

C-01-17 // IMPACTO DE LA CLASE FUNCIONAL Y DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN LA SUPERVIVENCIA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

ANDRADE, R.; PARMA, G.; PEREZ, V.; COLLARES, M.; BATISTA, I.; ORMAECHEA, G.; ALVAREZ, P.
Hospital de Clínicas. Clínica Médica "A". Montevideo, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es uno de los principales problemas de la salud pública, con una incidencia y prevalencia en aumento, originada entre otras cosas, por el envejecimiento general de la población. A pesar de los grandes avances tecnológicos y farmacológicos de los últimos tiempos, la ICC sigue siendo una de las patologías con mayor morbi mortalidad. El 50-60% de los pacientes fallece a los 5 años del diagnóstico. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y la clase funcional de la New York Heart Association (ICF-NYHA) son marcadores independientes de mortalidad. Las guías internacionales los colocan como dos parámetros fundamentales en la valoración pronóstica.

Objetivo: Conocer el impacto de la FEVI y la CF en la supervivencia de los pacientes pertenecientes a una unidad de insuficiencia cardíaca nacional a 10 años de seguimiento.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios de ingreso a la UMIC: mayores de 18 años, ambos sexos, cardiopatía dilatada por disfunción sistólica de cualquier etiología, y FEVI < 40%, durante el período de Enero 2003 hasta Agosto 2012. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado. Se analizó en forma retrospectiva el impacto de la FEVI y la CFNYHA en la supervivencia mediante análisis estadísticos avanzados. Para el análisis de estas variables, categorizamos la FEVI en mayor o menor a 30% y la CFNYHA en CF I-II o CF III-IV. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de la UMIC. Se utilizó como base de datos y análisis estadístico Epi Info 2008 V3.5.3 CDC Atlanta.

Resultados: Se incluyeron 412 pacientes: 82% activos, 14% fallecidos, 4% perdidos de vista. Edad media: 62.1 ± 11.9 años

Sexo masculino: 67.1%. CF III-IV : 20.7%. FEVI: 33.4% ± 8.6 (59% [MAYORQ] 30% y 41% < 30%)

Analizando la probabilidad acumulada de supervivencia:

Los pacientes con FEVI < 30% tienen una menor supervivencia estadísticamente significativa, en relación a los pacientes con FEVI [MAYORQ] 30%, 0.29 (0-0.7) IVs 0.75 (0.62-0.88), IC 95%, p=0.00.

Los pacientes con CF III-IV, tienen una menor supervivencia estadísticamente significativa, en relación a los pacientes con CF I-II, 0.24 (0-0.61) IVs 0.77 (0.69-0.85), IC 95%, p=0.036.

Conclusiones: Acorde a lo que muestran los números internacionales, se demostró en una unidad nacional de insuficiencia cardíaca (UMIC), el impacto de la CFNYHA y la FEVI en la supervivencia de esta patología, siendo menor la misma en pacientes con FEVI < 30% y CF III-IV.

Si bien estos hallazgos son conocidos y están demostrados a nivel internacional, en nuestros países no contamos con datos hasta la fecha, lo que hace relevante esta comunicación, sumado además al elevado número de pacientes asistidos en la unidad y el seguimiento a 10 años.

C-01-18 // SON DIFERENTES LOS FACTORES DE RIESGO ATEROGENICO EN SINDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST?

CACERES, W.; FIORILO URCULLO, R.; MOZZINO, L.; CHOQUE, J.; MOROS, C.; RUBIO, M.; NICOLOSI, L.
Hospital Español de Buenos Aires. CABA, Argentina.

En las enfermedades cardiovasculares se han reconocido diferentes factores de riesgo aterogénico (FRA) que predisponen a la cardiopatía isquémica. Los eventos coronarios agudos (SCA) pueden presentar compromiso transmural o subendocárdico y pueden ser tipificados por su patente electrocardiográfica en SCA con y sin elevación del segmento ST respectivamente. Cabría preguntarse si los FRA son similares a pesar del disímil compromiso miocárdico resultante de la variabilidad fisiopatológica.

Objetivo: Establecer el peso de los distintos FRA en el SCA con y sin elevación del segmento ST.

Materiales y Métodos: estudio retrospectivo, comparativo en pacientes (P) ingresados con diagnóstico de SCA a Unidad Coronaria entre mayo 2011 y mayo 2013. El diagnóstico fue efectuado mediante el aumento de troponina T y cambios electrocardiográficos según los cuales fueron divididos en: SCA con elevación del segmento ST (SCACST) y SCA sin elevación del segmento ST (SCASST). Fueron excluidos P con bloqueo de rama izquierda, ritmo de marcapaso e hipertrofia ventricular izquierda severa. Se evaluaron los FRA en ambos grupos y los antecedentes cardiovasculares. Análisis estadístico: se utilizó el programa SPSS 16, utilizando test de Chi Yates, Fisher, ANOVA y análisis de regresión logística. Se estableció un error alfa de 0.05, con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: se analizaron 257 historias clínicas, ingresando al análisis 209. Grupo SCACST 96 (hombres 63; 65.62%; IC 95% 55.15-74.82), Grupo SCASST 113 (hombres 77; 68.14%; IC95% 58.61-76.41). Edad 64.45±15.24 (IC 95% 61.36-67.53) vs 67.74±12.35 (IC 95% 65.43-70.04) años. Los FRA analizados fueron respectivamente: HTA 65 (67.77% ; IC95% 57.29-76.68) vs 78 (69.02%; IC95% 59.53-77.20), obesidad 46 (47.91%; IC95% 37.70-58.30) vs 69 (61.06%; IC95% 51.40-69.95), dislipemia 73 (76.04%; IC95% 66.04-83.91) vs 91 (80.53%; IC95% 71.79-87.14), sedentarismo 75 (78.12%; IC95% 68.29-85.65) vs 84 (74.33%; IC95% 65.10-81.88), sin diferencias significativas entre ambos grupos en las variables mencionadas. Se observó una mayor prevalencia de diabetes en los pacientes con SCASST 22 (22.91%) vs 47 (41.59%); p=0.004, OR=6.002 (IC 95% 1.23-29.17), mientras que el tabaquismo fue más prevalente en el SCACST 29 (30.20%) vs 17 (15.04%); p=0.008, OR=5.34 (IC 95% 1.93-18.24). La cardiopatía isquémica fue más prevalente en el SCASST, 11 (11.45%) vs 37 (32.74%); p<0.001, OR= 9.76 (IC 95% 1.83-51.91).

Conclusiones: la HTA, dislipemia, obesidad y sedentarismo constituyeron FRA con peso similar para el desarrollo del SCA con o sin supradesnivel del segmento ST. Los P diabéticos tuvieron 6 veces más riesgo de desarrollar SCASST mientras que los P fumadores presentaron un riesgo 5 veces más elevado de desarrollar SCACST. El antecedente de cardiopatía isquémica aumentó 9 veces el riesgo de desarrollar SCASST.

C-02-01 // EXACTITUD DE LA HISTORIA Y EXAMEN FISICO PARA EL DIAGNOSTICO DE HIPOXEMIA EN TRES NIVELES DE ATENCION MEDICA

FIGUEROA CÓRDOBA, A.; BENITEZ, M.; BENÍTEZ, E.; SORIA, F.; SILVESTRI, P.; ARANCIBIA ARROYO, C.;

SALAS, M.; COBOS, A.

Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: La prevención, detección temprana y corrección de la hipoxemia son habilidades básicas en la formación médica. Responder si el paciente está bien oxigenado, no resulta fácil: el estatus mental, la frecuencia cardíaca, patrones ventilatorios y otros signos no son del todo confiables. Aun la valoración del paciente cianótico resulta imprecisa. El oxímetro de pulso (OP) se ha convertido en un estándar de cuidado en servicios de guardia (GC), cirugía general (CG), unidad de terapia intensiva (UTI), sala común (SC) y atención primaria de la salud (APS). El OP mide saturación arterial de oxígeno (SpO2) no invasiva, rápida y correctamente, identificando pacientes con hipoxemia que están en riesgo de vida. Es ahora considerado el 5º signo vital.

Objetivo: Determinar la exactitud de la historia clínica (HC) y examen físico (ExF) para el diagnóstico de hipoxemia en distintos ámbitos de desempeño profesional (DP).

Materiales y Métodos: diseño observación, transversal, prospectivo, período marzo-octubre /2012. Pacientes consecutivos en GC, UTI, UCI, SC y APS, se realizó HCl y ExF calificando desaturación presente o ausente. Seguidamente se determinó en dedo índice según técnica, la SpO2. Excluidos pacientes con alteración cognitiva e hipotensión severa. Se usó como punto de corte para definir hipoxemia una SpO2 [MENORQ] 88% (patrón oro). Por tabla de 2 x 2 se obtuvieron la sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VP) y tasa de verosimilitud (LR) de distintos síntomas y signos de la HCl: Disnea, Frecuencia respiratoria (FR), Tiraje, Cianosis, Pulso Paradojal y Juicio Clínico (prueba). Se cumplieron con 18 puntos de las declaraciones STARD sobre pruebas diagnóstica. Programa estadístico SPSS.

Resultados: 106 pacientes: 57 (53,8%) en APS, 13 (12,2%) en GC, 16 (15,1%) en UTI-UCI, 20 (18,9%) en SC. Sexo femenino: 51 (48%), edad media: 58, rango: 18-89. Control sano: 36 (34%), EPCC: 15 (14%), ICC: 7 (6,6%), Fibrosis pulmonar: 5 (4,7%), ACCV: 10 (9,4%), Neumonía: 7 (6,6%), Posquirúrgico: 6 (5,7%), IAM: 3 (2,8%), obesidad mórbida: 2 (1,9%), Ataque de pánico: 2 (1,9%). La prevalencia de desaturación [MENORQ] 88% fue del 14,2% (15 pacientes). Variable: Disnea, prevalencia: 42%, S: 94%, E: 67%, VPP: 33, VPN: 98, LR (+): 2,8, LR (-): 0,09. Variable: FR (+16), prevalencia: 100%, S: 94%, E: 43%, VPP: 23%, VPN: 98%, LR (+): 1,65, LR (-): 0,14. Variable: Tiraje, prevalencia: 17%, S: 50%, E: 89%, VPP: 44%, VPN: 91%, LR (+): 4,5, LR (-): 0,56. Variable: Cianosis, prevalencia: 20%, S: 75%, E: 80%, VPP: 40%, VPN: 95%, LR (+): 3,75, LR (-): 0,31. Variable: Juicio Clínico, prevalencia: 100%, S: 81%, E: 42%, VPP: 20%, VPN: 93%, LR (+): 1,41, LR (-): 0,44.

Conclusiones: Nuestros hallazgos, sobre el valor de la HCl y ExF para el diagnóstico de hipoxemia, muestran que la ausencia de disnea y la presencia de una FR menor o igual a 16 por minuto hacen altamente improbable la presencia de desaturación arterial de oxígeno en los distintos ámbitos del DP.

C-01-19 // PERFUSIÓN MIOCÁRDICA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON ENERGÍA DUAL

CARRASCOSA, P.; DEVIAGIANO, A.; CAPUÑAY, C.; VALLEJOS, J.; CAMPISI, R.; LOPEZ DE MUNAIN, M.
Diagnóstico Maijip. Buenos Aires, Argentina.

Propósito: Con el reciente desarrollo de la tomografía computada con energía dual (TCED) se ha reducido la incidencia de artefactos por endurecimiento del haz a través de la generación de imágenes monocromáticas. El objetivo del presente estudio fue determinar la variabilidad interobservador y la utilidad de la perfusión en estrés y reposo con TCED en correlación con el SPECT.

Materiales y Métodos: Veinte pacientes con enfermedad coronaria conocida o sospechada y estudios funcionales positivos o indicación de SPECT fueron evaluados con estudios de perfusión miocárdica SPECT y TCED con apremio farmacológico.

Los estudios de TCED se realizaron con un tomógrafo de 128-cortes (Discovery CT750 HD, GE Medical Systems) y adquisiciones con gatillado electrocardiográfico prospectivo.

Primero se realizó la adquisición con estrés farmacológico y a los 30 minutos la adquisición de reposo. La adquisición de estrés de la TCED y el SPECT se realizaron con el mismo apremio farmacológico utilizando dipiridamol 0.56 mg/kg.

La evaluación de la perfusión miocárdica con TCED se llevó a cabo por dos observadores independientes (O1 y O2) con las imágenes monocromáticas de 70 keV. El análisis de la TCED se realizó de manera ciega respecto al SPECT, que fue considerado patrón de referencia, con la clasificación de 17 segmentos de la AHA.

La sensibilidad (S), la especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) para establecer la presencia de defectos de perfusión fueron calculados para los 2 observadores utilizando el método de exacto binomial. La variabilidad interobservador y la correlación entre los estudios de TCED y SPECT se calcularon mediante el coeficiente Kappa.

Resultados: Se analizaron 680 segmentos miocárdicos. Para la detección de defectos de perfusión miocárdica el O1 y O2 presentaron una S, E, VPP y VPN del 82,1%, 96,74%, 85,48%, 96,04% y 83,3%, 96,2%, 83,3% 96,2%, respectivamente. La correlación entre el O1 y el O2 fue k= 0.79 (0.71-0.86). La correlación entre la TCED y el SPECT fue 0.78 (0.71-0.85). La dosis media de radiación por cada paciente fue 7.1 +/- 1.2 mSv.

Conclusión: Nuestros resultados muestran que la perfusión miocárdica por TCED con estrés farmacológico mostró una adecuada sensibilidad y especificidad con respecto al SPECT, así como una buena correlación entre ambos métodos y una adecuada variabilidad interobservador para la detección de defectos de perfusión miocárdica. Utiliza una dosis de radiación similar a los estudios de tomografía computada con energía simple