensión arterial, 16% tabaquismo, 43% extabaquismo y 36% dislipemia. Antecedentes coronarios: 33% IAM, 42% angina crónica estable, 25% angioplastia coronaria, 11% cirugía de revascularización miocárdica. Se realizó ATCTCI con tronco protegido 9%. El E fue 5 (IQ25-75: 2-13) y S 28 (IQ25-75: 20-32). En la evolución se observó M de 30% (n=13), siendo 0% en programadas, 21% en urgencia y 69% en emergencia. Los resultados de regresión logística y ABC se resumen en la tabla 1 y la comparación de ABC en la figura 1 y tabla 2.

Conclusiones: El E fue mejor predictor de M que el S e independiente del mismo en pacientes con ATCTCI. La combinación de ambos scores mostró una tendencia a mayor discriminación respecto al S. Es probable que con el aumento del tamaño muestral se evidencien diferencias estadísticamente significativas.

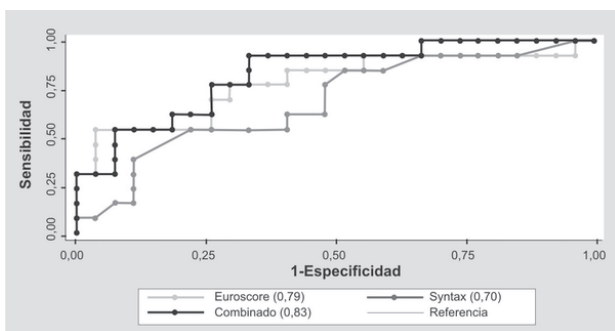
0037 - TRATAMIENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL POR VIA ENDOVASCULAR; EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Lorena Natalia GIL | Carlos Luis GONZALEZ | Facundo ESTEVEZ TRAVERSI | María Florencia ACOSTA | Candelaria PEREA | Enzo CATENA | Gaston DI GIORNO | Roberto D. CORONEL

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN

Objetivos: Analizar la población y resultados de los pacientes que ingresaron en forma programada para tratamiento endovascular de aneurisma de aorta abdominal. Tipo de estudio: Descriptivo

Materiales y Métodos: Desde abril de 2013 hasta febrero de 2016 se incluyeron 35 pacientes consecutivos para resolución endovascular de un aneurisma de aorta abdominal infrarenal; de ellos infrarenal, 1 paciente (2.85%) con hematoma intramural y 1 paciente (2.85%) con disección crónica de la



Conclusiones: La prevalencia encontrada es similar a cifras publicadas en la literatura y las características halladas de estos pacientes, también concuerdan con lo reportado en la literatura.

0029 - EUROSORE PARA LA PREDICCIÓN DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN LA ANGIOPLASTIA DE TRONCO DE LA CORONARIA IZQUIERDA.

HernanAriel CHULIBER | Agustín GIRASSOLLI | Miguel Oscar

aorta abdominal distal

Resultados: El 98% (34 pacientes) eran de sexo masculino con una mediana de edad de 73 años. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron hipertensión arterial (91%), dislipemia (62%), y hábito tabáquico actual o previo (76%), el 45% de los pacientes presentaba enfermedad coronaria conocida. Según la calificación EUROSTAR, hubieron 5 pacientes (14.28%) con aneurisma tipo A, 2 pacientes (5.71%) con aneurisma tipo B, hubieron 4 pacientes (11%) con aneurisma tipo C, hubieron 4 pacientes (11%) con aneurisma tipo D y 8 pacientes (22.85%) con aneurisma tipo E. Se implantaron 35 endoprótesis. 31 prótesis marca Zenith Flex, 2 prótesis marca Endologic y 2 tipo Stent CP. En relación al procedimiento 4 pacientes (11%) recibieron como parte del tratamiento además embolización arterial selectiva hipogástrica derecha para evitar el flujo retrógrado desde la misma. Como complicaciones en la internación hubieron 3 pacientes (8.57%) que presentaron infección (1 de ellos en el sitio de abordaje femoral y dos por infección urinaria); 3 pacientes (8.53%) que presentaron insuficiencia renal aguda sin requerimiento de diálisis; 1 paciente (2,85%) presentó un cuadro de insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: La patología en aorta abdominal es frecuente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular clásicos y a menudo es detectada en controles de rutina. El tratamiento de esta patología en forma endovascular, en nuestra experiencia, presenta una alta tasa de éxito, con baja tasa de complicaciones.

0049 - EVALUACIÓN DEL PRONÓSTICO DEL IMPLANTE VALVULAR AORTICO TRANSCATETER EN PACIENTES DE DOS CENTROS PRIVADOS DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.

Rodolfo Leandro MAMANI PEREZ(1) | Emilio Nicolas ZAVALLEY(2) | Facundo PEÑALOZA(1) | Juan Rodrigo ALDERETE(2) | Irene Beatriz ZEBALLOS(1) | Jose Luis INGOLD(2) | Eduardo Gustavo BARRERA(1) | Eduardo Hector PEÑALOZA(1) | Julio Cesar ARGENTIERI(2) | Luis DE LA FUENTE(1)

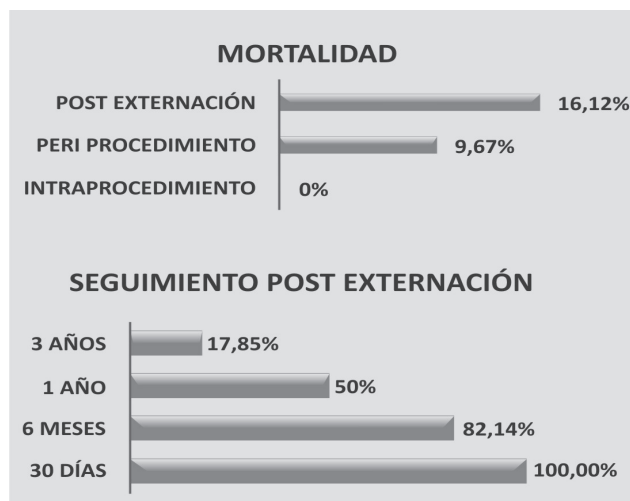
CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA (1); INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO - IADT (2)

Objetivos: Evaluar el éxito del procedimiento y el pronóstico a corto y mediano plazo tras el implante de una válvula aórtica Transcaterter (TAVI) en pacientes con alto riesgo quirúrgico o con contraindicación de cirugía convencional.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye 31 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática de alto riesgo o con contraindicación para la cirugía convencional los cuales fueron sometidos a TAVI en dos centros privados entre 2012 y 2017 inclusive. La vía de abordaje utilizada de preferencia fue por disección femoral derecha utilizada por equipo de Cirugía Cardiovascular. Los procedimientos se realizaron bajo anestesia general. El diagnóstico de estenosis aórtica severa se efectuó por ecocardiografía transtorácica. Se utilizó la Angiotomografía

multislice para evaluar las dimensiones de la aorta y de la válvula aórtica, así como su morfología, el grado de calcificación y la evaluación anatómica para la adecuada selección del dispositivo a implantar. Todos los pacientes fueron sometidos a coronariografía y aortografía previo al procedimiento. El éxito del procedimiento fue evaluado mediante la posibilidad de realizar el implante del dispositivo por vía percutánea. La mortalidad se evaluó intraprocedimiento, periprocedimiento y posterior al mismo. La supervivencia se evaluó dentro primer mes de colocado el dispositivo, a los 6 meses, al año y a los 3 años de seguimiento.

Resultados: Se logró el éxito del procedimiento en el 100% de los casos. La mortalidad intraprocedimiento fue del 0%, en tanto que la mortalidad periprocedimiento fue del 9,67%. La mortalidad posterior a la externación fue del 16,12%, con un promedio de internación en Unidad Coronaria de 6,21 días. La supervivencia en el seguimiento actual de los pacientes posterior al procedimiento es del 100% dentro del primer mes, dentro de los 6 meses es de 82,14%. En el seguimiento al año la supervivencia es del 50%, en tanto que a los 3 años de seguimiento es del 17,85%.



Conclusiones: El TAVI representa una alternativa favorable en pacientes de alto riesgo quirúrgico o que tienen contraindicación de cirugía. El seguimiento a corto y mediano plazo nos permite ver un panorama alentador, aunque aún nos queda evaluar el seguimiento a largo plazo.

CIRUGIA CARDIOVASCULAR

0006 - INCIDENCIA Y PREDICTORES INDEPENDIENTES DEL SÍNDROME VASOPLÉJICO POST CIRUGÍA CARDÍACA

Valeria Luciana AUDINO(1) | Guillermo José COCCARO(1) | Marcela Adriana DEGRANGE(1) | Ruth Patricia HENQUIN(2) | Sergio IAMARINO(1) | Claudia MENEHEM(1) | Jorge Gaston SANCHEZ(1) | Daniel Juan TABORDA(1)

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO (1); INSTITUTO DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR (2)

Objetivos: Determinar la incidencia e identificar predictores independientes del síndrome vasopléjico (SV) post cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte. Se analizaron 150 cirugías cardíacas realizadas entre los años 2015 y 2016. Las variables continuas se reportaron como media \pm desvío estándar (DS) o mediana (rango intercuartilo. RIC) y su comparación se realizó mediante pruebas no paramétricas. Las variables categóricas se reportaron como porcentajes y se compararon con prueba de chi cuadrado simple o trend, según correspondió. Se utilizó análisis de regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de SV.

VARIABLE	POBLACIÓN TOTAL % (n)	VASOPLÉJICA SI % (n)	VASOPLÉJICA NO % (n)	P
Edad (años) media \pm DS	63,7 \pm 11,3	64,2 \pm 12,5	63,0 \pm 10,4	0.52
Sexo masculino	71,33 (107)	77,5 (47)	67,42 (60)	0.25
Hipertensión arterial mmHG	76 (114)	80,33 (49)	73,03 (65)	0.32
Diabetes	25,33 (38)	27,9 (17)	23,6 (21)	0.55
Dislipemia	56 (84)	59 (36)	53,9 (48)	0.54
Infarto agudo de miocardio	21,33 (32)	26,23 (16)	17,9 (16)	0.22
Insuficiencia cardíaca	24,67 (37)	32,79 (20)	19,10 (17)	0.056
FSVI moderada/severa	24,67 (37)	42,62 (61)	12,36 (11)	0.0001
IECA	64,67 (97)	75,41 (46)	65,17 (58)	0.18
Betabloqueantes	69,33 (104)	27,9 (17)	23,6 (21)	0.55
Bloqueantes cálcicos	26,67 (40)	36,07 (22)	20 (22)	0.03
Cirugía de revascularización miocárdica	66,67 (100)	70,5 (43)	64,04 (57)	0.008
Reemplazo valvular	51,33 (77)	70,5 (43)	38,2 (34)	0.000
Tiempo de CEC minutos (mediana RIC)	75 (47 - 105)	114 (90 - 143)	60 (50 - 75)	0.005
Tiempo clampeo minutos (mediana RIC)	50,5 (35 - 74)	70 (60 - 100)	55 (42 - 55)	0.006

Resultados: La incidencia de SV fue de 40.67 %. La edad de la población fue de 63.7 \pm 11.3 años, sexo masculino 71.33 %, diabetes tipo 2 25.33 %, insuficiencia renal prequirúrgica 13.33 %, uso previo de inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona 64.67 %, infarto agudo de miocardio previo 21.33 %, función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) moderada/severa 24.67 %, insuficiencia cardíaca 24.67 %, cirugía de revascularización miocárdica 66.67 %, cirugía valvular 51.33 %. cirugía de urgencia 12.67%, tiempo de circulación extracorpórea (CEC) 75 minutos (47-105), tiempo de clampeo aórtico 50.5 minutos (35- 74). Los predictores independientes identificados fueron: FSVI moderada/severa OR 4.5, p= 0.025, IC 95 % 1.20-16.73; cirugía combinada OR 5.5, p= 0.04, IC 95 % 1.06-28.9; cirugía programada OR 0.17, p= 0.02, IC 95 % 0.40-0.73; tiempo de CEC OR 1.11, p= 0.000, IC 95 % 1.06-1.17.

Conclusiones: La incidencia de SV post cirugía cardíaca hallada en el estudio, se encuentra entre la reportada por diferentes publicaciones. Se identificaron como predictores independientes para el desarrollo de SV las siguientes variables: FSVI moderada/severa, cirugía combinada, cirugía programada y tiempo de CEC, estos son coincidentes con los ya conocidos.

0017 - PREDICTORES INDEPENDIENTES DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA PROLONGADA POST CIRUGÍA CARDIACA.

Diego Alfonso ACOSTA
SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Objetivos: Identificar factores que influyen la prolongación de asistencia respiratoria mecánica (ARM > 24 hs) post cirugía cardíaca en nuestro centro para reducir dicha complicación

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en el cual se incluyeron 296 cirugías realizadas entre los años 2011 y 2017. Las variables cuantitativas se reportaron como media + desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartilo (RIC) de acuerdo a su distribución. Su comparación se realizó mediante test de Mann Whitney. Las variables categóricas se informaron como porcentajes y se compararon mediante test de chi cuadrado apropiado al caso. Se realizó análisis multivariable de regresión logística para identificar variables asociadas de forma independiente a ventilación mecánica prolongada. Se consideró p < 0.05 como significación estadística.

Resultados: La población fue constituida por 63.7 % de hombres, edad media 67.13 años \pm 9.5, hipertensos 80 %, dislipémicos 65.4 %, Tabaquistas 21.2 %, diabéticos 23.6 %, EPOC 4 %, IAM previo 8.9 %, insuficiencia cardíaca 7,5 %. Cuadro clínico de ingreso fue 73.3 % angina inestable, Infarto agudo de miocardio 9.8 %, insuficiencia cardíaca 5.5 %. 61 % de las cirugías fueron electiva. 61 % fueron cirugías de revascularización miocárdica y valvulares 36, 5 %. Las variables asociadas a ARM > 24 hs en análisis univariado fueron: angioplastia previa 7,8 % vs 17,6 % p 0.02 OR 0.4 (IC 95 % 0.17- 0.88), angina crónica estable 27.2 % vs 42.2 % p 0.01 OR 0.51 (IC 95 % 0.30 - 0.86), insuficiencia cardíaca al ingreso 11 % vs 2,7 % p 0.03 OR 4.5 (IC 95 % 1.5 - 13.4), cirugía valvular 46.6 % vs 31% p 0.008 OR 1.9 (IC 95 % 1.2 - 3.2), edad 69.2 \pm 8.1 vs 66.1 \pm 9.9 p < 0.001, tiempo de CEC 100 minutos (88 - 120) vs 92 minutos (75 - 120) p 0.01, tiempo de clampeo 70 (59 - 87) vs 64 (55 - 80) minutos p 0.04. En el análisis de regresión logística se identificaron como predictores independientes: edad OR 1.03 (IC 95% 1.0-1.06, p=0,01) e insuficiencia cardíaca al ingreso OR 3.6 (IC 95% 1.1-11.3, p=0.02).

Conclusiones: Para esta población se identificaron como predictores de ARM prolongada edad e insuficiencia cardíaca al ingreso. Por lo tanto la única variable que se podría mejorar es la insuficiencia tratando de alejar lo más posible la cirugía de este cuadro clínico de ingreso.

0021 - REPARACIÓN ENDOVASCULAR VS. QUIRÚRGICA DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL: COMPARACIÓN DE DÍAS DE INTERNACIÓN POSTOPERATORIA Y MUERTE POSTOPERATORIA INTRAHOSPITALARIA

María Cecilia ARNAUDO | María Teresa POLITI | Dr. Antonio POCOVÍ | Ramón Antonio PIAZZA | Raul Eduardo FERREYRA | Guillermo R. BORTMAN
SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE

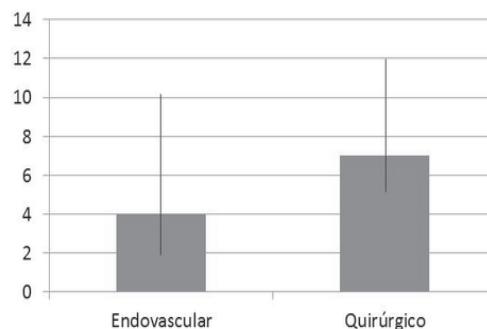
Objetivos: Evaluar la diferencia de días de internación postoperatoria, la diferencia de la prevalencia de internación prolongada y la diferencia de la prevalencia de muerte intrahospitalaria postoperatoria entre pacientes con resolución endovascular vs. quirúrgica de aneurismas de aorta abdominal.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva, en pacientes adultos internados para la resolución de aneurismas de aorta abdominal (AAA) entre 2007 y 2017 en el servicio de Cardiología de un centro privado de la ciudad de Buenos Aires. El desenlace primario fue la diferencia de medianas de días de internación postoperatoria en pacientes con reparación endovascular en comparación con reparación quirúrgica. Los desenlaces secundarios fueron la diferencia de prevalencia de internación prolongada y de mortalidad intrahospitalaria postoperatoria en ambos grupos. De manera exploratoria, se evaluaron los desenlaces primario y secundarios con modelos multivariados, la prevalencia anual de los distintos métodos de reparación de AAA, y la diferencia de prevalencia de complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se analizaron 95 epicrisis digitales de adultos internados por resolución de AAA entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2017, resultando en 83 pacientes incluidos totales; 42 con reparación endovascular y 41 con reparación quirúrgica. Los pacientes con reparación endovascular de AAA tuvieron menos días de internación postoperatoria que los pacientes con reparación quirúrgica (4 [2-9] vs 7 [4-27]; $p < 0.001$). En el análisis univariado, el odds de presentar una internación prolongada (> 5 días postoperatorios) fue significativamente menor en pacientes tratados con reparación endovascular que los tratados quirúrgicamente (OR = 0,13, IC95% 0,05 a 0,36; $p < 0,001$), manteniéndose esta asociación luego de ajustar por sexo y edad (OR = 0,10; IC95% 0,03 a 0,29; $p < 0,001$). La prevalencia de muerte intrahospitalaria postoperatoria fue significativamente menor en pacientes con reparación endovascular (1 vs 6; $p = 0,0446$; $p < 0,001$), pero esta asociación perdió significancia estadística luego de ajustar por sexo y edad (OR = 0,14; IC95% .015 a 1.25; $p = 0,078$). De manera exploratoria, se analizó la prevalencia de complicaciones postoperatorias en ambos grupos. Los pacientes con reparación endovascular presentaron significativamente menor prevalencia de transfusión de hemoderivados que los pacientes con reparación quirúrgica (7,1% vs 29,3%; $p = 0,0088$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal aguda, isquemia aguda

de miembros inferiores, isquemia aguda intestinal o de flujo vascular peri-protésico (endoleaks).

Días de internación POP



Conclusiones: Los pacientes con reparación endovascular de AAA presentarían menos días de internación postoperatoria y menor prevalencia de internación prolongada, pero no menor mortalidad que los pacientes con reparación quirúrgica.

0061 - ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO. PREDICTOR DE COMPLICACIONES POST CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA?

Brenda Laura LABIN
SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Objetivos: Objetivo: Determinar si el índice Leucogénico (IL) se asocia de forma independiente a complicaciones postoperatorias de cirugía de revascularización miocárdica (CRM).

Materiales y Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva 204 CRM realizadas entre los años 2016 y 2017. Se definió a complicaciones la aparición de alguna de las siguientes: Sangrado médico o quirúrgico, taponamiento cardiaco, re operación, insuficiencia Cardíaca, síndrome de bajo volumen, síndrome Vasopléjico, sepsis, necesidad de Balón intraórtico, fibrilación Auricular/aleteo, taquicardia ventricular/fibrilación Ventricular, síndrome de distress respiratorio del adulto, insuficiencia respiratoria con requerimiento de asistencia Respiratoria Mecánica > 24 hs, Insuficiencia Renal Aguda y mediastinitis. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desvío estándar o mediana (rango intercuartil RIC) y se compraron mediante test Mann Whitney. Las variables categóricas se compraron con test chi cuadrado apropiado al caso. Se utilizó regresión logística múltiple para identificar predictores independientes de complicaciones. Se determinó significación estadística $p < 0.05$

Resultados: La edad de la población fue de 65.8 ± 8.9 , sexo masculino 75.4 %, antecedentes de hipertensión arterial 79.4 %, diabetes 29.4 %, dislipemia 70 %, enfermedad vascular periférica (EVP) 11.8 %, tabaquismo 28 %, infarto con ST 12.7%. Al ingreso angina inestable 42 %, infarto sin elevación del segmento ST 14.3 %, cirugías electivas 43.5 %, cirugías

urgentes 56.44 %. Las variables asociadas a complicaciones en el análisis univariado fueron: Edad años 66.88 +- 8.4 (p:0.03), EVP % 16 (p:0.008), tiempo de bomba 95 (84.5 – 116) (p: 0.04) El IL no fue diferente entre pacientes con y sin complicaciones 776.9 (625 - 1087) vs 732 (613.8 – 976.5) p=0.3. En el análisis de regresión logística se identificaron como predictores independientes deterioro de la función ventricular izquierda OR 1.6 IC 95 % 1.01 - 2.4 p= 0.04, tiempo de bomba OR 1.02 IC 95 % 1.0 – 1.03 p=0.008.

Conclusiones: Las variables asociadas de forma independientes son las ya repetidamente informadas en la literatura (deterioro de la función ventricular izquierda y tiempo de circulación extracorpórea). La edad no se asoció a complicaciones posiblemente por ser una población joven. En esta población de relativo bajo riesgo, el IL no se asoció a complicaciones postoperatorias, su valor en el contexto de la cirugía cardíaca deberá ser estudiado en otros contextos.

ECOGRAFÍA. ELECTROFISIOLOGÍA. ARRITMIAS.

0043 - ANALISIS RETROSPECTIVO DE LAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS LUEGO DE LA COLOCACION DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACION CARDIACA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Germán Alejandro BERNAT

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar las características de la población sometida a implante de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital Británico de Buenos Aires. Determinar el tipo y frecuencia de complicaciones asociadas a estos procedimientos.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de la base de datos de la institución entre el 2013 y 2017. Se incluyeron pacientes sometidos a colocación de marcapasos (MCP), cardiodesfibrilador implantable (CDI) y terapia de resincronización cardíaca (TRC). Se incluyeron en el análisis primoimplantes, recambios y upgrades. Se analizaron las siguientes complicaciones: Infecciones, hematomas, movimiento o malposición del cable y derrame pericárdico.

Resultados: Durante el periodo evaluado se colocó un total de 654 dispositivos. El 21% correspondió a MCP VVI, 62% a MCP DDD, 13% a CDI y un 4% correspondía a CDI-TRC. las características basales de la población, un 86% hipertensos, 52% poseían enfermedad coronaria, 29% diabéticos, y se encontraban bajo tratamiento anticoagulación 26% y un 55% se encontraban bajo tratamiento con antiplaquetarios. Presentaron 6% complicaciones en el postoperatorio. De estas, 19% correspondió a infecciones, 5% a hematomas, 36% a movimiento o desplazamiento del cable y 29% a derrame pericárdico y/o taponamiento El dispositivo con mayor tasa de complicaciones fue MCP DDD con un 71 %. El momento del diagnóstico de la complicación fue durante la misma internación en la que se colocó el dispositivo en el 55% de los casos, mientras que se detectó en forma ambulatoria en el 45% de los casos.

Conclusiones: La tasa y tipo de complicaciones reportadas en este análisis retrospectivo se asemejan a las publicadas para poblaciones similares en otras regiones (Udo, E. O., Zuihoff, N. P., van Hemel, N. M., de Cock, C. C., Hendriks, T., Doevendans, P. A., & Moons, K. G. (2012). Incidence and predictors of short-and long-term complications in pacemaker therapy: the FOLLOWPACE study. *Heart Rhythm*, 9(5), 728-735.). Los datos aquí presentados sugieren que la mayor tasa de complicaciones se encuentra relacionada a desplazamiento del cable de marcapaso.

0045 - CARGA DE EXTRASISTOLIA VENTRICULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Maria Laura ESTRELLA | Guido VANNONI | Sofia Gabriela RODRIGUEZ | Leonardo CELANO | Darío Carlos DI TORO | Edgar ANTEZANA CHAVEZ | Guillermo Ernesto LINIADO | Carlos David LABADET

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGENTICH

Objetivos: Evaluar la incidencia de extrasístoles ventriculares en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y describir las características de la arritmia en esta población.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo. Se recolectaron datos de la base de historias clínicas de pacientes ambulatorios que contaran con ecocardiograma y holter de menos de 2 años de antigüedad.

Resultados: Se describe una serie de 46 pacientes con una media de edad de 61 años, de los cuales 34 pacientes son de sexo masculino. La media de FEY fue de 30% y la etiología más frecuente de la miocardiopatía fue isquémico necrótica en 40% de los pacientes, seguida de idiopática en 37%, 8% Chagásica, otras 15%. Excepto 2 pacientes, todos se encontraban en clase funcional I o II. En 40 pacientes el ritmo durante el Holter fue sinusal. De los restantes, 3 presentaban ritmo de Fibrilación auricular y en 3 pacientes ritmo de marcapasos. Se registró una media de EV de 2716 en holter de 24 hs, correspondiendo a una carga de 2,87% del total de latidos. Sin embargo, solo en el 67% de los pacientes se registró EV durante el Holter, de los cuales 17,3% presentó una carga de EV superior al 10% de latidos diarios. De estos pacientes solo 1 caso correspondía a miocardiopatía dilatada isquémica, siendo en los otros de etiología idiopática. En el 26% de los pacientes la arritmia ventricular fue monomorfa, mientras que un 17% presentaba más de 3 morfologías. En 6 pacientes se registró taquicardia ventricular no sostenida, sin observarse TV sostenida en ningún caso.

Conclusiones: La presencia de extrasístoles ventriculares es un evento frecuente en una población con insuficiencia cardíaca. Si bien la carga de arritmia ventricular es baja, existen pacientes con una carga elevada de extrasístoles ventriculares capaz de contribuir u originar el deterioro de la función cardíaca. Pese al deterioro severo de la fracción de eyección del VI en esta población, no se observó arritmia ventricular sostenida

0048 - FORMA ATIPICA DE PRESENTACION DEL BLOQUEO TRIFASICULAR (SINDROME DE ROSENBAUM)

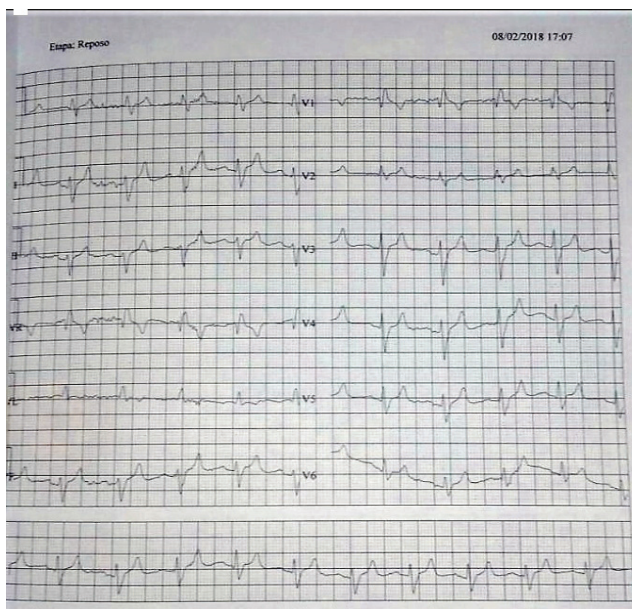
Liliana SQUADRONI | Maximiliano GARCIA | Melisa SANCHEZ | Francisco DI MATTEO | Mariela REISVIG | Marcelo

L. GUIMARAENZ | Maria Jose ESTEBANEZ | Adriana Cecilia MONTOVANI
HOSPITAL PRIVADO DEL SUR

Objetivos: Mostrar la presentación del Síndrome de Rosenbaum en un paciente evaluado en la Unidad Coronaria del Hospital Privado del Sur (HPS) de Bahía Blanca.

Materiales y Métodos: Masculino de 70 años, sin antecedentes cardiovasculares, que consulta por presentar disnea clase funcional (CF) II, astenia y mareos. Refiere episodio de dolor precordial de moderada intensidad en CF II en los 7 días previos a la consulta, que cedió espontáneamente. En esa oportunidad, fue evaluado en guardia, presentando un electrocardiograma (ECG) sin cambios isquémicos agudos, troponina I ultrasensible negativa, por lo cual se realizó una prueba de esfuerzo (PEG) por ambulatorio, la cual resultó negativa para isquemia. Reconsulta por continuar con disnea en CF II. Al ingreso presenta ECG: Ritmo sinusal, FC: 60 lpm, Eje: +120°, p: 80 mseg, pr: 280 mseg, qrs: 120 mseg, qt: 360 mseg, T(-) DII, DIII, AVF, BCRD, BAV 1°, HBP. (ver imagen 1). Sin embargo, en la PEG realizada días previos se pudo comprobar que presentaba un ECG con HBAI, BCRD, EV. (ver imagen 2). Ecocardiograma doppler color: sin alteraciones significativas. Ante el diagnóstico de bloqueo trifascicular, se realizó un estudio electrofisiológico, donde se observó un trastorno de conducción infrahisiano: HV: 135 ms

Resultados: En nuestro paciente se pudo detectar bloqueo alternante de hemirama izquierda posterior (al ingreso) y hemirama izquierda anterior (prueba ergométrica), asociados a BCRD, y HV prolongado en estudio electrofisiológico, por lo que indico el implante de marcapasos definitivo.



Conclusiones: El síndrome de Rosenbaum se define por la presencia de BCRD con bloqueo alternante del fascículo antero-superior y postero-inferior izquierdos, asociado a síncope o muerte súbita. Su presencia constituye un predictor de alto riesgo de bloqueo auriculoventricular completo, y su detección señala la indicación de un marcapasos definitivo.

0063 - ECOGRAFIA CRITICA Y ECOCARDIOGRAFIA EN EL PCR Y RCP REALIZADO POR MEDICOS NO CARDIOLOGOS.

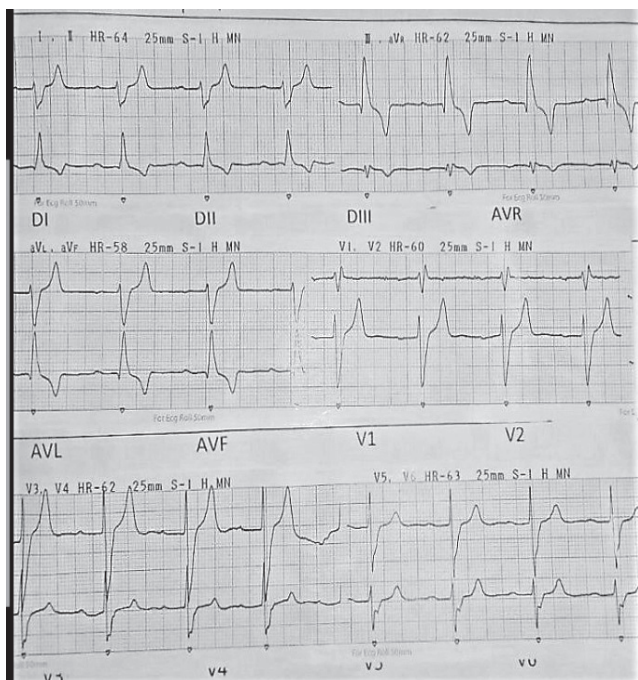
Esteban Angel BERRUET | Luis Alberto GONZALES ESTEVARENA | Alfredo Juan Cruz PEREYRA | Ricardo Arnaldo PEREYRA | Felipe Nicolas QUETI

HOSPITAL MANUEL B. CABRERA DE CORONEL PRINGLES

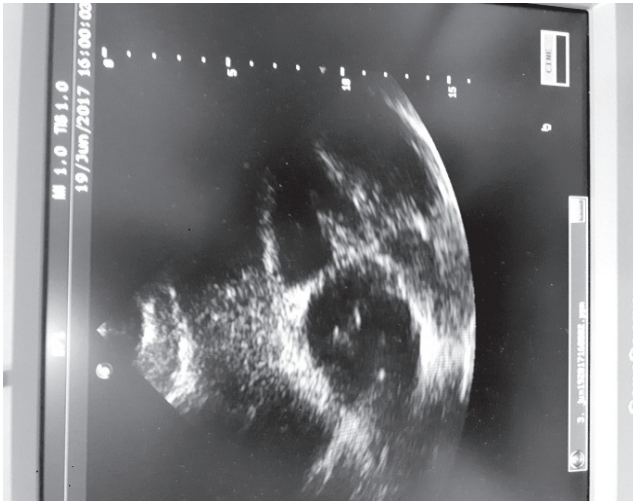
Objetivos: Valorar a través de la presentación de un caso clínico el rol de la ecografía y la ecocardiografía realizada por médicos no cardiólogos en el diagnóstico etiológico del paro cardiorespiratorio (PCR) así como su utilidad dirigida a objetivos concretos en la resucitación cardiopulmonar (RCP) y peri RCP. Tratamiento precoz y adecuado.

Materiales y Métodos: Paciente de 75 años que ingresa por hipotensión severa, shock y PCR (actividad eléctrica sin pulso). Se inicia RCP básica y avanzada, con ecografía, aplicación de protocolo RUSH, donde se observa contractilidad cardiaca, dilatación de cavidades derechas y material hiperecogénico en movimiento entre cavidades derechas. Se continuó con RCP para actividad eléctrica sin pulso y se realiza trombolisis con Streptoquinasa. Tras varios minutos de RCP recupero ritmo sinusal y mejoro su contractilidad.

Resultados: La paciente recupero ritmo sinusal y presión arterial tras cuarenta minutos de RCP siguiendo protocolo para



actividad eléctrica sin pulso y trombolisis con Streptoquinasa. La paciente sale con ritmo sinusal, S1Q3T3, signo de Mc Connell en el ecocardiograma post RCP, presenta mejora paulatina de la función del VD. Completando el protocolo RUSH, se constata TVP en miembro inferior derecho. Se realiza DTC (Duplex trascraneano) obteniéndose curva de espectro doppler de características normales.



Conclusiones: La ecografía y la ecocardiografía en la emergencia realizada por médicos no cardiólogos al pie de la cama, permite determinar muchas de las causas de PCR, taponamiento cardiaco, neumotórax, TEP, IAM masivo, hipovolemia, aneurismas, disecciones, arritmias, (fundamentalmente en la actividad eléctrica sin pulso), así como llevar un tratamiento dirigido y específico en forma precoz. Todo esto con un solo equipo, una única sonda y a los pies del paciente. Por esto creemos fundamental la formación del equipo de emergencia en esta práctica para mejorar la calidad y seguridad en la atención del paciente.

ERGOMETRÍA Y REHABILITACIÓN

0008 - EL EJERCICIO VISTO COMO UN FÁRMACO

Mariela Alejandra ASPREA

CENTRO DE REHABILITACIÓN METABÓLICA FUNCIONAL 8+

Objetivos: General: Adherencia al ejercicio, cambio de hábitos para invertir en una adultez independiente, agregándole vida a los años y no años a la vida - Específicos: Salir de la dinapenia. Estabilizar la tensión arterial, a través del ejercicio de fuerza. Mejorar el esqueleto apendicular.

Materiales y Métodos: Materiales Peso corporal-Pesas o lastres- Elásticos-Cronómetro de pared para intervalos de trabajo/ pausa- Tensiómetro- Centímetro para medir perímetros-Escala de Borg Métodos Protocolos de trabajo para esfuerzos de tipo aeróbico y de fuerza. Fórmula del doble producto (sistólica por frecuencia cardiaca) para comparar el esfuerzo en TF respecto de TA La frecuencia del entrenamiento propuesto es de de dos a cinco estímulos semanales de trabajos de fuerza y movilidad. En sujetos muy sedentarios se sugiere iniciar con dos estímulos semanales, para que luego del período de adaptación que suele ser de dos meses aproximadamente, se agregue un estímulo más. En sujetos sedentarios pero activos, se puede iniciar con una frecuencia de tres a más estímulos semanales, con una duración de la adaptación de seis a doce meses. Se sugiere al cabo de ese tiempo incorporar un estímulo más. La edad biológica no siempre concuerda con la cronológica, hay casos de adultos jóvenes cuya condición es compatible a la de un adulto mayor y viceversa. No debe ser este un parámetro a tener en cuenta en exclusividad cuando se evalúa la condición del entrenado. Los estímulos semanales guardan la siguiente relación 2 fuerza/resistencia : 1 resistencia aeróbica siendo siempre el trabajo preponderantemente de fuerza, en el caso de sujetos que asisten dos veces se le sugiere que sean de fuerza/resistencia ambos. Es necesario como primera medida mejorar la condición muscular o periférica y luego la central. Atender primero al músculo implica mejorar la capacidad cardiovascular de manera indirecta, pero no hay que tener en cuenta al músculo sólo por su tamaño sino por su función que es generar fuerza. (Roig, 2015)

Resultados: Doble producto calculado en trabajo de fuerza (TF): intraesfuerzo 17716, inmediatamente al finalizar TF 18020 y a los 4 minutos de finalizado TF 12282. Doble producto calculado en trabajo aeróbico (TA): intraesfuerzo 22826, inmediatamente finalizado TA 18404 y a los 4 minutos de finalizado TA 12012 Durante el esfuerzo el consumo de oxígeno de miocardio es superior para los trabajos de tipo aeróbicos. Esto se debe a que sujetos con un estado físico deteriorado por la pérdida de fuerza y músculo en miembros inferiores y superiores trabajan exigidos en comparación con sujetos con óptimos niveles de fuerza y masa magra.

Conclusiones: Se realiza un seguimiento de casos propios que se proyectará en el futuro también a casos reportados por colegas, de modo de poder hacer una estadística válida.

De momento los resultados son muy promisorios. Por otra parte, en cuanto al deterioro de la salud relacionado con la pérdida de masa muscular con la edad, resulta imprescindible tener presente que la sarcopenia propia del envejecimiento tiene una alta correlación con la pérdida de fuerza. Y que esa reducción del tejido muscular en las edades avanzadas de la vida también se asocia a malnutrición, especialmente proteica. Finalmente, es necesario considerar que la pérdida de fuerza con el envejecimiento genera disminución de la masa muscular, resaltando Frontera et al. (2000) sobre este punto que se pierde más fuerza que músculo en la misma cantidad de tiempo. Siendo así, entrenar la fuerza asociada a un aporte proteico adecuado bien puede ser una estrategia de elección para combatir dos graves problemas que aquejan a toda persona que envejece. De no considerar el imprescindible aporte proteico el músculo se pierde, la grasa se incrementa y aumenta la morbilidad de los adultos mayores.

0010 - PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN UNA POBLACIÓN DE DEPORTISTAS DURANTE LA PRUEBA DE ESFUERZO

Facundo SUAREZ | Bruno Ceferino PERESSOTTI | Rogelio MACHADO | Diego Julio Luis CORDERO | Jose Alejandro DE GREGORIO | Matias Benjamin PADILLA | Adriana Alejandra ANGEL | Nicolas Alberto COLOMBO VIÑA | Juan Martin ADJIGOGOVIC | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: la prevalencia y el significado de las alteraciones del electrocardiograma (ECG) observadas en el corazón del deportista siguen siendo motivo de estudio. El objetivo de este trabajo fue analizar las alteraciones del ECG tanto basales como durante el ejercicio y establecer los factores determinantes en relación a la intensidad de entrenamiento.

Materiales y Métodos: se analizaron 101 jugadoras de jockey federadas, edad media 16 años \pm 3,69 años, media de tiempo de entrenamiento de 12,15 \pm 3,2 h/semana. Se analizó el ECG de 12 derivaciones, con especial interés a los trastornos de la conducción así como a las alteraciones de la repolarización. Establecimos dos grupos en relación a los trastornos de la conducción: conducción AV y conducción intraventricular. En cuanto a los trastornos de la repolarización: repolarización precoz, ondas T negativas asimétricas, ondas T vagotónicas, ondas U y alteraciones del ST-T. La repolarización precoz se definió como $> 0,1$ mV de elevación de la unión QRS-ST en al menos 2 derivaciones, las ondas T vagotónicas se definieron como ondas T altas simétricas y estrechas > 5 mm en derivaciones de miembros y > 10 mm en precordiales. Todos los sujetos fueron sometidos a estudio ecocardiográfico y ergometría.

Resultados: se identificó a 6 (6%) individuos con trastornos de la conducción AV y ninguno con trastorno de la conducción intraventricular. Asimismo, se encontró 35 (35%) sujetos con trastornos de la repolarización. Los trastornos más frecuentes

observados fueron la presencia de ondas T vagotónicas 14 (40%) ondas U en derivaciones precordiales 9 (26%), repolarización precoz 10 (29%) y ondas T negativas asimétricas 2 (5%). Identificamos además un patrón dinámico en el comportamiento de las ondas T vagotónicas durante la ergometría en 7 individuos (54%) con esta alteración. No se observó cambios dinámicos durante la PEG en las otras alteraciones encontradas. En esta serie de deportistas no encontramos alteraciones anatómicas en los estudios ecocardiográficos.

Conclusiones: los trastornos de la conducción y las alteraciones de la repolarización son hallazgos frecuentes en la población analizada. Asimismo, dichas alteraciones presentan relación directamente proporcional con el grado de entrenamiento.

0053 - EFECTOS DEL EJERCICIO FISICO EN LOS PARAMETROS HEMODINAMICOS DE PACIENTES CARDIOPATAS.

Rodrigo Alberto DE LA FABA | Gerardo Nelson PAGOTTO
INSTITUTO CLINICO CARDIOVASCULAR

Objetivos: Medir adherencia al ejercicio físico controlado en pacientes cardíopatas y evaluar el cambio en sus parámetros hemodinámicos

Materiales y Métodos: Se observaron 40 pacientes de entre 45 y 80 años que concurren a una clínica privada de Rehabilitación Cardiovascular en el período de cinco años (2013-2017). Estos fueron separados en grupos de trabajo reducidos de acuerdo a su patología y personalidad. Al ingreso a la clínica los pacientes contaron con análisis de laboratorio y Prueba Ergométrica de Esfuerzo (PEG), la cual fue obligatoria a la hora de planificar su actividad aeróbica. Se midieron Prueba Ergométrica de Esfuerzo (PEG), Tensión Arterial Sistólica (TAS), Tensión Arterial Diastólica (TAD), Intensidad (I), Frecuencia Cardíaca (FC), Mets, Percepción Subjetiva de Esfuerzo (PSE). El protocolo de entrenamiento consta de dos estímulos semanales de 60 minutos para realizar ejercicios físicos controlados. El método aplicado fue aeróbico intervalado, resistencia en circuitos, cognitivo, ejercicios de fuerza y juegos recreativos.

Resultados: Sobre el total de pacientes observados el 92,5% lograron adherencia a la actividad, manifestando conformidad y placer al realizar la misma. Del total de los pacientes el 15% pacientes abandonaron, de los cuales el 50% por razones personales (salud y laborales). El 17,5% no tuvo seguimiento por discontinuidad en el tratamiento (motivos laborales) y el 67% tuvo un control permanente durante el método de entrenamiento utilizado. Los pacientes al trabajar a un 21% de intensidad superior a su PEG, manifestaron una disminución en la FC entre un 15 y 24%, una disminución en la TAS de un 16%, no presentaron cambios en la TAD y disminuyeron notablemente la PSE.

Conclusiones: El objetivo fundamental de la Rehabilitación Cardíaca es el incremento en la calidad de vida de los enfer-

mos y mejorar su pronóstico. El método utilizado en nuestro centro de Rehabilitación Cardiovascular arrojó resultados que optimizaron la independencia funcional de nuestros pacientes. Los cambios obtenidos en los parámetros hemodinámicos evaluados en dichos pacientes, fueron provocados con solo dos estímulos semanales, justificando de manera irrefutable la importancia del entrenamiento físico controlado, planificado y con una visión holística en cuanto a la metodología de trabajo.

0056 - DIFERENCIA SEGÚN EL GÉNERO EN LA RESPUESTA DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN LA PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA DE UNA POBLACIÓN ADULTA JOVEN SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Lucila Agustina CARRETTO(1) | Cecilia Carla SPARNOCHIA(2) | Leandro Miguel HERRERO(2) | Fernando Diego BENINCASA(2) | Pablo LOSADA(2) | Bruno Ceferino PERESSOTTI(1) | Diego Julio Luis CORDERO(1) | Jose Alejandro DE GREGORIO(1) | Rogelio MACHADO(1) | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI(1)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); HOSPITAL MILITAR CAMPO DE MAYO (2)

Objetivos: evaluar la diferencia según el género en la respuesta de la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica en la prueba ergométrica graduada (PEG) de una población adulta joven sin antecedentes cardiovasculares.

Materiales y Métodos: se reclutaron 374 PEG en forma consecutiva en un centro de diagnóstico cuyo motivo de la realización del mismo era un chequeo cardiológico rutinario durante el periodo 2016. Se descartaron a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria conocida, miocardiopatías, valvulopatías). Se tuvo en cuenta para el estudio un total de 154 registros, edad media $35,61 \pm 10,44$ años. Se conformaron 2 grupos de análisis para el cotejo estadístico: Grupo 1: mujeres menor o igual 55 años con IMC menor o igual 25 ($n=116$, 75%) y Grupo 2: hombres menor o igual 45 años con IMC menor o igual 25 ($n=38$, 25%). Las variables categóricas se expresan como porcentajes, las continuas como media \pm desvío estándar (DE). El análisis estadístico se efectuó con test de proporciones para las variables categóricas y con test de Student a dos colas para las continuas. Se consideró como valor estadísticamente significativo a un valor de p menor o igual 0,05.

Resultados: las variables basales de los grupos G1 vs G2 analizadas fueron: hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, tabaquismo, antecedentes de tabaquismo, antecedentes heredo- familiares y sedentarismo y no se encontró diferencias estadísticas entre ambos grupos, $p=ns$. En la tabla se muestran los resultados de las variables ergométricas analizadas.

	GRUPO 1 (n = 116)	GRUPO 2 (n = 38)	P
FC BASAL (M±DE)	83,1±13,2	76,4±10,6	0,002
FC MAX (M±DE)	170,6±14,4	172,3±16,8	0,575
INCREM FC (M±DE)	87,6±14,3	95,9±20,1	0,021
TAS BASAL (M±DE)	108,10±9,03	120,00±8,05	< 0,001
TAS MAX (M±DE)	156,52±9,27	175,5±11,5	< 0,001
INCREM TAS (M±DE)	48,41±8,53	55,5±12,8	0,002

Conclusiones: las mujeres en esta muestra tienen una frecuencia cardíaca basal mayor que los hombres. Al máximo esfuerzo entre ambos grupos no hubo diferencia pero considerando la frecuencia cardíaca basal el incremento de la misma fue significativamente mayor en los hombres. Con respecto a la presión arterial sistólica se encontró una diferencia significativa en la basal mayor en los hombres así como en el máximo esfuerzo.

0057 - DIFERENCIA SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA RESPUESTA DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN LA PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA DE UNA POBLACIÓN MASCULINA ADULTA JOVEN SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Bernardo Martín GONZALEZ ROMEA(1) | Fernando Diego BENINCASA(2) | Cecilia Carla SPARNOCHIA(2) | Pablo LOSADA(2) | Leandro Miguel HERRERO(2) | Rogelio MACHADO(1) | Juan Ignacio CORTE(1) | Leonel Mariano LODOLO MURCIA(1) | Bruno Ceferino PERESSOTTI(1) | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI(1)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); HOSPITAL MILITAR CAMPO DE MAYO (2)

Objetivos: evaluar la diferencia según el índice de masa corporal (IMC) en la respuesta de la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica en la prueba ergométrica graduada de una población masculina adulta joven sin antecedentes cardiovasculares.

Materiales y Métodos: se reclutaron 374 pruebas ergométricas graduadas (PEG) en forma consecutiva en un centro de diagnóstico cuyo motivo de la realización del mismo era un chequeo cardiológico de rutina durante el periodo 2016. Se descartaron pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria conocida, miocardiopatías, valvulopatías). Se tuvo en cuenta para el estudio un total de 96 registros (pacientes masculinos), edad media 33,98±6,78 años. Se conformaron 2 grupos de análisis para el cotejo estadístico: Grupo 1: hombres menor o igual 45 años con IMC menor o igual 25 (n=38, 40%) y Grupo 2: hombres menor o igual 45 años con IMC mayor o igual 25 (n=58, 60%). Las variables categóricas se expresan como porcentajes, las continuas como media ± desvío estándar (DE). El análisis estadístico se efectuó con test de proporciones para las variables categóricas y con test de Student a dos colas para las continuas. Se consideró como valor estadísticamente significativo a un valor de p menor o igual 0,05.

Resultados: las variables basales de los grupos G1 vs G2 analizadas fueron: hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, tabaquismo, antecedentes de tabaquismo, antecedentes heredo- familiares y sedentarismo y no se encontró diferencias estadísticas entre ambos grupos, p= ns. En la tabla se muestran los resultados de las variables ergométricas analizadas.

	GRUPO 1 (n = 38)	GRUPO 2 (n = 58)	P
BMI (M±DE)	23,02±1,21	27,75±1,60	< 0,001
FC BASAL (M±DE)	76,4±10,6	77,69±9,22	0,531
FC MAX (M±DE)	172,3±16,8	176,7±15,5	0,207
INCREM FC (M±DE)	95,9±20,1	99,0±17,0	0,448
TAS BASAL (M±DE)	120,00±8,05	120,34±8,58	0,842
TAS MAX (M±DE)	175,5±11,5	171,0±11,0	0,061
INCREM TAS (M±DE)	55,5±12,8	50,69±8,76	0,046
ITT (M±DE)	30526±3778	30213±3517	0,685
METS (M±DE)	15,15±2,71	14,18±2,30	0,075

Conclusiones: en esta muestra entre hombres menores de 45 años la única variable que se asoció al aumento de masa corporal fue el incremento de la presión arterial sistólica (TAS máximo esfuerzo – TAS basal). Las demás variables estudiadas fueron similares en ambos grupos, independientemente del índice de masa corporal.

0058 - DIFERENCIA SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA RESPUESTA DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN LA PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA DE UNA POBLACIÓN FEMENINA ADULTA JOVEN SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Carlos Adrian GONZALEZ BARRERA(1) | Leandro Miguel HERRERO(2) | Pablo LOSADA(2) | Fernando Diego BENINCASA(1) | Cecilia Carla SPARNOCHIA(1) | Carlos PARQUET(1) | María Florencia ANDREATTA(1) | Katherine RUIZ VILLANUEVA(1) | Emanuel PARAGANO(1) | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI(1)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); HOSPITAL MILITAR CAMPO DE MAYO (2)

Objetivos: evaluar la diferencia según el índice de masa corporal (IMC) en la respuesta de la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial sistólica (TAS) en la prueba ergométrica graduada (PEG) de una población femenina adulta joven sin antecedentes cardiovasculares

Materiales y Métodos: se reclutaron 374 PEG en forma consecutiva en un centro de diagnóstico cuyo motivo de la realización del mismo era un chequeo cardiológico durante el periodo 2016. Se descartaron pacientes (ptes.) con antecedentes de enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria conocida, miocardiopatías, valvulopatías). Se tuvo en cuenta para el estudio un total de 162 registros de ptes. femeninos, edad media de 38,46±10,75 años. Se conformaron 2 grupos de análisis para el cotejo estadístico: grupo 1: mujeres menor o igual 55 años con IMC menor o igual 25 (n=116, 72%) y

grupo 2: mujeres menor o igual 55 años con IMC mayor o igual 25 (n=46, 28%). Las variables categóricas se expresan como porcentajes, las continuas como media \pm desvío estándar (DE). El análisis estadístico se efectuó con test de proporciones para las variables categóricas y con test de Student a dos colas para las continuas. Se consideró como valor estadísticamente significativo a un valor de p menor o igual 0,05.

Resultados: las variables basales de los grupos G1 vs G2 analizadas que mostraron p significativa fueron: hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes y sedentarismo. El tabaquismo, el antecedente de tabaquismo, los antecedentes heredo- familiares y la post menopausia no mostraron diferencias estadísticas entre ambos grupos, p=ns. En la tabla se muestran los resultados de las variables ergométricas analizadas.

	GRUPO 1 (n = 116)	GRUPO 2 (n = 46)	P
IMC (M \pm DE)	21,55 \pm 2,20	29,50 \pm 3,44	< 0,001
FC BASAL (M \pm DE)	83,1 \pm 13,2	88,9 \pm 15,9	0,031
FC MAX (M \pm DE)	170,6 \pm 14,4	164,0 \pm 13,6	0,007
INCREM FC (M \pm DE)	87,6 \pm 14,3	75,1 \pm 12,7	< 0,001
TAS BASAL (M \pm DE)	108,10 \pm 9,03	122,2 \pm 13,0	< 0,001
TAS MAX (M \pm DE)	156,52 \pm 9,27	166,1 \pm 13,9	< 0,001
INCREM TAS (M \pm DE)	48,41 \pm 8,53	43,96 \pm 9,38	0,007
ITT (M \pm DE)	26850 \pm 3225	27025 \pm 3352	0,763
METS (M \pm DE)	12,16 \pm 1,59	9,97 \pm 1,68	< 0,001

Conclusiones: las mujeres con sobrepeso son más hipertensas, dislipidémicas, diabéticas y sedentarias en relación con las que tienen IMC normal. La FC basal, la TAS basal y el ITT son mayores en forma significativa en las ptes. con sobrepeso. Se observó una FC máxima y TAS máxima significativamente mayor en la ptes. con peso normal probablemente debido a que aquellas con sobrepeso tuvieron una capacidad funcional significativamente menor.

SINDROME DE ISQUEMIA AGUDA

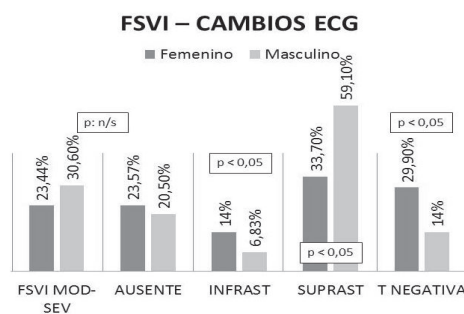
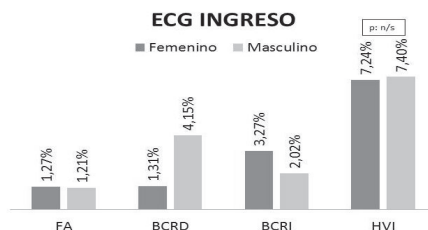
0023 - SÍNDROME CORONARIO EN MENORES DE 55 AÑOS: EPIDEMIOLOGÍA, PERFIL CLÍNICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE ACUERDO AL GÉNERO.

Cecilia Mercedes MARPEGAN | Andrea TUFO PEREYRA | Rafael Omar ZAUGG NADUR | Ana Lucia ACOSTA | María Teresa CARNUCCIO | Miguel Oscar PAYASLIAN | Brenda MANGARIELLO | Patricia Carmen GITELMAN
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ

Objetivos: Comparar las características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución intrahospitalaria de los pacientes menores de 55 años que ingresan con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) de acuerdo al género.

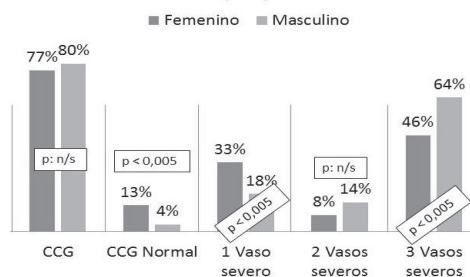
Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de epicrisis computadas de pacientes menores de 55 años ingresados consecutivamente con diagnóstico de SCA en Unidad Coronaria, desde julio de 1994 a diciembre de 2016. Las variables continuas se expresaron como media o mediana de acuerdo a su distribución. Se realizó análisis univariado con test de T, Rank Sum Test, Chi2 o Fisher según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 1.152 pacientes, dentro de los cuales 152 (13,6%) fueron del sexo femenino y 995 (86,4%) del masculino. Los resultados se encuentran en las tablas y gráficos siguientes.

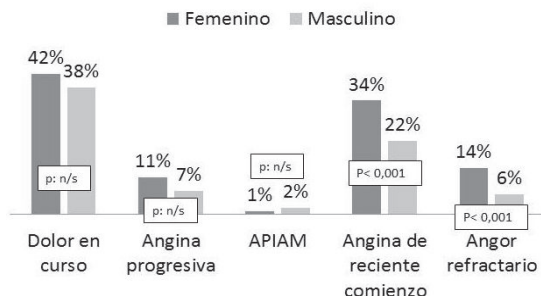


SCA < 55 a (n=1152)	Sexo F (n=157±13,6%)	Sexo M (n=995±86,4%)	P	RR (IC 95%)
Edad	49±5,45	48±5,31	0,12	
Diabetes	17,42%	11,91%	0,05	1,45 (0,99-2,12)
Tabaquismo	44,52%	69,06%	<0,01	0,41 (0,31-0,56)
Angina Crónica Estable	16,13%	10,71%	0,049	1,48 (1,01-2,19)
Dislipemia	39,35%	35,96%	0,41	1,13 (0,84-1,52)
Hipertensión arterial	54,84%	43,59%	0,009	1,47 (1,1-1,98)
Infarto de miocardio (IAM) previo	16,77%	22%	0,14	0,74 (0,5-1,1)
Angioplastia (ATC) previa	5,16%	7,68%	0,26	0,68 (0,34-1,35)
Cirugía de revascularización miocárdica (CRM) previa	1,94%	2,02%	0,94	0,96 (0,33-2,79)
Antecedentes Coronarios	29,94%	31,66%	0,66	0,93 (0,67-1,28)
Insuficiencia Cardíaca (IC) previa	3,92%	1,62%	0,055	2,07 (1,03-4,16)

CINECORONARIOGRAFÍA (CCG)



CLÍNICA AL INGRESO



SCA < 55 a		Sexo F	Sexo M	P	RR (IC 95%)
Diagnóstico final	SCASEST (48%)	52,23%	29,65%	<0,01	2,24 (1,68-2,99)
	AI IAM-SEST	18,47%	15,38%	0,32	1,2 (0,83 - 1,74)
	IAMCEST (52%)	29,94%	55,84%	<0,01	0,38 (0,28-0,53)
IAM		48,41%	71,16%	<0,01	0,44 (0,33-0,58)
IC		1,27%	2,01%	0,53	0,66 (0,17-2,5)
Muerte		2,58%	2,62%	0,97	0,98 (0,39-2,48)
Combinado muerte o IC		3,23%	3,42%	0,89	0,94 (0,41-2,17)

Conclusiones: Las mujeres fueron más hipertensas, diabéticas, y menos tabaquistas. Tuvieron más antecedentes de angina crónica e insuficiencia cardíaca. En el ECG de ingreso presentaron menos BRD, y como signos isquémicos más infradesnivel del segmento ST, negativización de la onda T, y

menos elevación del ST. Tuvieron menos infarto. La CCG fue realizada por igual, y en las mujeres fue más frecuente hallar coronarias normales y lesión de un único vaso. Respecto a la evolución intrahospitalaria, las mujeres presentaron con más frecuencia angor refractario. Fue similar la ocurrencia de insuficiencia cardiaca, muerte o el combinado de ambos.

0025 - EXISTE UNA ALTA PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS PACIENTES INTERNADOS POR SÍNDROMES ISQUÉMICOS AGUDOS EN LA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

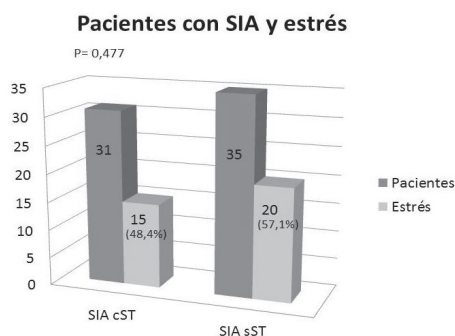
Nicolas Matías D'AMELIO | Silvina FERNANDEZ SALAS | Alejandro TOMATTI | Mario Bruno PRINCIPATO | Natalia CIAMPI | Maria Alejandra VON WULFFEN | Justo CARBAJALES | Rafael Salvador ACUNZO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JM RAMOS MEJÍA

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes (p) internados con síndrome isquémico agudo (SIA) que padecen estrés y si está asociado a alguna característica de los mismos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva 66 p ingresados con SIA y que presentaron en su coronariografía lesión coronaria responsable. Luego de la firma de un consentimiento informado, se les realizaron las siguientes pruebas: escala de estrés percibido (agudo) y escala de acontecimientos vitales estresantes (crónico) bajo supervisión del equipo de psicopatología. Se consideraron positivas cuando el estrés agudo fue ≥ 28 , y la escala de acontecimientos vitales estresantes fue ≥ 200 . Se determinó que el paciente tenía estrés cuando por lo menos uno de las dos escalas era positiva. Se realizaron pruebas de Chi2 y Regresión logística (OR) Se consideró estadísticamente significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: La mediana de edad fue de 59 años (39-81), 49 eran hombres (74,2%), y 35 presentaron estrés (53%). Cuando se analizó por tipo de SIA, de los 31 p con supradesnivel persistente del ST-T (SIACST), 15 (48,4%) tuvieron estrés; de los 35 sin supradesnivel persistente del ST-T (SIAsST), 20 lo presentaron (57,1%). No hubo diferencias estadísticas entre los 2 grupos ($p=0,477$). De los 49 hombres con SIA, 49 % tuvieron estrés mientras que de las 17 mujeres, 64,7% lo tuvieron. Tampoco allí hubo diferencia ($p= 0,263$)



Conclusiones: Observamos una alta prevalencia de estrés en nuestra población, la mitad de los pacientes lo padecieron no habiendo diferencias entre tipo de SIA o entre varones y mujeres. Este trabajo plantea que el diagnóstico del estrés debe ser tenido en cuenta por el cardiólogo. El impacto que el tratamiento del estrés puede tener sobre la evolución de éstos, requiere de una investigación posterior.

0026 - COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PRESENTACIÓN, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VASOESPASMO

Daniel Marcelo SICOURI | Cecilia Mercedes MARPEGAN | Andrea TUFO PEREYRA | Rafael Omar ZAUGG NADUR | Patricia Del Carmen GONZALEZ COLASO | Miguel Oscar PAYASLIAN | Brenda MANGARIELLO | Patricia Carmen GITELMAN

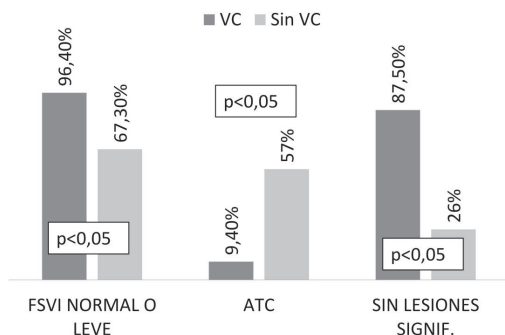
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ

Objetivos: Comparar las características clínicas, evolución intrahospitalaria y tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) según presencia o no del diagnóstico presuntivo o confirmado de vasoespasmismo coronario (VC).

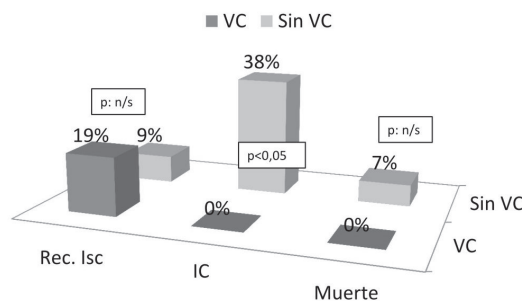
Materiales y Métodos: Se analizaron las epicrisis computadas de 1693 pacientes que ingresaron en forma consecutiva entre diciembre 2006 y julio de 2016 por SCA. Se compararon dos grupos: VC, formado por todos los pacientes con SCA con diagnóstico presuntivo o confirmado de VC y grupo sin VC, formado por una muestra aleatoria del resto de los pacientes ingresados por SCA.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes, de los cuales 32 conformaron el grupo VC y 58 en el grupo sin VC. Los resultados se adjuntan en tablas y figuras.

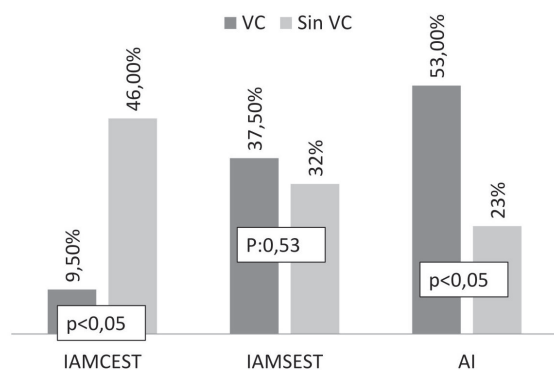
	VC (n 32)	Sin VC (n 58)	p
Hombres	47%	86%	1.00
Edad	59±11	61±12	0.32
Diabetes	15.6%	27%	0.30
Tabaquismo	35%	41%	0.51
Hipertensión	44%	48%	0.68
Dislipemia	31%	26%	0.58
ACE	3%	10%	0.41
Angor CF variable	22%	0%	0.00



Evolución intrahospitalaria



Conclusiones: Los pacientes con SCA y VC constituyeron una población de menor riesgo con mejor evolución intrahospitalaria. Estudios con mayor cantidad de pacientes podrán confirmar estos hallazgos.



0027 - CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME ISQUÉMICO AGUDO INTERNADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN

Florencia Natalí CURRAO | Natalia Lorena MEDINA | Analía Gladys PAOLUCCI | Mario Bruno PRINCIPATO | Natalia CIAMPI | María Alejandra VON WULFFEN | Justo CARBAJALES | Rafael Salvador ACUNZO

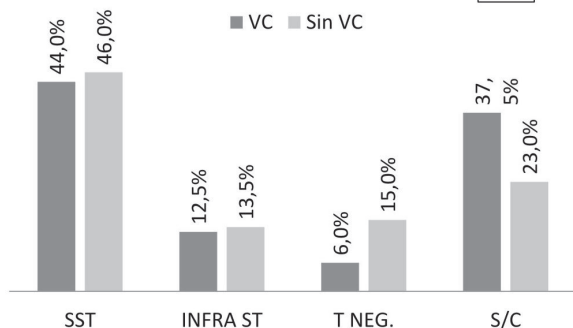
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JM RAMOS MEJÍA

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con SIA que presentaron estrés agudo, y el de aquellos que presentaban acontecimientos vitales estresantes en forma crónica y si tuvieron relación con la depresión.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva 66 pacientes (p) ingresados a la UCO por SIA y lesiones coronarias responsables del cuadro, desde diciembre de 2015 hasta marzo de 2017. Luego de la firma de un consentimiento informado aprobado por la Comisión de Bioética y después del alta de los pacientes se les realizaron las siguientes pruebas por el equipo de psicopatología: escala de estrés percibido (agudo), escala de acontecimientos vitales estresantes (crónico) e inventario de depresión de Beck. Se consideraron positivas: en la escala de estrés percibido (agudo, que evalúa el último mes) cuando fue mayor o igual a 28, la escala de acontecimientos vitales estresantes (crónicos) cuando fue mayor o igual a 200. Se determinó que el paciente tenía estrés cuando por lo menos una de las dos pruebas era positiva. Se consideró positivo un valor de índice de depresión de Beck de más de 21. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron Chi-2 y regresión logística (OR). Se consideró significativa una p menor o igual a 0,05.

Resultados: La mediana de edad fue de 59 años (39-81), 74,2% hombres. De los 66 p, 53% tuvieron estrés, 31,8% de éstos, 21 p, tenían estrés agudo, 11 (16,6%) presentaban acontecimientos vitales estresantes crónicos y 3 (4,5%) ambos. La depresión en grado moderado o severo se halló

ECG INGRESO



en 13 de los 35 pacientes con estrés (37,1%), en 10 de los 21 casos de estrés agudo (47,6%), en 2 de los 11 casos (18,1%) con estrés crónico y en 1 de los 3 casos (33,3%) que tenían ambos.

Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de estrés en nuestra población, que muestra dos poblaciones claramente diferenciadas en donde la mayoría presentó estrés agudo, mientras que la depresión se asoció en 1 de cada 3 pacientes estresados, llegando a casi la mitad en aquellos con estrés agudo. Así, la búsqueda sistemática de ambos factores de riesgo entre los pacientes con SIA en Unidad Coronaria debería ser rutinaria.

0028 - INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN EL RITMO CIRCADIANO DEL COMIENZO DE LOS SÍNDROMES ISQUÉMICOS AGUDOS

Michael SALAMÉ | Dra. Alejandra ALVARADO | Alejandro TOMATTI | Mario Bruno PRINCIPATO | Natalia CIAMPI | Maria Alejandra VON WULFFEN | Justo CARBAJALES | Rafael Salvador ACUNZO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JM RAMOS MEJÍA

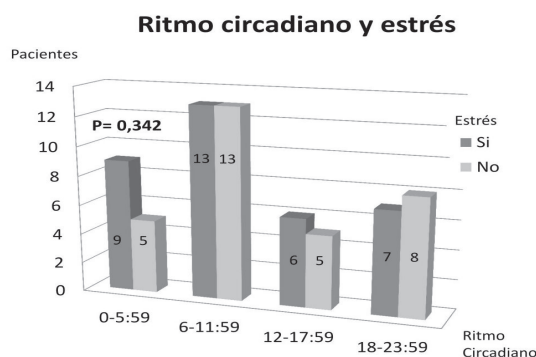
Objetivos: Determinar si la presencia de estrés en los pacientes con SIA modifica el patrón circadiano de aparición de los mismos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva 66 pacientes (p) ingresados con SIA a nuestra unidad coronaria en el período diciembre 2015 a marzo 2017 y que presentaron en su coronariografía lesiones coronarias responsables de los cuadros. Se registró el horario del inicio de los síntomas en todos los p y se dividió el día en 4 períodos: 0 a 5:59 hs, de 6 a 11:59, de 12 a 17:59 hs y de 18 a 23:59 hs. Luego de la firma de un consentimiento informado aprobado por la comisión de bioética y del alta del paciente se les realizaron las siguientes pruebas: escala de estrés percibido y escala de acontecimientos vitales estresantes. Todo ello supervisado y analizado por el equipo de psicopatología hospitalario. Se consideró positivo para estrés agudo cuando la escala de estrés percibido (que evalúa el último mes) fue mayor o igual a 28. Se definió como la presencia crónica severa de factores psicosociales de estrés, cuando la escala de acontecimientos estresantes fue mayor o igual a 200. Se realizaron las pruebas de Chi2 y Regresión logística (OR). Se consideró estadísticamente significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: La mediana de edad fue de 59 años (39-81), 49 fueron hombres (74,2%). Tabaquistas 47 p (71,2%), 15 p (22,7%) eran diabéticos tipo II; 41 p (62,1%) hipertensos, 28 (42,4%) hipercolesterolémicos. De los 66 p, 35 p (53%) presentaron SIA sin supradesnivel del segmento ST (SIAsST) y 31 p (47%) SIA con supradesnivel persistente del ST (SIACST). La frecuencia de aparición de SIA en cada cuadrante horario está expresada en la siguiente tabla: Del total de pacientes, 35 presentaron estrés (53%), de éstos 22 p presentaron estrés agudo (33%). Cuando se comparó por cuadrante horario se observó que de los 14 pacientes que iniciaron su SIA entre las 0-5:59hs, 9 de ellos presentaron estrés (64,2%). No se

observaron diferencias en el resto de los cuadrantes horarios, como se refleja en el gráfico de barras.

Horas	Pacientes	Porcentaje
0 - 5:59	14	21,2
6 - 11:59	26	39,4
12 - 17:59	11	16,7
18 - 23:59	15	22,7
Total	66	100,0



Conclusiones: Nuestro estudio confirma la presencia de un patrón circadiano de aparición de SIA con un predominio de inicio entre las 6 y las 11:59 hs. La novedad es que en nuestra población 2 de cada 3 pacientes que iniciaron su SIA entre las 0-5:59hs presentaron estrés. La ausencia de significación estadística, puede atribuirse al tamaño de la muestra. La importancia del hallazgo, por ser un período particularmente vulnerable para el paciente, obliga a la realización de un nuevo estudio con un mayor tamaño de la muestra, para ratificarlo.

0031 - INDICE LEUCOGLUCÉMICO EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ST

Juan Rodrigo ALDERETE | Pablo Luis COPPOLECCHIA | Daniel Gaston CORNEJO | Enrique Marcelo DOMINE | Alfredo HIRSCHSON PRADO | Ji KIM | Pablo Martín MERLO | Leonardo PRESTERA

HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA

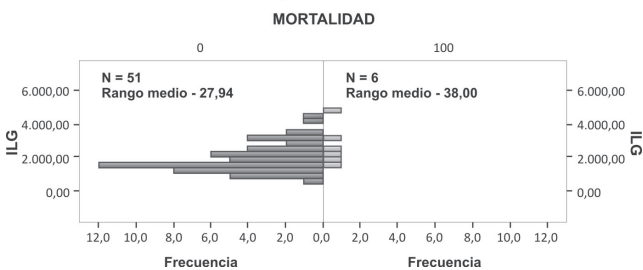
Objetivos: Evaluar la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST) según el índice leucoglucémico (ILG) en un centro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 57 pacientes con diagnóstico de SCACEST en los cuales se calculó la razón de índice leucoglucémico, entre el mes de Enero de 2013 y Diciembre de 2015 ingresados en Unidad

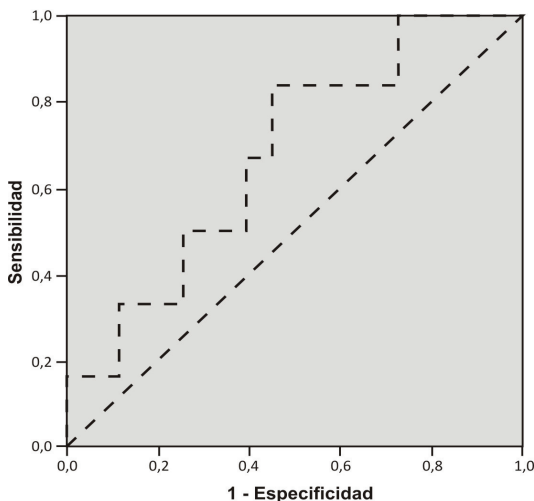
Coronaria del Hospital Bernardino Rivadavia. Se evaluó la mortalidad intrahospitalaria según las razones del índice leucoglucémico. Se realizó una curva ROC y análisis estadístico por medio de la prueba de Mann-Whitney.

Resultados: En el presente estudio se observaron 6 muertes intrahospitalarias (10,53%). Se encontraron valores de ILG mínimo de 529,2; máximo de 4976,4. Los valores de corte para los percentilos fueron: 25% de 1334,2; 50% de 1781,9 (mediana) y 75% de 2404,45. Se realizó una curva ROC con un área bajo la curva de 0,67 con una p de 0,16 e intervalos de confianza del 95% de 0,47 a 0,88. Se analizaron los datos usando la prueba de Mann-Whitney sin poder rechazar la hipótesis de nulidad.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes



ILG vs Mortalidad



Conclusiones: Para este estudio el ILG no incidió en la predicción de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con SCACEST.

0032 - COMPARACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y BLOQUEO DE RAMA DERECHA RESPECTO A OTRAS

PATENTES ELECTROCARDIOGRÁFICAS.

Diego CABRERA ARGAÑA | Rafael Omar ZAUGG NADUR | Cecilia Mercedes MARPEGAN | Carolina Barbara PUTARO | Alcides GUILLARDOT | Miguel Oscar PAYASLIAN | Brenda MANGARIELLO | Patricia Carmen GITELMAN
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ

Objetivos: Comparar las características epidemiológicas, clínicas, de tratamiento y evolución intrahospitalaria de acuerdo a la patente electrocardiográfica (ECG) de ingreso, en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) en un Hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de 3841 pacientes ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de SCA en Unidad Coronaria desde julio de 1994 a diciembre de 2016. Los datos fueron tomados del registro de epicrisis computadas e historias clínicas. Se definió como grupo "SUPRA": pacientes con ECG con elevación persistente del segmento ST en 2 derivaciones contiguas (mayor o igual a 2mm en derivaciones precordiales o mayor o igual a 1mm en derivaciones frontales); grupo "INFRA": infradesnivel del ST de por lo menos 0,05 mm; grupo "BRI": Bloqueo completo de rama izquierda, con o sin desnivel del ST; grupo "BRD": BRD con o sin desnivel del ST, y grupo "OTROS": otras alteraciones del STT no incluidas en las anteriores o sin alteraciones. Se compararon todos los grupos entre sí y BRD vs BRI. Las variables continuas se expresaron como media o mediana de acuerdo a su distribución. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Se realizó análisis univariado con test de T, Rank Sum Test, Anova, Chi2 o Fisher según correspondiera. Se consideró significativo un valor de p<0.05.

Conclusiones: El grupo de pacientes SUPRA se distinguió del resto por tener los pacientes más jóvenes, tabaquistas con menos antecedentes, la mayoría angioplastiados y en una evolución a insuficiencia cardíaca y mortalidad intermedios. Los pacientes con BRD presentaron un perfil epidemiológico más benigno que los pacientes con BRI, con similitud en los antecedentes cardiovasculares. Excluyendo a los pacientes con Supra, fue el grupo con más infarto y mayor tasa de revascularización. El grupo BRD presentó la mortalidad más elevada.

0033 - RELACION ENTRE EL INDICE LEUCOGLUCEMICO Y LOS RESULTADOS ANGIOGRAFICOS EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST

Juan Rodrigo ALDERETE | Pablo Luis COPPOLECCHIA | Daniel Gaston CORNEJO | Enrique Marcelo DOMINE | Alfredo HIRSCHSON PRADO | Ji KIM | Pablo Martín MERLO | Leonardo PRESTERA

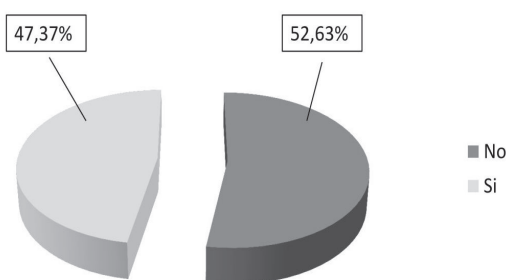
HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA

Objetivos: Evaluar el uso del índice leucoglucémico como predictor de enfermedad coronaria de múltiples vasos (ECMV) en pacientes con Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST).

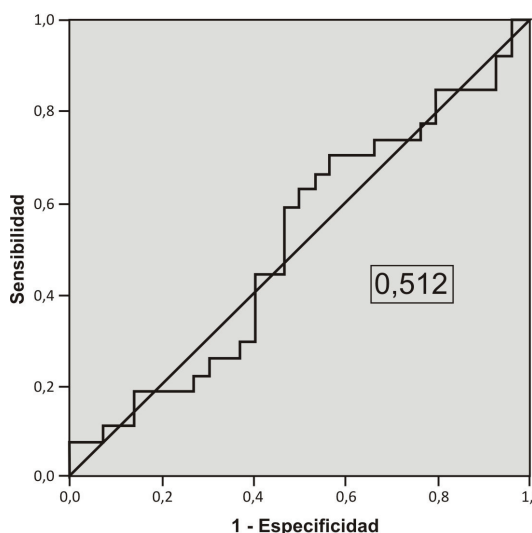
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 57 pacientes con diagnóstico de SCACEST y estudio angiográfico en los cuales se calculo el índice leucoglucémico (ILG) al ingreso, entre el mes de Enero de 2013 y Diciembre de 2015 en Unidad Coronaria del Hospital Bernardino Rivadavia. Se utilizó el test de Mann-Whitney para analizar la asociación estadística. Se definió ECMV como: la presencia de enfermedad coronaria severa en 2 o más vasos epicárdicos.

Resultados: Se analizaron un total de 57 casos, de los cuales 30 (52,63%) no tuvieron ECMV y 27 (47,37%) si la tuvieron. El valor menor de ILG fue de 529,2 y el valor máximo fue de 4976,4 con una media de 2002,71 y desvío standard de 973,87. Se realizó el análisis con la prueba de Mann-Whitney para variables independientes con una significancia estadística de p de 0,87 y se calculó un area bajo la curva ROC de 0,51 con intervalos de confianza del 95% de 0,36 – 0,66.

Enfermedad de Múltiples Vasos



Curva COR



Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso del índice leucoglucémico no se asoció a la presencia de enfermedad coronaria de múltiples vasos en pacientes con SCACEST.

0041 - VALOR PICO DE TROPONINA T ULTRASENSIBLE EN EL INFARTO: COMPARACIÓN ENTRE EVENTOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI | María Teresa POLITI | Guillermo R. BORTMAN | Raul Eduardo FERREYRA | Rafael Angel IAMEVO | Carlos Daniel PELLEGRINI
SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE

Objetivos: - Establecer predictores para discernir entre infarto agudo de miocardio (IAM) tipo 1 y 2. - Evaluar la diferencia entre valores medios de elevación pico de la troponina T ultrasensible (TnTHS) entre IAM tipo 1 y 2 mediante un análisis univariado. - Evaluar la diferencia entre valores medios de elevación pico de la TnTHS entre IAM tipo 1 y 2 mediante un análisis multivariado, identificando covariables relacionadas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional y analítico, de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos, en pacientes adultos (>18 años de edad) internados por IAM (según tercera definición universal de infarto). El muestreo fue consecutivo. El plan de reclutamiento fue mediante el análisis de epicrisis digitalizadas de pacientes internados en el servicio de Cardiología de un centro privado de la ciudad de Buenos Aires entre el 12 de septiembre de 2012 y 31 de diciembre de 2016. Se excluyeron a pacientes sin valores de TnTHS disponibles, epicrisis incompleta (i.e. tipo de IAM no definido, incongruencias en datos del paciente), coexistencia de más de un tipo de IAM (según tercera definición universal de infarto) en un mismo paciente en la misma internación. La exposición de interés fue IAM tipo 1. El desenlace primario fue el valor medio de concentración pico plasmática de TnTHS. Se realizó el análisis primario con test de Student para datos no-pareados. Se consideró como nivel de significancia 0,05. Todos los análisis se realizaron con STATA v15.

Resultados: Se enrolaron 153 pacientes con IAM internados entre 2012 y 2016. La mayoría de los pacientes era de sexo masculino (70%) y de mediana edad (58 +/- 5 años de edad). El 70% se presentó con IAM tipo 2. Tanto en el análisis univariado como en el análisis multivariado luego de ajustar por tiempo y edad, se constató que el valor medio de la concentración pico de TnTHS en pacientes con IAM tipo 1 era mayor que en pacientes con IAM tipo 2 (p<0,05).

Conclusiones: La interpretación del subtipo de IAM (1 o 2), conlleva diferencias tanto diagnósticas como terapéuticas, que involucran la necesidad de medidas invasivas y tratamientos con complicaciones potencialmente graves. Actualmente existe controversia respecto de cómo diferenciar estas dos subpoblaciones. El estudio de una población y sus eventos permitió dilucidar nuevos predictores que ayuden a distinguir la etiología del evento, y así a brindar la alternativa diagnóstica y terapéutica más adecuada para cada caso.

**0047 - EL ELECTROCARDIOGRAMA COMO PREDIC-
TOR DE LESIONES CORONARIAS SEVERAS EN LA
ERA DE LAS TROPONINAS DE ALTA SENSIBILIDAD**

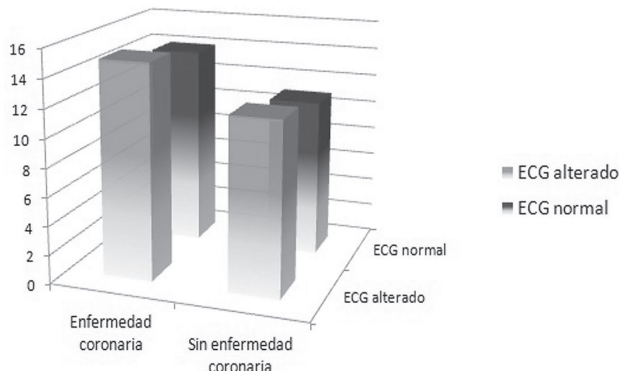
Santiago Tomás BOCCACCI | Carolina TABOADA | Brenda Laura LABIN | Marcos LARREA | Diego Alfonso ACOSTA IMOS

Objetivos: Determinar si los cambios electrocardiográficos se asocian a lesiones coronarias severas.

Materiales y Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva 52 pacientes que ingresaron a unidad coronaria con diagnóstico de SCASEST entre Mayo 2016 y febrero 2018. Se definió como alteraciones electrocardiográficas al infradesnivel del segmento ST mayor a 1 mm, inversión y/o aplanamiento de la onda T. Se determinó enfermedad coronaria mediante cateterismo coronario. Las variables categóricas se compraron con test chi cuadrado apropiado al caso. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desvío estándar o Mediana y rango intercuartilo y se compararon con test no paramétricos. Se determinó significación estadística $p \leq 0.05$

Resultados: La edad de la población con lesiones coronarias severa fue de 69,2 +/- 13,1 y de 68,3 +/- 12,7 en aquellos sin enfermedad coronaria $p= 0,65$. Sexo masculino 57,69 %. La presencia o ausencia de enfermedad coronaria no fue significativamente diferente en aquellos con cambios ECG, 51,71% vs 52,17 $p= 0,97$, respectivamente. En aquellos sin cambios ECG, 47,83% vs 48,28% $p=$, respectivamente; Diabéticos 34,78% vs 51,72% $p= 0,22$; HTA 65,52% vs 78,26% $p=0,31$; Dislipemia 44,8% vs 52,17% $p= 0,59$; SCA previo 13,79% vs 26,09% $p= 0,26$; Infarto previo 24,14% vs 13,04% $p= 0,31$; Angioplastia previa 17,86% vs 21,74% $p= 0,72$; Antecedentes de infarto previo, Cirugía de revascularización miocárdica previa 10,34% vs 13,04% $p= 0,76$; Insuficiencia cardiaca: 17,24 vs 4,35 $p=0,14$, respectivamente.

CAMBIOS ECG.	ENF. CORONARIAS		TOTAL
	0	1	
0	11	14	25
	47.83	48.28	48.08
1	12	15	27
	52.17	51.72	51.92
Total	23	29	52
	100	100	100
P= 0.974			



Conclusiones: Si bien el electrocardiograma es una herramienta fundamental para diagnóstico en los síndromes coronarios agudos en esta población no predijo la presencia de lesiones severas en el cateterismo. Creemos que esto puede deberse a múltiples factores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad coronaria.

0051 - PREDICTORES DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST CON SCORE GRACE MODERADO RIESGO

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Noelia Soledad MARTIAS | Graciela Susana TREJO | Mariela Susana LEONARDI | Francisco Enrique A. TELLECHEA | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DAZEO

UNIDAD ASISTENCIAL POR MAS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Evaluar la presencia de factores de riesgo de eventos intrahospitalarios en pacientes añosos con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) de moderado riesgo según el score GRACE.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de SCASEST con score GRACE de ingreso < 140. Se evaluaron características clínicas, electrocardiográficas y de laboratorio de ingreso. Se calcularon los scores PURSUIT y TIMI. Se consideró el punto final primario de muerte intrahospitalaria, angina recurrente y revascularización de urgencia. Las variables continuas se enuncian como media ± desvío estándar y la categóricas como porcentaje. Se realizó análisis univariado y multivariado mediante regresión logística

Resultados: Se incluyeron 248 pacientes con una edad de 71 ± 7 años, 44% mujeres. Al ingreso presentaron score GRACE 120 ± 18, PURSUIT 12 ± 1.8 y 38 pacientes (15%) presentaron score TIMI>5. El 40% presentó elevación de troponina I, el 25% cambios en la onda T y el 16% infradesnivel del ST. Respecto a los antecedentes, el 85% tenía antecedentes de hipertensión arterial, el 28% diabetes, 63% dislipidemia y el 38% presentaba revascularización previa (24% angioplastia y el 14% quirúrgica). Se realizó estrategia invasiva a 77% (192 pacientes) y al 58% (111 pacientes) de éstos fueron revascularizados (75 pacientes con angioplastia y 36 con cirugía). El

punto primario se encontró en 36 pacientes (14.5%) con una mortalidad del 0.8% (2 pacientes). En el análisis univariado el score PURSUIT y la presencia de cambios en la onda T del ECG se asociaron al punto combinado. Mientras que en el multivariado, sólo el PURSUIT se comportó como predictor del punto combinado con un OR 1.31 (IC95% 1.03 – 1.62) $p=0.03$.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes ancianos con SCASEST con GRACE moderado riesgo, la prevalencia del punto combinado fue relativamente alta, aunque, como era de esperar, presentaron una baja mortalidad. El score PURSUIT fue predictor independiente del punto combinado.

0052 - LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y LA PRONÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES JÓVENES ¿SON DIFERENTES A LA RESPECTO A LOS MAYORES?

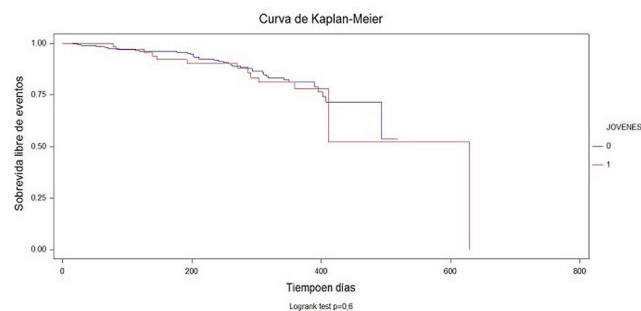
Daniel Agustin CHIRINO NAVARTA | Maria Cecilia RINALDI | Maria Gabriela GUTHMANN | Mariela Susana LEONARDI | Claudio DAZEO | Jose Gustavo ESCOBAR CALDERON
SANATORIO FRANCHIN

Objetivos: El objetivo es evaluar si hay diferencias en la prevalencia de factores de riesgo, en las características clínicas, en la evolución intrahospitalaria y en el seguimiento a un año de pacientes jóvenes con infarto con (IAM-ST) y sin elevación del ST (IAM-NoST) respecto de los mayores.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes internados con diagnóstico de IAM-ST e IAM-NoST y se dividieron según la edad en jóvenes (hombres <45 años y mujeres <55 años) y mayores. Se analizaron los antecedentes, factores de riesgo, las características clínicas de ingreso, la evolución y la mortalidad intrahospitalaria. Con respecto al seguimiento, se consideró el punto combinado de mortalidad global y reinternación de causa cardiovascular (Nuevo SCA, Insuficiencia cardíaca y necesidad de revascularización). Las comparaciones entre grupos se realizaron con métodos adecuados de acuerdo al tipo de variable y el seguimiento mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 393 pacientes, 267 con IAM-NoST y 126 con IAM-ST. El 19,8% fueron jóvenes ($n=78$) con una edad de 42 ± 4 y el 80,2% mayores ($n=315$) con una edad de 56 ± 6 años. El grupo de jóvenes presentó mayor proporción de mujeres (23% versus 10%, $p=0,02$) y menor antecedente de angioplastia previa (6% versus 15%, $p=0,04$). No hubo diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo típicos. El 33% de los jóvenes ingresó por IAM-ST y el 32% en el grupo mayores ($p=0,8$). Se realizó estrategia invasiva en el 85% de los pacientes, sin diferencias entre los grupos. El grupo de jóvenes presentó menor tasa de enfermedad de tronco de coronaria izquierda y/o tres vasos (10% versus 20%, $p=0,04$). La revascularización con angioplastia fue del 75% en el grupo jóvenes y de 80% en el grupo mayores ($p=0,5$) y la quirúrgica del 2,5% y del 4,4%, respectivamente ($p=0,06$). La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,5% (6 pacientes, 1 en el grupo jóvenes y 5 en el grupo mayores, $p=0,6$). En el seguimiento al año, el punto combinado se presentó en el

13,5% ($n=53$), sin diferencias entre los grupos (logrank test $p=0,6$). Ningún paciente falleció en el seguimiento.



Conclusiones: Los pacientes jóvenes representaron casi el 20% de la población con infarto, tuvieron menor tasa de mujeres y de antecedente de angioplastia. No hubo diferencias en la prevalencia de factores de riesgo típicos, en la presentación con y sin elevación del ST.

Índice Alfabético

ACOSTA	Diego Alfonso	49, 54, 70
ACOSTA	Ana Lucia	64
ACOSTA	María Florencia	52
ACUNZO	Rafael Salvador	45, 65, 66, 67
ADJIGOGOVIC	Juan Martin	46, 60
ALDERETE	Juan Rodrigo	53, 67, 68
ALVARADO	Dra. Alejandra	67
ANDREATTA	María Florencia	62
ANGEL	Adriana Alejandra	46, 48, 60
ANTEZANA CHAVEZ	Edgar	57
ARGENTIERI	Julio Cesar	53
ARNAUDO	María Cecilia	55
ASPREA	Mariela Alejandra	60
AUDINO	Valeria Luciana	54
BARRERA	Eduardo Gustavo	53
BENINCASA	Fernando Diego	61, 62, 62
BEREZIUK	Eulalio	46
BERNAT	Germán Alejandro	57
BERRUET	Esteban Ángel	58
BINDER	Sofía Belén	51
BLANCO CERDEIRA	Patricia	43
BOCCACCI	Santiago Tomás	49, 70
BORTMAN	Guillermo R.	43, 55, 69
CABRERA ARGAÑA	Diego	68
CANTARINI ECHEZARRETA	María Belén	47
CARBAJALES	Justo	45, 65, 66, 67
CARNUCCIO	María Teresa	64
CARRAL	Pilar	42
CARRETTO	Lucila Agustina	49, 61
CARRO	Natalia	50
CATENA	Enzo	45, 52
CATTANEO	Juan	45
CELANO	Leonardo	57
CHADI	Raúl Cesar	50
CHIRINO NAVARTA	Daniel Agustín	48, 48, 70, 71
CHULIBER	Hernán Ariel	52
CIAMPI	Natalia	45, 65, 66, 67
COCCARO	Guillermo José	43, 44, 54
COHEN ARAZI	Hernán	44
COLOMBO VIÑA	Nicolás Alberto	46, 48, 60
COPPOLECCHIA	Pablo Luis	67, 68
CORDERO	Diego Julio Luis	46, 48, 60, 61
CORNEJO	Daniel Gastón	67, 68
CORONEL	Roberto	45, 52
CORTE	Juan Ignacio	49, 62
CURCIO	Miriam Mabel	50
CUROTTO GRASIOSI	Jorge L.	46, 48, 49, 60, 61, 62, 62
CURRAO	Florencia Natalí	66
DAK	Marcelo Alberto	46, 48, 49
D'AMELIO	Nicolás Matías	45, 65
DAZEO	Claudio	48, 48, 70, 71
DE CANDIDO	Laura	51
DE GREGORIO	José Alejandro	48, 49, 60, 61
DE LA FABA	Rodrigo Alberto	42, 61
DE LA FUENTE	Luis	53
DEGRANGE	Marcela Adriana	43, 44, 51, 54
DEL VALLE	Marta	42
DELGADO	Jorge Mario	46, 48, 49
DI GIORNO	Gastón	45, 52

DI MATTEO	Francisco	51, 57
DI TORO	Darío Carlos	57
DIOMEDI	Silvana	42
DOMINE	Enrique Marcelo	67, 68
ESCOBAR CALDERON	José Gustavo	48, 71
ESTEBANEZ	María José	51, 58
ESTEVEZ TRAVERSI	Facundo	52
ESTRELLA	María Laura	57
FARFÁN	Martín	44
FERNANDEZ SALAS	Silvina	45, 65
FERREYRA	Raúl Eduardo	43, 55, 69
GARCÍA	Néstor Ignacio	49
GARCIA	Maximiliano	51, 57
GIANGRECO	Antonela	42
GIL	Lorena Natalia	52
GIL PLOZZER	Andrea	51
GIRASSOLLI	Agustín	52
GITELMAN	Patricia Carmen	52, 64, 65, 68
GONZALES ESTEVARENA	Luis Alberto	58
GONZALEZ	Carlos Luis	45, 52
GONZALEZ	Verónica	52
GONZALEZ BARRERA	Carlos Adrian	46, 62
GONZALEZ COLASO	Patricia Del Carmen	65
GONZALEZ ROMEA	Bernardo Martin	46, 62
GUILLARDOT	Alcides	68
GUIMARAENZ	Marcelo L.	51, 58
GUTHMANN	María Gabriela	48, 71
GUTIERREZ CABEZAS	Diana Patricia	50
GUTIÉRREZ LARREGUI	Gonzalo	69
HENQUIN	Ruth Patricia	54
HERRERO	Leandro Miguel	61, 62, 62
HIRSCHSON PRADO	Alfredo	67, 68
HISKIN	Irina	44
IAMARINO	Sergio	43, 44, 51, 54
IAMEVO	Rafael Ángel	69
IGLESIAS	Daniel José	48
INGOLD	José Luis	53
JANS	Gabriel	44
JOUGLARD	Ezequiel	42
KIM	Ji	67, 68
LABADET	Carlos David	57
LABADO	María Guadalupe	44
LABAQUI	Martina	43
LABIN	Brenda Laura	49, 55, 70
LARREA	Marcos	70
LEONARDI	Mariela Susana	48, 70, 71
LINIADO	Guillermo Ernesto	57
LODOLO MURCIA	Leonel Mariano	49, 62
LOSADA	Pablo	61, 62, 62
LUIZAGA	Ronald	44
MACHADO	Rogelio Alberto	46, 48, 49, 60, 61, 62
MAMANI PEREZ	Rodolfo Leandro	53
MAMBERTO	Alejandra Carmen	47
MANGARIELLO	Brenda	52, 64, 65, 68
MARPEGAN	Cecilia Mercedes	64, 65, 68
MATIAS	Noelia Soledad	70
MEDINA	Natalia Lorena	66
MENEHEM	Claudia	54
MERLO	Pablo Martín	67, 68
MISERQUE FILIPPELLI	Leila Ayelen	45
MONTOVANI	Adriana Cecilia	51, 58
ORQUERA	Daniel Anibal	47, 50

PADILLA	Matías Benjamín	49, 60
PAGÉS	Marisa Angélica	47
PAGOTTO	Gerardo Nelson	61
PAOLUCCI	Anafía Gladys	66
PARAGANO	Emanuel	62
PARQUET	Carlos	62
PAYASLIAN	Miguel Oscar	52, 64, 65, 68
PELLEGRINI	Carlos Daniel	69
PEÑALOZA	Eduardo Héctor	53
PEÑALOZA	Facundo	53
PEREA	Candelaria	52
PERESSOTTI	Bruno Ceferino	48, 49, 60, 61, 62
PEREYRA	Alfredo Juan Cruz	58
PEREYRA	Ricardo Arnaldo	58
PIAZZA	Ramón Antonio	55
PIÑEIRO	Carlos Daniel	52
POCOVÍ	Dr. Antonio	55
POLITI	María Teresa	43, 55, 69
PRANTEDA	Daiana Ailin	45
PRESTERA	Leonardo	67, 68
PRINCIPATO	Mario Bruno	45, 65, 66, 67
PULMARI	Camilo Ariel	44
PUTARO	Carolina Bárbara	68
QUETI	Felipe Nicolás	58
RATTAGAN	Patricio	52
REISVIG	Mariela	51, 57
RINALDI	María Cecilia	48, 71
RIVERO	Domingo Jesús	44
RODRIGUEZ	Sofía Gabriela	57
RODRIGUEZ VAZQUEZ	María Luisa	48, 70
ROMANO	Horacio	42
RUIZ VILLANUEVA	Katherine	46, 62
SALAMÉ	Michael	67
SANCHEZ	Jorge Gastón	54
SANCHEZ	Melisa	51, 57
SASOVSKY	Eliane	43
SENESI	Máximo	50
SICOURI	Daniel Marcelo	65
SIMONOVICH	Osvaldo Ariel	44
SORICETTI	Julieta	50
SPARNOCHIA	Cecilia Carla	61, 62, 62
SQUADRONI	Liliana	51, 57
SUAREZ	Daniel H	46
SUAREZ	Facundo	48, 60,
TABOADA	Carolina	49, 70
TABORDA	Daniel Juan	54
TELLECHEA	Francisco Enrique A.	48, 70
TETTAMANZI	Alejandro	51
TINTPILVER	Lucas	50
TOMATTI	Alejandro	45, 65, 67
TOSO	Adriana	42
TREJO	Graciela Susana	48, 70
TUFO PEREYRA	Andrea	64, 65
VANNONI	Guido	57
VECCHIO	Vanesa Giselle	48
VON WULFFEN	María Alejandra	45, 65, 66, 67
VOOS BUDAL ARINS	Marcel Gustavo	51
WISNER	Jorge N.	51
ZABALA	Anafía Marcela	44
ZAUGG NADUR	Rafael Omar	64, 65, 68
ZAVALEY	Emilio Nicolás	53
ZEBALLOS	Irene Beatriz	44, 53