

33° Congreso Uruguayo de Cardiología

Temas libres

Cardiología clínica

8 SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES PORTADORES DE ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA SEVERA Y SINTOMÁTICA CON Y SIN CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR

Ignacio Batista¹, Jorge Mayol¹, Tomás Dieste¹, Henry Albornoz², Abayubá Perna², Gustavo Vignolo¹, Pablo Vázquez¹, Santiago Alonso¹, Rodrigo Abreu¹, Comité de Hemodinamia³

1. Centro Cardiológico Americano. 2. Fondo Nacional de Recursos. 3. Sociedad Uruguaya de Cardiología

Antecedente: la EAo es la valvulopatía con mayor prevalencia, aumenta con la edad y con ella las comorbilidades. La sustitución valvular aórtica (SVAo) es el tratamiento de la EAo severa sintomática. Un análisis muestra que 30% de los ≥ 75 años son rechazados para SVAo y su mortalidad a cinco años es tres veces superior que los intervenidos.

Objetivo: comparar la evolución a largo plazo de los pacientes sometidos a SVAo versus los no intervenidos.

Material y método: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se analizaron los datos del Fondo Nacional de Recursos de todos los pacientes estudiados con CACG preoperatoria para SVAo entre 1/1/2004-31/12/2013. Se definieron dos grupos: grupo SVAo y grupo noSVAo. Variables analizadas: edad, sexo, HTA, DM, dislipemia, tabaquismo, enfermedad renal crónica (ERC), ERC hemodiálisis (ERCHD), CFNYHA, FEVI y sobrevida. Análisis estadístico: test χ^2 para variables categóricas y test de t para medias de variables cuantitativas con distribución normal o equivalente no paramétrico.

Resultados: se analizaron 5.555 pacientes; 4.159 (74,8%) fue grupo SVAo. Sexo masculino: grupo SVAo 2.370 (57%) y 792 (56,7%) noSVAo. Hubo diferencia entre grupo SVAo versus noSVAo: edad media 69 versus 78 años, $p=0,03$; HTA 2.940 (70%) versus 328 (77%), $p=0,0001$; DM 940 (22,6%) versus 383 (27,4%), $p=0,0001$; ERC 213(5%) versus 155 (11%), $p=0,0001$, ERCHD 23 (0,6%) versus 24 (1,7%) $p=0,0001$; FEVI normal 2.350 (70%) versus 616 (57,8%), $p=0,001$; FEVI moderada 484 (14%) versus 225 (21,1%), $p=0,001$; FEVI severa 178 (5,1%) versus 105(10%), $p=0,001$; CFI 679 (30%) versus 152(24,9%), $p=0,0001$; CFII 927 (41%) versus 214 (35,1%), $p=0,0001$; CFIII 551 (24,4%) versus 189 (31%), $p=0,0001$; CFIV 100 (4,6%) versus 54 (9%) $p=0,0001$, respectivamente. Fueron predictores independientes de noSVAo: edad (OR 0,947, CI95% 0,938-0,956; $p=0,001$), HTA (OR 0,764, CI95% 0,642-0,909; $p=0,002$), dislipemia (OR 0,809, CI95% 0,697-0,940; $p=0,006$), DM (OR 0,824, CI95% 0,697-0,940; $p=0,02$), ERC (OR 0,207, CI95% 0,115-0,409; $p=0,001$), ERCHD (OR 0,547, CI95% 0,487-0,714; $p=0,001$), FEVI moderada (OR 0,589, CI95% 0,487-0,714; $p=0,001$) y FEVI severa (OR 0,427, CI95% 0,324-0,563; $p=0,001$). La sobrevida fue mayor en grupo SVAo a 12 meses, 3.785 (90%) versus 977 (70%), $p=0,001$ y 24 meses, 3.535 (85%) versus 838 (60%), $p=0,001$.

Conclusiones: un número significativo de pacientes con EAo con indicación de SVAo no llega a ser operado. Se identificaron múltiples predictores de no SVAo, configurando un perfil de mayor riesgo operatorio. La mortalidad del grupo no SVAo fue francamente mayor, lo que demuestra que el tratamiento médico aislado no es una alternativa terapéutica aceptable, debiendo considerarse seriamente otras alternativas terapéuticas.

11 PERÍODO DE GARANTÍA DE LOS ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT NORMALES EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS DE EDAD

Víctor Martire¹, Silvia Carames², Susana Molteni², Liliana Marelich²

1. Instituto Médico Platense. 2. Clínica Privada Monte Grande

Antecedente: un estudio de perfusión miocárdica (EPM) normal posee alto valor predictivo negativo y determina el llamado período de garantía (PG), espacio de tiempo variable donde los pacientes se mantienen con una tasa de eventos cardiovasculares duros (ECV) por debajo del 1%. Sin embargo, este concepto se ob-

tuvo de poblaciones menores de 70 años de edad, existe escasa evidencia si este PG es igual en pacientes de mayor edad (>70).

Objetivo: a partir de los datos de un EPM normal determinar en pacientes mayores de 70 años el PG y establecer las variables poblacionales que inciden en el pronóstico a lo largo de un seguimiento promedio de 3 años.

Material y método: fueron estudiados 554 pacientes con EPM divididos en dos grupos: Grupo 1: (n: 354) con EPM normal (caso), y Grupo 2: (n: 200) con EPM anormal (control). Definimos como EPM normal aquel con score de suma (SSS) menor de 4 y parámetros no perfusivos normales. El seguimiento promedio fue de 30,6 meses (rango 12-62) para la pesquisa de eventos cardiovasculares duros (ECV): muerte cardíaca (MC), infarto no fatal (IAM), y eventos combinados (ECB): ECV+ angioplastia coronaria (ATC), cirugía de revascularización (CRM), desfibrilador implantable (CDI). Se utilizó prueba no paramétrica de Pearson y se calculó estadístico χ^2 , con un valor de $p < 0,05$ o menos para rechazo de la hipótesis nula (IC:95%).

Resultados: comparación entre ambos grupos: Para ECV ($p < 0,0001$). Para MC ($p < 0,0001$) y para IAM ($p < 0,0001$). Tasa de ECV del Grupo 1 para cada año fue: 0,56% - 0,59% - 0,50%, respectivamente Acumulado a 3 años 1,65%. Tasa de ECV del Grupo 2: 2,5% - 1,58% - 3,84%, respectivamente. Acumulado a 3 años: 7,92%. PG para el Grupo 1: 18 meses. La ocurrencia de ECV fue más frecuente en pacientes mayores de 80 años, en aquellos con pruebas con fines pronósticos, pacientes con capacidad funcional < 4 METS.

Conclusiones: en pacientes mayores de 70 años se establece un período de garantía para eventos duros de 18 meses, diferenciándose claramente de los pacientes del mismo grupo etario con un estudio de perfusión anormal, quienes carecen de período de garantía.

Cardiología crítica

1 PREDICTORES DE VASOPLEJIA POSOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDÍACA. METAANÁLISIS

Víctor Dayan, Rossana Cal, Fiorella Giangrossi
Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca

Antecedente: si bien el síndrome vasopléjico en el posoperatorio de cirugía cardíaca es muy variable, según los distintos reportes que oscilan entre el 0,4% a 40%, cuando se presenta tiene elevada morbilidad y mortalidad.

Objetivo: este metaanálisis tiene como objetivo definir las características basales de los pacientes y operatorias que se asocian a mayor riesgo de vasoplejía en el posoperatorio de cirugía cardíaca.

Material y método: dos autores de forma independiente revisaron las bases de datos Pubmed, Embase, Ovid y Google Scholar en busca de estudios publicados entre 1965 y 2016 utilizando las siguientes palabras claves: “vasoplejía” y “cirugía cardíaca”. Se definieron criterios de inclusión y exclusión de forma tal de contar con aquellos trabajos en los que se realiza una comparación de los predictores para vasoplejía. Se identificaron las siguientes variables en cada uno de los trabajos: edad, sexo, HTA, diabetes, insuficiencia renal, cirugía previa, tiempo de circulación extracorpórea (CEC), tiempo de clampeo aórtico, uso de beta bloqueantes, uso de IECA, tipo de cirugía. Los resultados de la búsqueda fueron sujetos de un escrutinio primario basados tan solo en el título del artículo y el resumen. De aquellos trabajos seleccionados, se extrajeron los datos de interés y se evaluaron mediante un modelo de efectos aleatorios. Se utilizó el odds ratio (OR) combinado para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizó la diferencia de las medias (DM).

Resultados: de los 124 trabajos inicialmente encontrados solo 10 de ellos fueron seleccionados por contener los criterios de inclusión. El número de pacientes incluidos fue 29.847. De las variables demográficas y operatorias analizadas, las siguientes resultaron ser predictoras de vasoplejía: tiempo de circulación extracorpórea (DM=24,2 minutos; IC95%: 3,9-44,5), tiempo de clampeo aórtico (DM=18,6 minutos; IC95%: 8,3-28,9), cirugía previa (OR=2,03; IC95%: 1,27-3,26), insuficiencia renal (OR=1,47; IC95%: 1,17-1,86). La cirugía coronaria aislada (OR=0,3; IC95%: 0,19-0,48) resultó ser el único factor protector.

Conclusiones: la incidencia de vasoplejía estaría directamente relacionada al tiempo de exposición al sistema de circulación extracorpórea, no encontrándose ningún factor predisponente salvo la insuficiencia renal. El efecto “protector” de la cirugía coronaria aislada podría vincularse a los tiempos cortos de la circulación extracorpórea.

Cirugía cardíaca

21 SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA: ¿PRÓTESIS BIOLÓGICA O MECÁNICA? ESTUDIO COMPARATIVO DE SOBREVIDA A LARGO PLAZO

María José Arocena, Amparo Fernández, Diego Pérez Zerpa, Eloísa Silva, Paula Farachio, Victoria Martirena, Roberto Stanham, Jorge Mariño, Fernando Genta, Álvaro Lorenzo, Gerardo Soca, Víctor Dayan
Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca

Antecedentes: la elección del tipo de prótesis valvular en los pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica (SVA) es de gran relevancia. Buscamos evaluar si es el tipo de prótesis valvular aórtica un predictor de mortalidad operatoria y sobrevida a largo plazo.

Objetivo: el objetivo del trabajo es comparar el impacto de la colocación de prótesis valvulares mecánicas y biológicas en la mortalidad operatoria y sobrevida a largo plazo.

Material y método: se identificaron en la base de datos de la institución aquellos pacientes sometidos a SVA entre enero de 2006 y diciembre de 2016. Se extrajeron y compararon las variables demográficas, intraoperatorias y posoperatorias. Se compararon las mismas entre aquellos que recibieron bioprótesis y prótesis mecánica mediante chi cuadrado (variables categóricas) y test de t (variables continuas). Se utilizó Kaplan-Meier y log-rank test para comparación de sobrevida. Mediante regresión logística y Cox se identificó el valor predictivo del tipo protésico en los resultados.

Resultados: en dicho período se operaron 1.826 pacientes por SVA. Recibieron bioprótesis 1.450 pacientes (78,3%). Estos eran de mayor edad ($72,7 \pm 8,5$ versus $53,7 \pm 11,9$, $p < 0,05$), con mayor incidencia de CFNYHA III-IV, mayor requerimiento de revascularización asociada y mayor Euroscore ($10,5 \pm 0,1$ versus $7,7 \pm 0,1$, $p < 0,05$). Pacientes con prótesis mecánica presentaban mayor incidencia de tabaquismo, endocarditis y requerimiento de sustitución de aorta ascendente. No hubo diferencias en las variables intraoperatorias a excepción de menor tamaño de prótesis en el grupo de bioprótesis ($22,1 \pm 2,0$ versus $23,1 \pm 2,3$, $p < 0,05$). Pacientes con bioprótesis presentaron mayor incidencia de FA, accidente isquémico transitorio y requerimiento de inotrópicos. No hubo diferencias significativas en la mortalidad operatoria. A diez años de seguimiento, el tipo protésico no fue predictor de sobrevida a largo plazo (tabla 1).

Tabla 1. Predictores de sobrevida para pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica luego de regresión multivariada de Cox.

	HR (IC95%)	P
Edad	1,04 (1,03-1,05)	0,001
FA	1,33 (1,04-1,69)	0,023
NYHA		
I	1	
II	1,37 (0,98-1,90)	0,06
III	1,72 (1,24-2,40)	0,001
IV	2,39 (1,50-3,80)	0,001
Creatininemia	1,015 (1,04-1,26)	0,004
Tiempo de CEC	1,01 (1,008-1,012)	0,001
FEVI	0,988 (0,981-0,995)	0,001
Prótesis biológica	1,06 (0,77-1,47)	0,699

Conclusiones: el tipo de prótesis valvular aórtica no es predictor de mortalidad operatoria ni sobrevida a largo plazo.

22 REINTERVENCIONES EN CIRUGÍA CARDÍACA: ¿FACTOR PREDICTIVO DE RESULTADOS ADVERSOS?

María José Arocena, Amparo Fernández, Diego Pérez Zerpa, Eloísa Silva, Victoria Martirena, Paula Farachio, Roberto Stanham, Jorge Mariño, Fernando Genta, Álvaro Lorenzo, Gerardo Soca, Víctor Dayan
Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca

Antecedentes: los pacientes sometidos a reintervención habitualmente son de mayor riesgo que aquellos sometidos a una primera cirugía. Sin embargo, queda por dilucidar si es la reintervención por sí o la mayor carga de comorbilidades la responsable del mayor riesgo quirúrgico.

Objetivo: el objetivo del trabajo es evaluar el rol predictivo independiente de la reintervención en el paciente sometido a sustitución valvular aórtica aislada.

Material y método: se identificaron en la base de datos de la institución los pacientes sometidos a cirugía valvular aórtica aislada desde enero del 2006 hasta diciembre del 2016. Dentro de estos, se dividieron entre los que dicha cirugía representaba una reintervención o no. De cada paciente se registraron variables demográficas, intraoperatorias y posoperatorias. Mediante regresión logística se evaluó el rol de la reintervención como predictor de mortalidad operatoria. Comparamos la sobrevida mediante curva de Kaplan-Meier y log rank. Utilizamos regresión de Cox para definir importancia como predictor de sobrevida.

Resultados: en dicho período se operaron 5.496 pacientes. De estos, 876 pacientes (791 primera cirugía y 85 reintervención) fueron sometidos a sustitución valvular aórtica aislada. De las variables demográficas, la incidencia de HA (58,8% versus 69,7%, $p < 0,05$), la FEVI ($52,9 \pm 14,1\%$ versus $57,1 \pm 10,6\%$, $p < 0,05$) y edad ($62,9 \pm 15,3$ versus $67,3 \pm 13,2$, $p < 0,05$) fue menor en pacientes reintervenidos, pero presentaban mayor creatininemia ($1,3 \pm 0,9$ versus $1,0 \pm 0,6$, $p < 0,05$) e incidencia de endocarditis (14,1% versus 4%, $p < 0,05$), IAM (5,9% versus 2,1%, $p < 0,05$), CFNYHA III-IV (51,4% versus 38,8%, $p < 0,05$), cirugía de urgencia (13% versus 6,7%) y Euroscore (15,4% versus 6,5%, $p < 0,05$). El tiempo de CEC ($109,4 \pm 49,5$ min versus $81,3 \pm 36,5$ min, $p < 0,05$) y clampeo aórtico ($71,9 \pm 21,4$ min versus $58,5 \pm 23,4$, $p < 0,05$) fue mayor en pacientes reintervenidos, así como la tasa de sangrado y hemodiálisis. Aunque la mortalidad operatoria fue significativamente mayor en pacientes reintervenidos (21,2% versus 4,6%, $p < 0,05$), la reintervención no resultó ser un predictor independiente de mortalidad operatoria pero sí de sobrevida a largo plazo luego de los 30 días de la cirugía (HR=2,2, IC95%: 1,2-4).

Conclusiones: la reintervención no resultó ser un predictor de mortalidad operatoria, pero sí de sobrevida a largo plazo en pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica aislada.

28 ¿ASOCIAR SUSTITUCIÓN DE AORTA ASCENDENTE DURANTE LA SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA IMPLICA MAYOR RIESGO QUIRÚRGICO?

Diego Pérez Zerpa, María José Arocena, Eloísa Silva, Amparo Fernández, Paula Farachio, Victoria Martirena, Jorge Estigarribia, Álvaro Lorenzo, Gerardo Soca, Víctor Dayan
INCC

Antecedentes: un número significativo de pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica (SVA) poseen dilatación de aorta ascendente. Durante la SVA, las últimas guías recomiendan asociar la sustitución de aorta ascendente (SAA) cuando es mayor de 45 mm. No existe evidencia nacional respecto al riesgo operatorio de asociar dicho procedimiento.

Objetivo: analizar la morbimortalidad quirúrgica en una cohorte local de pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica con y sin SAA.

Material y método: se identificaron en la base de datos de la institución aquellos pacientes sometidos a SVA entre enero y diciembre de 2016. Se extrajeron y compararon las variables demográficas, intraoperatorias y posoperatorias. Se compararon las mismas entre aquellos que recibieron o no SAA mediante X^2 (variables categóricas) y test de t (variables continuas). Se utilizó Kaplan-Meier y log-rank test para comparación de sobrevida. Mediante regresión logística y Cox se identificó el valor predictivo de la SAA.

Resultados: en dicho período se operaron 1.826 pacientes por SVA. Recibieron SAA 129 pacientes (7,1%). Los pacientes con SAA más frecuentemente fueron operados de urgencia, presentaban condición crítica preoperatoria, mayor Euroscore ($19,9 \pm 17,2$ versus $9,3 \pm 9,6$, $p < 0,05$), tiempo de circulación extracorpórea y clampeo aórtico. Aquellos que no recibieron SAA eran más añosos ($69,3 \pm 11,9$ versus $62,4 \pm 12,5$, $p < 0,05$) con mayor incidencia de diabetes, NYHA III-IV y mayor asociación con revascularización miocárdica y sus-

titución valvular mitral. Pacientes que recibieron SAA presentaron mayor sangrado posoperatorio (932 ± 739 ml versus 785 ± 734 ml, $p < 0,05$), mayor tiempo de asistencia respiratoria mecánica ($33,3 \pm 77,1$ h versus $17,5 \pm 40,4$ h, $p < 0,05$). La mortalidad operatoria fue mayor en pacientes con SAA (15,5% versus 8,5%, $p < 0,05$). Sin embargo, luego de ajustar por regresión logística, la SAA no resultó ser predictor de mortalidad operatoria, sangrado postoperatorio ni sobrevida a largo plazo.

Tabla 1. Predictores de mortalidad operatoria en pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica

	OR (95%CI)	p
Edad	1,04 (1,02-1,07)	<0,001
NYHA		
I	1	
II	1,48 (0,68-3,23)	0,319
III	2,24 (1,04 4,85)	0,04
IV	5,06 (2,01-12,71)	0,001
Cirugía previa	2,16 (1,22-3,80)	0,008
Tiempo de CEC	1,02 (1,01-1,02)	<0,001

Conclusiones: la SAA en un paciente sometido a SVA no aumenta la morbimortalidad quirúrgica de forma independiente. La evaluación y optimización de las covariables asociada a la misma permitirán reducir los fenómenos adversos.

43 CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Malena Pintos Del Negro, Silvana Dotti Gavirondo, Juan Reinoso, Marcos Pouso, Favio Gutiérrez, Alejandro Heuer, Leonardo González, Álvaro Marichal, Nicolás Russo, Daniel Bigalli
CICU

Antecedentes: la revascularización coronaria sin empleo de circulación extracorpórea (CEC) se considera actualmente una alternativa válida y su empleo es beneficioso en un grupo de pacientes de alto riesgo y/o condiciones anatómicas desfavorables, reduciendo la morbimortalidad posoperatoria.

Objetivo: evaluar nuestra experiencia en cirugía de revascularización miocárdica (CRM) sin el uso de CEC.

Material y método: entre junio de 2011 y junio de 2017 se realizaron 1.058 CRM sin CEC. El 86,4% fueron cirugías electivas, 12,85% cirugías de urgencia y 0,09% cirugías de emergencia. Se analizaron variables pre, peri y posoperatorias. Edad media $65,32 \pm 9,58$ años, mediana 66 años (39-87 años), Sexo femenino 28,24%, FEVI menor a 30% 2,84%, diabetes 32,8%. Vasos lesionados: TCI aislado: 1/1058 (0,09%); uno: 48/1.058 (4,5%); dos: 223/1.058 (21,1%); tres: 773/1.058 (73%); lesión de TCI mayor 50%: 224 (21,17%).

Resultados: todas las cirugías se realizaron sin CEC, con dispositivos de estabilización y posicionamiento cardíaco, shunt intracoronarios, heparinización total y reversión de anticoagulación intraoperatoria del 75%. Se realizaron una media de anastomosis distales de $2,49 \pm 0,78$, total 2.540, doble mamaria: 533/1.058 (50%), razón anastomosis/vasos: 1,34. Variables posoperatorias analizadas: ARM prolongada (>24 hs): 31/1058 (2,93%); FA: 146/1058 (13,8%); stroke: 2/1058 (0,19%); infarto 10/1058 (0,95%), insuficiencia renal aguda que requirió hemodiálisis 6/1058 (0,57%), reintervención por sangrado 11/1058 (1,04%), mediastinitis 9/1058 (0,85%), estadía hospitalaria: $8,04 \pm 7,64$ días, mediana 6 días (0-133 días). La mortalidad para los pacientes operados en oportunidad de elección fue de 1,75% (16/914), aumentando en el grupo de urgencia/emergencia a 3,6% (5/136).

Conclusiones: la cirugía de revascularización coronaria sin CEC es una técnica segura, que ofrece buenos resultados posoperatorios y puede ser beneficiosa en cuanto a la disminución de la morbimortalidad en pacientes con características anatómicas desfavorables y alto riesgo quirúrgico.

44 SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA POR CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Silvana Dotti Gavirondo, Malena Pintos Del Negro, Juan Reinoso, Marcos Pouso, Favio Gutiérrez, Alejandro Heuer, Leonardo González, Álvaro Marichal, Nicolás Russo, Daniel Bigalli
Centro de Investigación Cardiovascular Uruguayo, Casa de Galicia

Antecedente: la cirugía de sustitución valvular aórtica para la estenosis valvular por acceso miniinvasivo apunta a reducir el trauma quirúrgico preservando la calidad y seguridad del abordaje tradicional a través de esternotomía total.

Objetivo: evaluar nuestra experiencia con el acceso por miniesternotomía superior en la sustitución valvular aórtica, para valoración de la factibilidad y eficacia con este tipo de abordaje, ya que la técnica fue utilizada desde el año 1997 en 440 pacientes.

Material y método: entre junio de 2010 y junio de 2017 se realizaron un total de 372 cirugías de reemplazo valvular aórtico aislado, de las cuales 74 (19,8%) se realizaron mediante abordaje por miniesternotomía superior en "J" con el extremo inferior en 4° EID, de aproximadamente 8-10 cm, con circulación extracorpórea a normotermia, canulación central y protegiendo el miocardio con cardioplegia anterógrada de Bretschneider. El 98% fueron cirugías de elección y el 2% de urgencia. El 50,2% de ellas fue de etiología calcificada. Se analizaron variables pre, peri y posoperatorias. Edad media $71,9 \pm 11,1$ años mediana 74 (37-89), Sexo femenino 60,66%, FEVI media $59,2 \pm 7,8$ mediana 60 (35-70), stroke 6,6%, diabetes 23%. EPOC 11,5%, HTA 75,4%, obesidad 18%.

Resultados: el tiempo de clampeo medio fue de $62,9 \pm 23,6$ minutos y el tiempo de perfusión medio fue de $100 \pm 30,3$ minutos. Pacientes con ARM prolongada (> 24 h): 8,1%. Requerimiento de transfusión de glóbulos rojos 5,5%. Días de internación media $9,5 \pm 9,4$ días mediana 7 (0-52). Acerca de las complicaciones posoperatorias: infección profunda de la herida 1,3%. Infección superficial de la herida 2,7%, derrame pericárdico severo 2,7%, dehiscencia que requirió cirugía 0%, FA: 23%; stroke: 2,7%; bloqueo A-V que requirieron MP definitivo (4%), insuficiencia renal aguda que requirió hemodiálisis, reintervenciones por sangrado o disfunción protésica: 0%. Mortalidad hospitalaria: 2,7%.

Conclusiones: la cirugía de sustitución valvular aórtica por abordaje mínimamente invasivo es segura, efectiva. La miniesternotomía superior permite una exposición adecuada del campo operatorio y permite realizar la intervención con instrumental estándar y con resultados satisfactorios.

56 REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR MINIESTERNOTOMÍA. UNA OPCIÓN PROMETEDORA CON MENOR REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL INTRAOPERATORIO

Pablo Straneo, Alejandro Pérez, Gonzalo Cedrés, Juan José Paganini, Hugo Montero, Maximiliano Rodríguez, Patricio Russo, Alejandro Noria, Leandro Cura
Cardiocentro AESM

Antecedente: la esternotomía es la incisión estándar en cirugía de sustitución valvular aórtica (SVA). Recientemente existe un interés creciente por alternativas menos invasivas, con menor repercusión sobre la integridad anatómo-funcional y la calidad de vida del paciente. La SVA por miniesternotomía, si bien descrita en la década de 1990 no ha sido demasiado desarrollada hasta los últimos años. Se plantean ventajas desde cosméticas hasta en el requerimiento transfusional. Sin embargo, la evidencia es pobre y existen menos de 10 estudios randomizados hasta ahora.

Objetivo: comparar resultados intraoperatorios y perioperatorios entre dos grupos de pacientes que se realizaron cirugía de SVA por esternotomía convencional y miniesternotomía superior respectivamente.

Material y método: se analizaron dos grupos constituidos aleatoriamente por el día de primera consulta: "A" cirugía convencional (n=49) y "B" cirugía miniinvasiva (n=34). Se excluyeron los pacientes con procedimientos quirúrgicos asociados y con cirugía cardíaca previa. Se consignaron prospectivamente las variables: edad, sexo femenino, FEVI, tiempo circulación extracorpórea (t.cec) y de clampeo aórtico (t.clamp), requerimiento transfusional intraoperatorio (RT), reintervención por sangrado (RSQ), tiempo de ARM (ARM), complicaciones neurológicas (comp.neuro), complicaciones respiratorias (comp.resp), bloqueo AV, FA (posoperatorios), estadía hospitalaria (EH), mortalidad (MO). El análisis estadístico se muestra en porcentajes (media \pm desvío estándar). Se utilizó test de X^2 de Pearson, corrección de Yates, test exacto de Fisher y test de Student, con un $\alpha=5\%$. Se verificaron supuestos de aplicación.

Resultados: grupo “A” versus “B”: edad $70,4 \pm 11,4$ versus $72,9 \pm 11,9$ años (ns), sexo femenino 39 versus 43% (ns), FEVI $55,3 \pm 11,8$ versus $60 \pm 8,7\%$ (ns), t.cec 85 ± 26 versus $103,7 \pm 25,8$ (p=0,003), t.clamp $60 \pm 23,8$ versus $70,3 \pm 15,9$ min (p=0,04), RT $3,3 \pm 1,9$ versus $2,2 \pm 1,3$ (p=0,053) RSQ 1/49 versus 0/34 (ns), ARM $11,9 \pm 5,7$ versus $11,9 \pm 2,2$ hs. (ns), comp.neuro 0/59 versus 1/34 (ns), comp.resp 5/49 versus 3/34 (ns), bloqueo A-V 1/49 versus 1/34 (ns), FA 16/49 versus 5/34 (ns), EH 8,5 versus 9 días (ns), mort.op 2/49 versus 0/34 (ns).

Conclusiones: nuestros resultados muestran menor RSQ, comp.neuro, comp.resp y mort.op. Existe una gran tendencia a reducción del requerimiento transfusional no significativa probablemente debido al n reducido. La SVA por miniesternotomía superior es un procedimiento seguro aun cuando prolonga discretamente el tiempo operatorio con una reducción notoria del requerimiento transfusional.

Electrofisiología

14 SERIE DE CASOS: REMODELADO REVERSO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA POSABLACIÓN DE VENAS PULMONARES EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR. UN POSIBLE PREDICTOR DE RECURRENCIA

Javier Pinos Vásquez, Carlos Américo, Valentina Agorrody, Gabriel Parma, Álvaro Rivara, Lucía Florio, Diego Freire

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Antecedentes: la ablación de las venas pulmonares con reconstrucción anatómica en 3D usando sistemas de navegación es una técnica nueva prometedora para lograr mayor tasa de éxito en la ablación de la FA. Sin embargo, el remodelado que sufre la aurícula izquierda posterior a la ablación ha sido escasamente evaluado.

Objetivo: describir los cambios a corto plazo que sufre la aurícula izquierda posterior a la ablación de venas pulmonares con radiofrecuencia y en forma secundaria evaluar la relación entre estos hallazgos y la recurrencia de FA.

Material y método: prospectivamente se incluyeron ocho pacientes sometidos a ablación de las venas pulmonares con sistema de mapeo electroanatómico, entre marzo del 2016 y marzo del 2017. Se evaluó la aurícula izquierda preprocedimiento, uno y tres meses luego del mismo. Variables estudiadas: volumen auricular izquierdo en biplano, fracción de eyección de aurícula izquierda (FEAI) y strain reservorio de aurícula izquierda en pared lateral (figura 1). Para determinar la existencia de recurrencia se realizó Holter de 24 horas y llamadas telefónicas a los tres y seis meses posablación.

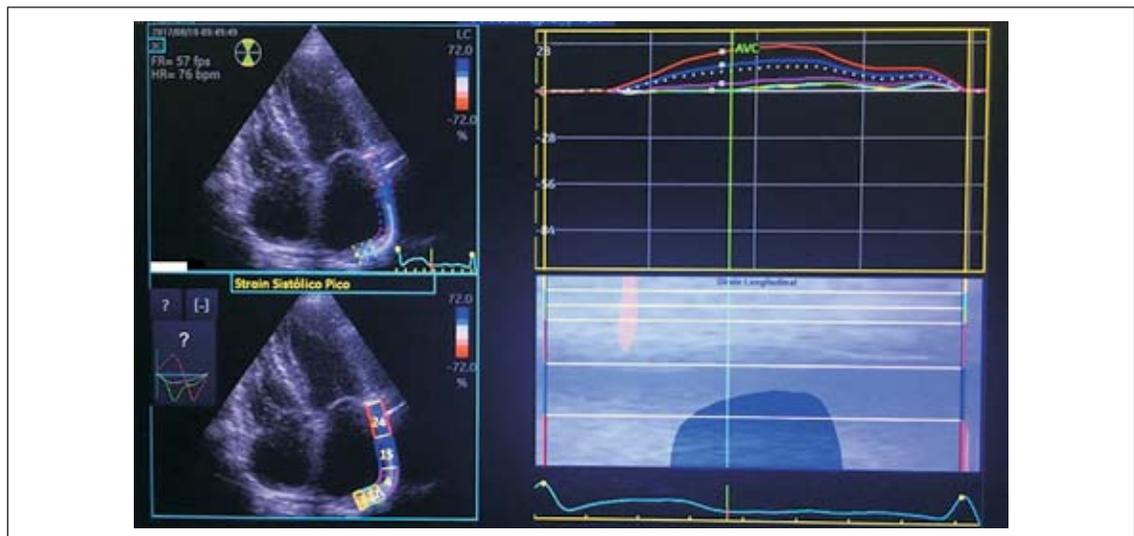


Figura 1. Strain reservorio medido a nivel de la pared lateral de la aurícula izquierda.

Resultados: se logró aislamiento anatómico y eléctrico de las cuatro venas pulmonares en los ocho pacientes. Cuatro de ellos disminuyeron su volumen AI en más del 15%. La FEAI no presentó cambios significativos en esta serie. El strain reservorio mejoró al mes posablación. 2 de los 8 pacientes tuvieron recurrencia temprana de la FA. En estos dos pacientes, el volumen auricular y el strain reservorio no tuvieron cambios significativos, además su strain reservorio basal (previo a ablación) fue menor a 10 en ambos casos (tabla 1).

Tabla 1. Datos de las variables ecocardiográficas evaluadas preablación, 1 y 3 meses posablación. Recurrencia de FA evaluada por síntomas y Holter.

N	S	Edad	FEVI	ETT preablación			ETT 1 mes posablación			ETT 3 meses posablación			Recurrencia
				Vol. Indx. AI (ml/m ²)	FEVI	Strain PL AI	Vol. Indx. AI (ml/m ²)	FEVI	Strain PL AI	Vol. Indx. AI (ml/m ²)	FEVI	Strain PL AI	
1	M	40	Moderada mente disminuida	89,9	16,9	2,16	85,6	14	4,3	84,6	13,6	5,4	Sí
2	F	61	Normal	38,8	30	13,2	36,76	36	27,78	35,5	37,2	29,6	No
3	F	28	Normal	26,6	46	19,21	23,78	48	21,3	22,02	48,2	28,76	No
4	M	43	Levemente disminuida	31	36,8	6,1	32,05	34	8,76	29,71	38	10,36	Sí
5	M	28	Normal	16,11	34	14,3	18,47	58,1	20,1	13,59	63	52,09	No
6	F	67	Normal	37	31	18,8	33,6	38	21,78	33,19	42	24,1	No
7	M	56	Normal	35,6	54	17,8	31,2	56	25,3	25,5	56	33,6	No
8	F	49	Normal	43,9	37	17	40,09	44	34	42,5	40	20,8	No

S: sexo; M: masculino; F: femenino; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; Vol. Indx. AI: volumen indexado de la aurícula izquierda; FEAI: fracción de eyección de la aurícula izquierda. Strain PL: strain de la pared lateral.

Conclusiones: se evidenció remodelado reverso estructural y funcional de la aurícula izquierda en la mayoría de los pacientes. Aquellos con recurrencia de FA no presentaron remodelado reverso y mostraron mayor deterioro de la función auricular previo a la ablación. Estos hallazgos permiten plantearnos algunas hipótesis a investigar sobre los predictores de recurrencia.

Hemodinamia

7 ACCESO RADIAL VERSUS FEMORAL EN LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST CON SHOCK CARDIOGÉNICO. FACTIBILIDAD Y RESULTADOS DE MORTALIDAD

Ignacio Batista, Gustavo Vignolo, Pablo Vázquez, Jorge Mayol, Santiago Alonso, Rodrigo Abreu, Mariana Dieste, Tomás Dieste

Centro Cardiológico Americano

Antecedentes: existe una evidencia creciente en el mayor beneficio del acceso radial (AR) frente al acceso femoral (AF) en los pacientes con IAMcST. Son pocos los estudios que valoran el papel del AR en pacientes con shock cardiogénico (SC). Nuestro objetivo fue evaluar la viabilidad e influencia del sitio de acceso vascular sobre la mortalidad en el IAMcST en SC a la admisión hospitalaria.

Objetivo: valorar la factibilidad de realizar el AR como primera opción y comparar la mortalidad global entre el AR y AF en los pacientes con IAMcST y SC al ingreso a nuestro servicio.

Material y método: estudio prospectivo, observacional, de pacientes sometidos a ATC1 entre enero de 2006 y diciembre de 2015. De un total de 1.270 pacientes que ingresaron con diagnóstico de IAMcST y tratados con ATC1 en nuestro servicio (centro de gran volumen de acceso radial, 95% de todos los procedimientos), se incluyeron los pacientes que se presentaron al ingreso y durante la ATC1 en SC. El AR fue nuestra

primera intención, de no poder realizarlo se cambiaba a AF. Se utilizó un análisis de regresión múltiple para ajustar las diferencias potenciales entre los grupos.

Resultados: se incluyeron 102 pacientes con edad media de 65,3 años ($\pm 1,2$), 67% eran hombres. De estos pacientes, 80 (78,4%) se realizó AR. La razón para elegir el AF fue la ausencia de pulso radial. La demografía de los pacientes fue la misma en ambos grupos. La mortalidad por todas las causas con AR fue de 53,75% (43/80) y de 77,8% (18/22) para el AF. La supervivencia para el AF fue de $36,7 \pm 11,3$ meses en promedio, mientras que para el AR, $56,6 \pm 6,6$ meses, con una diferencia estadística significativa entre ambos grupos, $p=0,035$. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad y el acceso empleado con: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, número de arterias con estenosis severas asociadas, angioplastia de TCI, tiempo de inicio y angioplastia, CRM previa, angioplastia previa.

Conclusiones: la ATC1 es factible por AR en la mayoría de los pacientes en shock cardiogénico. El sitio de acceso vascular debe de ser tomado en cuenta como predictor de mortalidad en los pacientes con shock cardiogénico durante una ATC1.

52 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS REVASULARIZADOS CON ATC

Luciana De León, Leandro Jubany, Daniela Korytnicki, Marcos Pouso, Sebastián Lluberas, Carolina Artucio, Andrés Tuzman, Ricardo Lluberas, Daniel Mallo
INCI. Centro Cardiovascular Casa de Galicia

Antecedentes: la población está sufriendo un importante envejecimiento en nuestro país y la angioplastia coronaria se ha constituido en el método de revascularización más frecuentemente utilizado en pacientes añosos.

Objetivo: determinar predictores de mortalidad en pacientes mayores de 80 años revascularizados con ATC.

Material y método: se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Se seleccionaron aquellos pacientes de 80 o más años de edad en los que se realizó ATC de al menos una arteria en el período 2010-2016. Se valoraron características de la población considerando factores de riesgo coronario y forma de presentación clínica. Se evaluó la mortalidad y sus predictores. La supervivencia se calculó mediante curvas de Kaplan Meier y se compararon los grupos mediante test de log Rank. Los predictores se calcularon con pruebas de asociación mediante test exacto de Fisher.

Resultados: se incluyeron 449 pacientes de los cuales 225 eran mujeres (50,11%) con una edad media de 83,71 ($\pm 2,98$) años. Se presentaron como SCACEST 177/449 (39,42%), SCASEST 215/449 (47,88%), sin SCA 145/449 (32%), ATC de rescate 5/449 (1,1%). La mortalidad hospitalaria fue de 22/449 (4,9%) y a 30 días 43/449 (9,58%). La mortalidad hospitalaria en los pacientes con SCACEST fue de 18/177 (10,17%) significativamente mayor que en los SCASEST 2/122, (1,6%, $p=0,0037$) y que en pacientes sin SCA 2/145 (1,4%, $p=0,0025$). Al mes la mortalidad también fue mayor en los SCACEST 30/177 (16,95%) que en los SCASEST 6/122 (4,9% $p=0,0031$), y que en los sin SCA 7/145 (4,8% $p=0,0013$). La diabetes resultó ser un predictor independiente de mortalidad hospitalaria: 9,57% en los diabéticos y 3,29% en los no diabéticos ($p=0,011$) (IC 95%). A 30 días fueron predictores de mortalidad la ausencia de ATC previa con una mortalidad de 11,40% en los que no tenían ATC y 3,06% de los que sí tenían ($p=0,011$) y la ATC de TCI con una mortalidad de 23,08% versus 4,36% ($p=0,02$).

Conclusiones: los predictores independientes de mortalidad hospitalaria fueron la diabetes y el SCACEST y los predictores de mortalidad a 30 días fueron la presentación con SCACEST, la ATC de TCI y la ausencia de ATC previa.

Imagen cardíaca

13 CAMBIOS EN LA SEVERIDAD DE LA ESTENOSIS AÓRTICA CON LA OBTENCIÓN DE LOS GRADIENTES DESDE EL ENFOQUE PARAESTERNAL DERECHO CON TRANSDUCTOR CIEGO

Álvaro Beltrán Rohr¹, Gustavo Galain¹, Marcos Pouso²

1. Servicio de Ecografía Cardíaca. 2. Departamento de Estadísticas y Métodos de CICU

Antecedentes: la severidad de la EAo es uno de los pilares en los que se apoya la decisión quirúrgica de sustitución valvular. El ecodoppler (ED) es la técnica de elección para el diagnóstico y cuantificación de la severidad mediante la velocidad máxima (VM), el gradiente medio (GM) y el área valvular (A). Los valores máximos de VM y GM se deben obtener desde múltiples enfoques. En la práctica clínica la utilización del enfoque paraesternal derecho (PED) es poco frecuente.

Objetivo: 1) Determinar la frecuencia con que el PED con transductor ciego obtiene los máximos valores de VM y GM. 2) Cómo se reclasifica la severidad de la EAo con la utilización del PED.

Material y método: se estudian en forma prospectiva pacientes con EAo. Criterios de inclusión: EAo \geq moderada por ED. Criterios de exclusión: FEVI $< 50\%$, insuficiencia valvular \geq moderada, anemia \geq moderada o hemodiálisis. Se considera EAo moderada a VM $\geq 3 - \leq 3,9$ m/s, GM $\geq 20 - \leq 39$ mmHg o A $\geq 1,1 - \leq 1,5$ cm². EAo severa a VM ≥ 4 m/s, GM ≥ 40 mmHg o A ≤ 1 cm². Rutinariamente se utilizaron enfoques apical, PED y subxifoideo con transductores convencional y ciego. El valor máximo se adjudica a un enfoque determinado cuando la diferencia es mayor a 2DS de nuestra variabilidad interobservador. Los valores continuos se expresan como medias \pm DS, los categóricos como porcentajes y los intervalos de confianza exactos se calculan mediante el método de Fisher.

Resultados: se incluyen 100 EAo con edad media 74,0 \pm 12 años, sexo femenino 49 (49%), FEVI: media 69,1 \pm 8,4%, ritmo sinusal 87 (87%), FA 13 (13%). Por ÁPEX EAo severa 56% y moderada 44%. Enfoque con gradiente más alto: ÁPEX 33 (33%), PED 48 (48%), más de un enfoque 19 (19%). EAo moderada por ÁPEX es severa por PED: 18/33 (54,6%, IC 95% 36,4-71,9). Leve por ÁPEX es severa por PED: 3/11 (27,3% IC 95% 6,0-61,0). Se reclasifica como EAo severa con PED 21/44 (47,7% IC95% 32,5-63,3).

Conclusiones: el PED en 48% obtiene los valores más altos. En EAo no severa por ápex el PED reclasifica como severa uno de cada dos pacientes.

32 SEGUIMIENTO ECOCARDIOGRÁFICO DE LAS PRIMERAS PRÓTESIS AÓRTICAS SIN SUTURA IMPLANTADAS EN NUESTRO PAÍS

Verónica González, Daniel Bigalli, Favio Gutiérrez, Leonardo González, Alejandro Heuer, Juan Carlos Reinoso, Álvaro Marichal, Nicolás Russo
Casa de Galicia. CICU

Antecedentes: la sustitución valvular aórtica es el tratamiento de elección de la EAo. El alto riesgo quirúrgico de algunos pacientes hizo que se desarrollaran técnicas alternativas: implantación percutánea y bio-prótesis sin suturas que reducen el tiempo quirúrgico. En nuestro centro se implantaron quirúrgicamente las primeras prótesis biológicas sin sutura en posición aórtica (Perceval®) en pacientes con EAo severa del Uruguay. La evaluación ecocardiográfica preoperatoria difiere con respecto a variables analizadas tradicionalmente. Estas prótesis son diseñadas en tamaño S, M, L y XL. Su correlación con las prótesis tradicionales es: S (N°19-21), M (N° 21-23), L (N°23-25), XL (N°23-25).

Objetivo: mostrar la valoración ecocardiográfica en el seguimiento a 18 \pm 6 meses en este tipo de prótesis.

Material y método: entre agosto de 2015 y setiembre de 2016 se implantaron en nuestro centro 14 prótesis biológicas Perceval®. Todos los pacientes cumplían las indicaciones de reemplazo valvular aórtico por EAo severa según las guías internacionales de 2014. Del ETT preoperatorio se debe considerar además la relación unión sinotubular/anillo. Contraindican el implante de esta prótesis una relación unión sinotubular/anillo $> 1,3$, aneurisma de aorta ascendente o una válvula bicúspide. Se realizó ETE intraoperatorio y ETT previo al alta a todos los pacientes. Durante el mes de agosto de 2017 se llamó a todos los pacientes para nuevo ETT de control.

Resultados: la edad media de los pacientes fue 77 años, el 64% fueron mujeres, 50% de los pacientes recibieron además una CRM. El tamaño de la prótesis implantada fue: 3 pacientes S, 6 M, 3 L y 2 XL. Los 14 pa-

cientes estaban vivos a agosto de 2017. Cinco pacientes no concurrieron a realizarse el ETT. De los nueve pacientes que sí lo hicieron, el gradiente medio promedio fue 12 mmHg, cinco presentaban una insuficiencia protésica leve, uno leve a moderada y tres no presentaban insuficiencia detectable al color.

Conclusiones: el implante de la prótesis Perceval® es factible en pacientes con EAo severa. Los resultados ecocardiográficos son satisfactorios destacando el buen perfil hemodinámico con todos los tamaños. La visualización directa de la válvula así como su verdadero reemplazo y la posibilidad de realizar una técnica combinada son elementos diferenciales con respecto al implante percutáneo.

37 STRAIN AURICULAR IZQUIERDO POR SPECKLE TRACKING: PROTOCOLO PARA SU ESTUDIO Y CREACIÓN DE MODELO PARA ANÁLISIS SEGMENTARIO

Matías Pécora¹, Carlos Américo², Barbara Janssen², Valentina Agorrody², Andreina Gómez², Jimena Pacella², Gabriel Parma², José Boggia¹, Lucía Florio²

1. Departamento de Fisiopatología. Hospital de Clínicas. 2. CCVU. Hospital de Clínicas

Antecedentes: el strain auricular izquierdo reservorio (SAIR) nos da información adicional respecto a la función auricular izquierda y presiones de llenado del VI. También predice eventos adversos (IC, FA). No existen publicaciones que protocolicen el método, y la evidencia disponible es dispar por diferencias en su metodología. Luego de una extensa revisión bibliográfica y en base a la experiencia de nuestro grupo de trabajo proponemos un protocolo para su estudio.

Objetivo: protocolizar la medición del SAIR con Speckle Tracking. Familiarizar al ecocardiografista con esta nueva técnica.

Material y método: se realizó una extensa revisión bibliográfica. Se adquirieron imágenes de ETT de pacientes de la cohorte poblacional GEFA-HT-Uy. Se realizó posproceso de las imágenes en Echopac mediante Q Analysis, utilizando Speckle Tracking. Durante un año se desarrolló la técnica realizando múltiples mediciones de Strain auricular reservorio por dos investigadores clínicos, con avanzado nivel técnico en ecocardiografía (nivel 3). Se realizaron tres medidas por paciente, normatizando la medición en base a ensayo y error. Se creó un modelo de análisis segmentario de aurícula izquierda (tipo “bull eye”), que se anexa en figura 1. Posteriormente se confeccionó un protocolo detallado para el estudio del SAIR gatillado por onda R, el cual proponemos presentar en el Congreso Uruguayo de Cardiología.

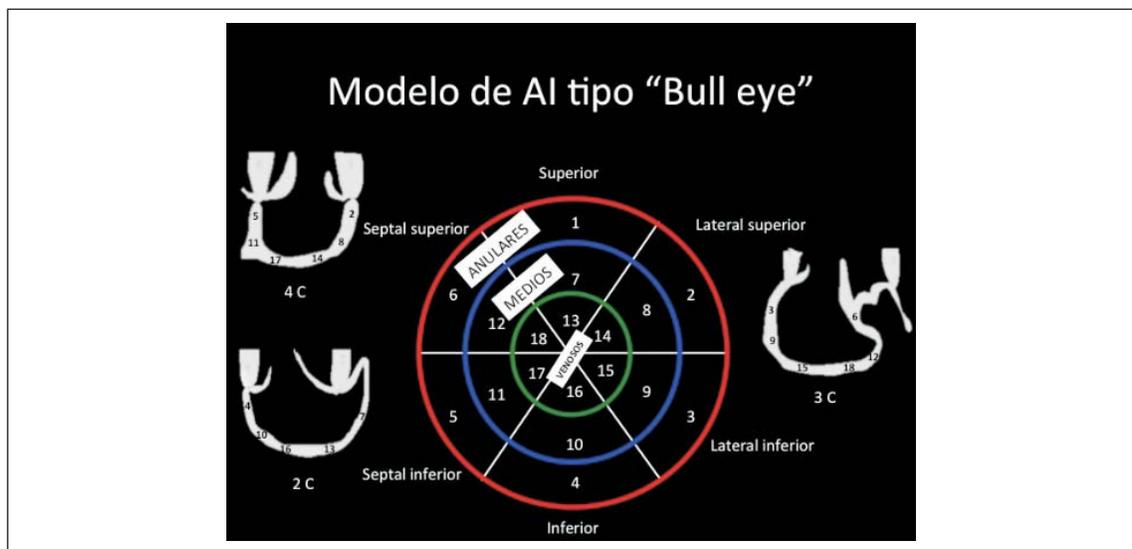


Figura 1. Modelo tipo “Bull eye” para el análisis funcional por segmento de AI.

Resultados: se adquirieron imágenes de 52 pacientes, 28 mujeres. Se realizaron 156 medidas de Strain auricular, tres por paciente. Se elaboró un protocolo que estandariza la medida, gatillada por onda R. En base a este protocolo hemos estudiado la reproducibilidad de la medición del SAIR, ensayo que se presenta en forma separada.

Conclusiones: se desarrolló un modelo inédito de análisis segmentario de la aurícula izquierda. Se estandariza medición del SAIR mediante Speckle Tracking. Esto permite desarrollar líneas de investigación en función auricular con este método innovador.

50 VALORACIÓN PRONÓSTICA DEL ECOESTRÉS CON EJERCICIO. EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE TRABAJO

Mariana Martino Mesa, Lucía Florio Legnani, Mariana Paolillo Cabrera, Juan Carlos Martino Navarrete
Servicio de Técnicas Cardíacas y Vasculares No Invasivas. Sanatorio Americano

Antecedentes: el ecoestrés con ejercicio (EEE) ha sido validado como un método con elevada sensibilidad y especificidad para enfermedad coronaria, su estratificación de riesgo y pronóstico.

Objetivo. Primario: evaluar el EEE para predecir eventos cardíacos. **Secundario:** valorar asociación entre el doble producto con el resultado del EEE y la ocurrencia de eventos.

Material y método: observacional, retrospectivo. Se incluyeron 213 pacientes con enfermedad coronaria conocida o sospechada derivados para realización de EEE entre enero de 2010 y abril de 2016. Los estudios fueron realizados con cicloergómetro en decúbito supino y monitorización ecocardiográfica continua. El análisis de las imágenes fue efectuado por dos observadores online y offline. Los eventos cardíacos se definieron como: revascularización mediante ATC o CRM, IAM y muerte CV. Los datos se obtuvieron mediante entrevista telefónica estandarizada. Los resultados se expresan en porcentaje para variables cualitativas, media y desvío estándar las numéricas. Las asociaciones se valoraron por test paramétricos o no paramétricos, según correspondiera.

Resultados: se realizó un seguimiento promedio de $32,72 \pm 19,35$ meses. De los 213 pacientes, 105 (49,3%) eran de sexo femenino, con una media de edad de $60,9 \pm 10,7$ años. El 93% de los estudios fueron diagnósticos y 7% no (insuficientes). De los estudios diagnósticos hubo 37 (18,6%) EEE positivos. De los pacientes con EEE negativo, 98,1% no presentaron eventos cardíacos. El 59,5% de aquellos con EEE positivo presentaron eventos: 54,5% revascularización por ATC y 45,4% CRM, no registrándose IAM ni muerte CV. La figura 1 muestra valor predictivo negativo y valor predictivo positivo. Se detectó asociación significativa entre el resultado del EEE y la ocurrencia de eventos cardíacos, OR 120 (IC 95% 31,6-798), $p < 0,0001$, indicando que un EEE positivo aumenta 120 veces las chances de presentar eventos. En los EEE negativos, el doble producto fue mayor en relación con quienes tuvieron EEE positivos, $p < 0,0001$. Pacientes sin eventos en el seguimiento tuvieron mayor doble producto en relación con quienes sí presentaron, $p < 0,0001$ (figura 1).

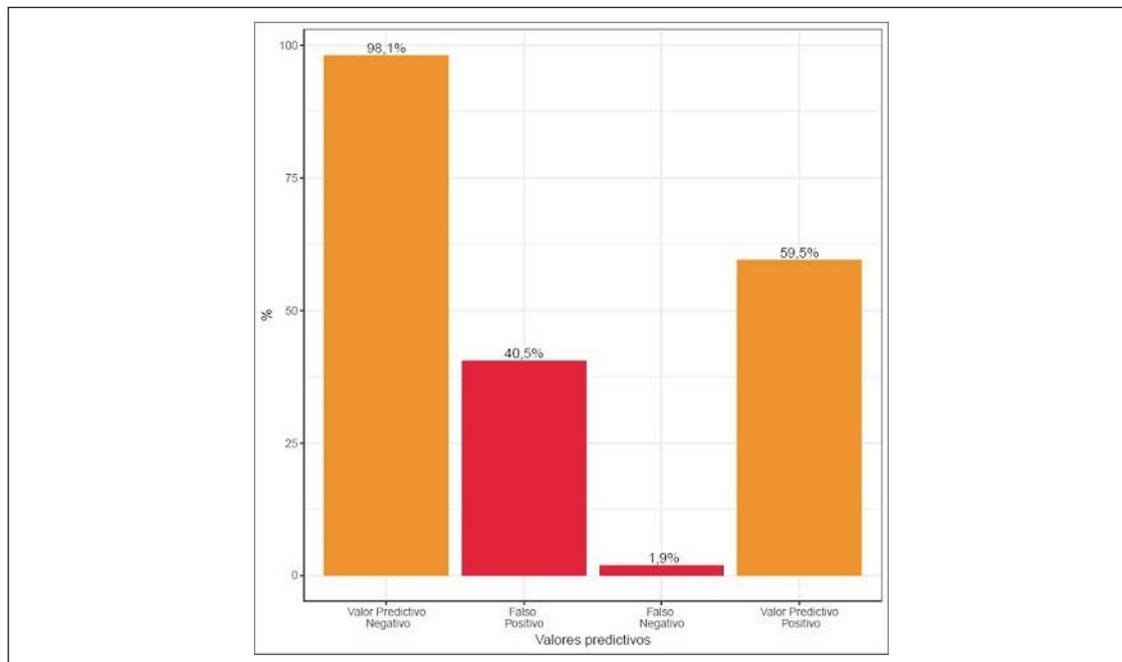


Figura 1. Valor predictivos del ecoestrés con ejercicio

Conclusiones: el EEE presenta importante valor pronóstico destacándose el alto valor predictivo negativo para eventos cardíacos. La determinación del doble producto es complementaria al diagnóstico con aparente implicancia pronóstica.

Insuficiencia cardíaca

19 ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SELF CARE OF HEART FAILURE INDEX 6.2 PARA SU USO EN URUGUAY

Paula Vanessa Peclat Flores¹, Pablo Álvarez Rocha², Ana Carla Dantas Cavalcanti¹, Bárbara Riegel³, Gabriela Ormaechea², Juliana de Melo Vellozo Pereira¹, Lyvia da Silva Figueiredo¹, Cristina Chamorro⁴, Jacqueline Zeballos⁴

1. Universidad Federal Fluminense. 2. Universidad de la República. 3. University of Pennsylvania. 4. Hospital de Clínicas Manuel Quintela

Antecedentes: el tratamiento de la IC es complejo por los múltiples fármacos a utilizar y las medidas no farmacológicas requeridas, por ello es importante que el paciente implemente su autocuidado adecuadamente. Autocuidado es el proceso de toma de decisiones del paciente con elección de comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica y la respuesta a los síntomas cuando ocurren y existen instrumentos para su evaluación. El Self Care of Heart Failure Index 6.2 (SCHFI 6.2), desarrollado en Estados Unidos, ayuda a los profesionales de la salud a identificar la adhesión (o no adhesión) al autocuidado, auxiliando en el redimensionamiento de orientaciones y conductas, pero para su utilización es necesario una adaptación transcultural.

Objetivo: adaptar y validar el SCHFI 6.2 para pacientes uruguayos con IC.

Material y método: estudio metodológico desarrollado en cuatro fases: traducción de la versión original (inglés) al español por dos traductores oficiales uruguayos; síntesis de las dos traducciones; retrotraducción y evaluación por la autora original; evaluación por el comité de expertos. Se invitó a ocho expertos en IC para evaluar cada ítem del cuestionario, en relación con la equivalencia semántica, idiomática, experimental y conceptual, a través de una escala Likert de cuatro puntos. Los datos fueron tabulados por Microsoft Excel 2013 y evaluados a través del índice de validez de contenido (IVC). El estudio se realizó entre los meses de julio y setiembre de 2017, con la aprobación del comité de ética.

Resultados: de los 53 puntos evaluados, cinco presentaron IVC por debajo de 0,75, fueron reformulados y reenviados al comité de expertos para nueva evaluación, obteniéndose la versión final del SCHFI 6.2 español / Uruguay.

Conclusiones: los instrumentos para evaluar el autocuidado son herramientas importantes y de bajo costo para el seguimiento de pacientes con IC. Se pretende dar seguimiento al estudio a través de la validación clínica y, con ello, poner a disposición la escala para uso de los profesionales de salud uruguayos, lo que podrá auxiliar en el direccionamiento de las orientaciones a estos pacientes.

23 CONSULTA POR TELÉFONO A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Paula Vanessa Peclat Flores, Lyvia da Silva Figueiredo, Ana Carla Dantas Cavalcanti, Juliana de Melo Vellozo Pereira, Marina Einstoss, Rosimere Ferreira Santana, Thaís Medeiros Lima Guimarães, Beatriz Paiva e Silva de Souza, Bruna Lins Rocha de Padua, Glaucio Martins da Silva Bandeira
Universidad Federal Fluminense

Antecedentes: la consulta por teléfono puede ser considerada un método importante incorporado a la consulta tradicional de pacientes con insuficiencia cardíaca, ya que tiene por objetivo reevaluar, reforzar o reorientar cuestiones acerca del manejo de la enfermedad.

Objetivo: evaluar la adhesión al tratamiento, autocuidado y calidad de vida, antes y después de la consulta de enfermería por teléfono en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica bajo seguimiento en una clínica especializada.

Material y método: estudio casi experimental, con 14 pacientes de una clínica especializada en tratamiento de insuficiencia cardíaca de Niterói. Los puntajes de adhesión al tratamiento, autocuidado (mantenimiento, manejo y confianza) y calidad de vida fueron evaluados por medio de cuestionarios validados antes y después de la intervención telefónica.

Resultados: de los 14 pacientes, 9 (64,3%) eran del sexo masculino, 11 (78,6%) casados/unidos, con edad media de $64,8 \pm 8,7$ años, e ingresos de R \$ 936,00 y tiempo de escolaridad de cinco años, 7 (50%) jubilados. Etiología hipertensiva, siendo las causas de morbilidad más frecuentes: la hipertensión arterial 13 (92,9%), y el infarto agudo de miocardio (35,7%). Se observó un avance con relación con la adhesión al tratamiento ($p < 0,0001$), en el mantenimiento ($p = 0,002$), manejo ($p < 0,0001$) y en la confianza del autocuidado ($p = 0,004$). No hubo diferencia estadística significativa en la calidad de vida.

Conclusiones: la mejora de las habilidades para el autocuidado y la adhesión después de la consulta telefónica de enfermería muestran que esta intervención puede traer resultados clínicos benéficos. Registro Brasileño de Ensayos Clínicos (ReBEC) sob nº RBR-6P9FJG.

Prevención

54 ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN POBLACIÓN GENERAL DE URUGUAY. ETAPA BASAL PERÍODO 2011-2012

Verónica Guatini, José Aníbal Manfredi, David Pereyra, Arianel Bruno, Patricia Barot, Jacqueline Ponzo
UDA PNA 'Canelones al Este', Facultad de Medicina, Universidad de la República

Antecedentes: el presente trabajo se desarrolló en el marco del estudio CESCAS (Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur), cuya finalidad es la detección y seguimiento de enfermedades cardiovasculares, EPOC y factores de riesgo en cuatro urbanizaciones del Cono Sur.

Objetivo: determinar la prevalencia y distribución de frecuencias de las alteraciones electrocardiográficas basales de la cohorte prospectiva de Uruguay del Estudio CESCAS I entre los años 2011-2012. Dicho estudio incluyó en forma aleatoria a una muestra representativa y estratificada de 1.584 hombres y mujeres, entre 35 y 74 años de tres localidades de Canelones.

Material y método: la metodología consistió en el estudio descriptivo de 1.475 informes electrocardiográficos de la etapa basal del estudio, realizados por equipo técnico calificado para tal fin e informados por cardiólogo.

Resultados: se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias para las variables edad, sexo, presencia de RS, FC, extrasístoles supraventriculares y ventriculares, FA, flutter auricular, HVI, secuela infarto de miocardio, bloqueo completo de rama derecha e izquierda y presencia de marcapasos. De los 1.475 electrocardiogramas realizados, 228 (15,5%) presentaban al menos una alteración y en ellos la distribución por sexo fue de 123 hombres (54%) y 105 mujeres (46%); la media de la edad fue de 62 años $\pm 10,3$, hallándose la mayor parte de las alteraciones en el rango de etario de 65 a 74 años (49,6%), que mostró un gradiente ascendente. Las prevalencias de las alteraciones electrocardiográficas fueron: extrasístoles ventriculares y supraventriculares 5,8%; bradicardia sinusal 4,3%; bloqueo de rama derecha 2,3%; secuela de infarto de miocardio 1,8%; HVI 1,4%; FA 1,4%; bloqueo completo de rama izquierda (1,2%); presencia de marcapaso 0,2% y flutter auricular 0,06%.

Conclusiones: en este estudio de una muestra de población general adulta la prevalencia de las alteraciones electrocardiográficas fue alta y mayor aun en los rangos etarios más avanzados. Se destaca la alta prevalencia de las alteraciones que se asocian a pronóstico adverso como bloqueo completo de rama izquierda, secuela de IAM, HVI y FA.