

## Cardiology

### Cardiology

- C-1 ANEURISMA CORONARIO MICÓTICO LUEGO DE IMPLANTACION DE STENT CORONARIO. REPORTE DE DOS CASOS
- C-2 DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA COMPROMETIENDO LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR
- C-3 CARDIOPATÍA TIROTÓXICA
- C-4 ENDOCARDITIS BACTERIANA TARDÍA EN BIOPRÓTESIS MITRAL POR PSEUDOMONA AERUGINOSA. REPORTE DE CASO
- C-5 SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN SEGÚN SU PATOLOGÍA DE BASE
- C-6 PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO: METÁSTASIS CARDIACA COMO CAUSA DE ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
- C-7 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: ANEURISMA ARTERIA CORONARIA DERECHA COMO CAUSA DE DOLOR PRECORDIAL
- C-8 PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: ESTRONGILOIDIASIS PULMONAR EN UN TRASPLANTADO CARDÍACO
- C-9 CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN AMBULATORIA EN UNA CLÍNICA DE FALLA CARDIACA
- C-10 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: REACCIÓN ALÉRGICA ATÍPICA LUEGO DE CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR CON DISPOSITIVO DE OCLUSIÓN SEPTAL TIPO AMPLATZER.
- C-11 C4D EN BIOPSIAS DE PROTOCOLO DE CORAZÓN TRASPLANTADO: ¿HAY UTILIDAD CLÍNICA?
- C-12 CARDIOMIOPATIA DILATADA EN MUJER CON CANCER DE OVARIO
- C-13 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: FIBRILACIÓN VENTRICULAR REFRACTARIA A DESCARGAS ELECTRICAS ENDOCÁRDICAS DE MÁXIMA ENERGIA POR DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTE CON CARDIOMIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA Y SINDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE
- C-14 PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: ABLACIÓN DE NODO AVE IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN PACIENTE CON CARDIOMIOPATÍA INDUCIDA POR TAQUICARDIA
- C-15 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO ASOCIADO A ABLACIÓN DE REENTRADA NODAL MANEJADO CON ACTIVADOR DEL PLASMINÓGENO TISULAR
- C-16 PRESENTACIÓN DE CASOS: ANGINA DE PRINZMETAL “UNA PATOLOGÍA CONOCIDA PERO POCO DIAGNOSTICADA”. UTILIDAD DEL HOLTER
- C-17 USO DE DE LEVOSIMENDAN EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA AGUDA
- C-18 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN POBLACIÓN CAFICULTORA COLOMBIANA
- C-19 NIVELES PREOPERATORIOS DE HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, MARCADORES INFLAMATORIOS, PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD EN CIRUGÍA CARDIACA
- C-20 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO, ACELERACIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR PREEXISTADA, DESPUES DE INFUSION DE AMIODARONA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
- C-21 RESISTENCIA AL CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA Y SU RELACIÓN CON LA EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD
- C-22 EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE BUERGER EN LA CLÍNICA CARDIOVASCULAR DE MEDELLÍN ENTRE 1998 – 2008

MENÚ PRINCIPAL

Menú Cardiología

Continúa

C-23 a C-46

## Cardiology

### Cardiology

- C-23 PENETRACIÓN Y SEGURIDAD CON LA UTILIZACIÓN DE STENT LIBERADORES DE MEDICAMENTO EN CONDICIONES “OFF LABEL”
- C-24 COMPLICACIONES EN ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON DOBUTAMINA ENTRE ENERO DE 2005 Y JULIO DE 2008
- C-25 ATEROMATOSIS EN EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON EVENTOS CEREBROVASCULAR EMBÓLICO CON ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA (ET)
- C-26 DESCRIPCIÓN DE LA REPERFUSIÓN FARMACOLÓGICA EN INFARTO DE MIOCARDIO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO
- C-27 ¿ES LA ATEROMATOSIS AÓRTICA INDICADOR DE ATEROMATOSIS CAROTIDEA EN PACIENTES CON EVENTO CEREBRO VASCULAR EMBOLICO?
- C-28 RELACION ENTRE OBESIDAD Y ENFERMEDAD CORONARIA “LA PARADOJA DE LOS OBESOS”
- C-29 VEINTIDÓS AÑOS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTE CON TRASPLANTE DE CORAZÓN
- C-30 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO TAQUIARRITMIA PERSISTENTE EN PACIENTE CON SINDROME DE PRE-EXCITACION (W.P.W)
- C-31 METAS EN DISLIPIDEMIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN DECISIÓN MÉDICA O MODELAMIENTO. ANÁLISIS ECONÓMICO
- C-32 ESTUDIO CARMELA: EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN BOGOTÁ Y SEIS CIUDADES DE AMÉRICA LATINA
- C-33 SUPERVIVENCIA Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES ADULTOS TRASPLANTADOS DE CORAZÓN
- C-34 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: HIPOXEMIA REFRACTARIA ASOCIADA A TROMBOSIS DE LA VÁLVULA MECÁNICA TRICÚSPIDE, MANEJADA CON TROMBÓLISIS
- C-35 VARIACIONES EN PATRONES DE PRÁCTICA Y RESULTADOS EN UNA COHORTE REPRESENTATIVA DE PACIENTES ADMITIDOS POR FALLA CARDIACA EN DIFERENTES HOSPITALES UNIVERSITARIOS
- C-36 ENFERMEDADES PLAQUETARIAS DIAGNOSTICADAS POR AGREGOMETRIA
- C-37 INCIDENCIA DE NEFROPATÍA INDUCIDA POR MEDIO DE CONTRASTE POSTERIOR A CATETERISMO CARDÍACO URGENTE
- C-38 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES CON INFARTO
- C-39 IMPACTO EN MORBI MORTALIDAD DEL TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
- C-40 HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS ASOCIADOS CON CARDIOEMBOLIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
- C-41 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SÍNDROME METABÓLICO EN COHORTE DE MUJERES HIPERTENSAS DE CARTAGENA, BOLÍVAR
- C-42 PRESENTACIÓN DE CASO: DOLOR TORÁCICO CON CORONARIAS SANAS “SINDROME X”
- C-43 DIAGNÓSTICOS CARDIOVASCULARES MÁS COMUNES CON ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON EVENTOS CEREBRO VASCULARES EMBÓLICO
- C-44 LETALIDAD EN PACIENTES CON IAM: FACTORES ASOCIADOS
- C-45 VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA COMO VARIABLE PRONÓSTICA DE MORBI-MORTALIDAD EN LA FASE AGUDA (INTRAHOSPITALARIA) DEL INFARTO DEL MIOCARDIO
- C-46 ESTUDIO TRANSVERSAL PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PRESENTES EN LA POBLACIÓN RURAL Y URBANA DE COLOMBIA

**C-1****ANEURISMA CORONARIO MICÓTICO LUEGO DE IMPLANTACION DE STENT CORONARIO. REPORTE DE DOS CASOS****FERNÁNDEZ ANDRÉS, VALLEJO F, ORTIZ J, EUSSE C, ESCORCIA E, TENORIO C, RODRÍGUEZ A, URIBE C, GÓMEZ J***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín-Colombia***Palabras clave.** Aneurisma micótico, stent coronario**Objetivos.** Los aneurismas micóticos coronarios son entidades con muy baja prevalencia en la población normal. Se quieren presentar dos casos con evolución clínica diferente luego de implantación de stent coronarios.**Diseño del estudio.** Reporte de casos**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María (Medellín-Colombia)**Pacientes.** Dos pacientes**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Presentamos el caso de dos pacientes que posterior a procedimiento de revascularización coronaria percutánea presentan signos de respuesta inflamatoria aguda, encontrando durante el seguimiento clínico aneurismas micóticos en sitios de implantación de stent coronarios.**Resultados.** 1. Hombre de 49 años con antecedente de dos intervenciones coronarias percutáneas. La primera 6 meses antes del ingreso durante IAMST, con ACTP+STENT en descendente anterior y circunfleja. Ingresó estable, febril, pálido, diaforético con ingurgitación yugular, auscultación cardíaca normal con crépitos bibasales. Se reportan en la evolución tres hemocultivos positivos *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (MSSA). Se realizó en evolución una ANGIOTAC multicorte que mostró una gran dilatación aneurismática (con 27mm X 19mm) que se llenaba con contraste en el segmento proximal al stent previamente implantado en la arteria circunfleja, además oclusión del mismo vaso distal al stent, hemopericardio moderado. Con el tratamiento antibiótico el paciente presentó una evolución adecuada, su función cardíaca mejoró gradualmente y un AngioTAC de control realizado 5 meses después mostró trombosis completa del saco coronario aneurismático sin evidenciarse medio de contraste en su interior. 2. Hombre de 65 años con antecedente de intervencionismo coronario de DA y Cx, IRC en hemodiálisis, HTA y DM2. Con 2 meses de fiebre y dolor torácico opresivo retroesternal. Ingresó hipotenso, febril, taquicárdico, los paraclínicos evidencian PCR elevada, durante la evolución se realiza ANGIOTAC multicorte de tórax que muestra gran saco aneurismático en sitio de implantación de stent en CD, observándose los mismos hallazgos en la coronariografía. Llegan cultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (MSSA). El paciente no responde a la terapia iniciada y posteriormente fallece.**Conclusiones.** Se presentan dos casos anecdóticos, de muy baja prevalencia en la población normal. Con evoluciones clínicas diferentes, demostrando la gravedad y pronóstico adverso de esta entidad a pesar de terapia antibiótica dirigida.

**C-2****DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA COMPROMETIENDO LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR****FERNÁNDEZ ANDRÉS, VALLEJO F., ORTIZ J., EUSSE C., ESCORCIA E., TENORIO C., RODRÍGUEZ A., URIBE C., GÓMEZ J***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín-Colombia***Palabras clave.** Dolor torácico, disección coronaria espontánea**Objetivos.** Presentar el caso de un hombre de 33 años, de raza negra, sin factores de riesgo para enfermedad coronaria quien consultó por cuadro de dolor torácico retrosternal intermitente de 10 horas de evolución, asociado a un episodio sincopal por actividad física extrema en su trabajo (al levantar un gran peso como obrero en construcción)**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María (Medellín-Colombia)**Pacientes.** Un paciente.**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** La disección coronaria espontánea es una entidad de rara presentación que usualmente ocurre en pacientes embarazadas o luego de esfuerzos físicos intensos**Resultados.** Paciente que ingreso hemodinámicamente estable con PA de 130/90mmHg, FC de 90/min. Sin alteraciones cardiopulmonares y sin signos de síndrome de Marfan. Se realizó electrocardiograma que mostró elevación del segmento ST en derivadas precordiales laterales(D1, aVL, V5 y V6) indicando esto infarto agudo del miocardio lateral. Las enzimas cardiacas al ingreso fueron negativas : (CK 130 U/l, CK MB 14, Troponina I negativa) al igual que durante el seguimiento. El paciente fue llevado a coronariografía urgente que mostró disección intimal en el tercio medio de la arteria descendente anterior, sin lesión estenótica asociada con flujo TIMI 3 distal. El paciente fue tratado con ACTP+STENT DRIVER 3x15mm a 12 atmósferas sellando la zona de disección. Evolución favorable con alta al quinto día postprocedimiento con electrocardiograma normal y ecocardiografía con función sistólica normal sin trastornos segmentarios de la contractilidad.**Conclusiones.** La disección coronaria espontánea tiene una presentación inusual dentro de los eventos coronarios agudos. El presente paciente representa un subgrupo de población en el cual se puede presentar dicha entidad luego de realización de esfuerzos físicos extremos. El tratamiento recomendado por la literatura puede ir desde manejo expectante hasta intervencionismo con stent para sellar zona inicial de disección.

**C-3****CARDIOPATÍA TIROTÓXICA****FERNÁNDEZ ANDRÉS, VALLEJO F, ORTIZ J, EUSSE C, ESCORCIA E, TENORIO C, RODRÍGUEZ A, URIBE C, GÓMEZ J***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín-Colombia***Palabras clave.** Angina inestable, edema pulmonar cardiogénico, adenoma tóxico**Objetivos.** Reportar el caso de una paciente de 41 años con cuadro de 3 horas de dolor torácico y disnea, asociado a cambios electrocardiográficos y positividad de las enzimas cardíacas.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María (Medellín-Colombia)**Pacientes.** Un paciente**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Presentamos el caso de una mujer con sintomatología coronaria típica y alteraciones electrocardiográficas iniciales, que es diagnosticada de infarto agudo de miocardio. La anamnesis posterior y los resultados de laboratorio permitieron realizar el diagnóstico de hipertiroidismo.**Resultados.** Mujer de 41 años con cuadro de 3 horas de evolución de disnea asociada a dolor torácico opresivo de moderada intensidad y palpitaciones. Además refería síntomas constitucionales, palpitaciones ocasionales y temblor distal de 2 meses de evolución. Sin antecedentes de relevancia. Ingresa en condición crítica, TA 80/60mmHg, FC 115lpm, FR 30rpm, SaO<sub>2</sub>: 76% al ambiente, ingurgitación yugular leve, sin soplos a la auscultación cardíaca y estertores bibasales en campos pulmonares. El electrocardiograma de ingreso evidenció taquicardia sinusal y cambios difusos del segmento ST-T; además de troponina I: positiva y Rx de torax compatible con edema pulmonar. La paciente se traslada a UCI con diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación del ST Killip IV requiriendo ventilación mecánica y monitoreo invasivo continuo donde es estabilizada. Se realiza ecocardiograma que evidencia disfunción ventricular izquierda con FEVI: 25-30% y trastornos segmentarios de la contractilidad dados por hipocinesia difusa generalizada, es llevada al laboratorio de hemodinamia encontrando arterias coronarias sanas. Luego de la compensación clínica, se encuentra al examen físico presencia de nódulo tiroideo en cuello, con TSH de 0 ng/ml y gammagrafía compatible con adenoma toxico, iniciando tratamiento. Se realiza 1 mes luego del egreso nuevo ecocardiograma mostrando recuperación completa de la función ventricular.**Conclusiones.** La incidencia de infarto agudo de miocardio en mujeres jóvenes es muy baja, de ahí la poca información de la que se dispone acerca de su etiología, características clínicas y pronóstico. Cerca del 50% de pacientes mujeres menores de 45 años con sospecha clínica de enfermedad coronaria presentan coronarias normales y sólo el 7% de las mismas presentan lesiones arterioscleróticas. La enfermedad tiroidea presenta una asociación bien establecida con enfermedad cardiovascular, por lo que creemos obligado descartar esta enfermedad ante una mujer joven con síntomas de cardiopatía isquémica y sin factores de riesgo coronario.

**C-4****ENDOCARDITIS BACTERIANA TARDÍA EN BIOPRÓTESIS MITRAL POR PSEUDOMONA AERUGINOSA. REPORTE DE CASO**

VALLEJO FRANCO JAVIER, ORTIZ J, ESCOBAR C, GIRALDO H

Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín-Colombia

**Palabras clave.** Endocarditis, *Pseudomona aeruginosa*.**Objetivos.** Reportamos el caso de un paciente con endocarditis por *Pseudomona* en válvula biológica mitral manejado con terapia dual, con un respuesta favorable al tratamiento médico-quirúrgico.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María (Medellín-Colombia)**Pacientes.** Un paciente**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** La endocarditis infecciosa causada por *Pseudomona aeruginosa* es poco común. La mayoría de casos reportados es en usuarios de drogas IV (Mas del 90% de casos) y algunos pocos en pacientes con prótesis válvula res. Las tasas de mortalidad van de 67% a 85% entre pacientes que solo reciben tratamiento médico, por lo que es indispensable llevarlos prematuramente a reemplazo válvula r quirúrgico, adicionado a un curso de 6 semanas de antibioticoterapia de amplio espectro.**Resultados.** Paciente masculino de 79 años con historia de cambio válvula r mitral biológico en 2003, hiperplasia prostática benigna manejada con múltiples dilataciones de la vía urinaria y cambios constantes de sonda vesical. Consultó por 1 mes de fiebre asociado a síntomas constitucionales. Inicialmente recibió manejo empírico para pielonefritis con antibioticoterapia en casa por 9 días. Por empeoramiento del cuadro clínico y alteración del estado de conciencia es remitido a nuestra institución. A su ingreso estaba febril, con criterios de choque séptico. La auscultación cardiaca no evidenció soplos. Era llamativa la presencia de lesiones periféricas compatibles con embolismos sépticos a distancia (Fig. 1). Los estudios de laboratorio mostraron Hg 11g/dl, Hto 35%, leucocitosis de 27200 mg/dl con desviación a la izquierda (neutrófilos totales: 24000; bandas: 9%). PCR 35. Los hemocultivos tomados inicialmente (3/3) reportaron *Pseudomona aeruginosa*. Se le practicó un ecocardiograma transesofágico a las 48 horas de ingreso que mostró imágenes compatibles con vegetaciones en ambas valvas de la prótesis mitral con una longitud de 1,2 cm. asociado a disfunción (Fig. 2). El paciente fue llevado a cirugía para cambio válvula r y limpieza, además se inició tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactamo y amikacina. Actualmente se encuentra recibiendo la terapia domiciliarmente con adecuada tolerancia y adherencia.**Conclusiones.** La endocarditis bacteriana es una enfermedad de alta mortalidad, cercana al 20% intrahospitalariamente. En válvula protésica, causada por bacilos gram negativos es una entidad rara; solo corresponde del 4 al 7% tardíamente y se asocia a mayor tasa de complicaciones. Específicamente por *Pseudomonas*, es aun mas inusual y en la mayoría de casos se relaciona con drogadicitos intravenosos y compromiso de cavidades derechas. Pese a poder manejarse con terapia antipseudomona, cuando afecta el lado izquierdo del corazón el tratamiento es poco efectivo y el reemplazo válvula r es casi mandatorio. Acá presentamos el reporte de un caso de endocarditis de válvula protésica biológica por *Pseudomona*; uno de los pocos reportados en la literatura en nuestro conocimiento. Los hallazgos microbiológicos, ecocardiográficos y clínicos, sugieren una definida endocarditis bacteriana tardía de acuerdo a los criterios de Duke modificados. En este tipo de compromiso válvula r infeccioso, las fallas en el tratamiento médico se dan por poca correlación entre la susceptibilidad microbiológica in vitro e in vivo, compromiso polimicrobiano y frecuente desarrollo de resistencia a la terapia. Para el manejo de pacientes con endocarditis por *Pseudomona spp*, se recomienda inmediato reemplazo válvula r acompañado de terapia antipseudomona por 6 semanas, potenciado por un aminoglucósido. En el presente caso se siguieron las recomendaciones del manejo combinado, obteniendo una respuesta exitosa al momento del seguimiento

**C-5****SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN SEGÚN SU PATOLOGÍA DE BASE****CADAVID ANA MARÍA, FERNÁNDEZ D, FERNÁNDEZ R, FRANCO G***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín - Colombia.***Palabras clave.** Supervivencia, trasplante cardíaco**Objetivos.** Determinar si hay diferencia en la supervivencia de los pacientes trasplantados de corazón de acuerdo a su patología de base.**Diseño del estudio.** Estudio de supervivencia**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María.**Pacientes.** 193 pacientes mayores de 18 años, que sobrevivieron más de un mes, trasplantados de corazón desde Diciembre de 1985 hasta Junio de 2008.**Intervenciones.** Trasplante cardíaco**Mediciones.** Tiempo de supervivencia, edad, sexo y patología de base: cardiomiopatía isquémica demostrada por coronariografía vs cardiopatía no isquémica: hipertensiva, válvula r, viral e idiopática.**Resultados.** Se estudiaron 193 pacientes trasplantados de corazón, con un promedio de edad de 48.5 años y un rango entre 18 y 67 años, donde 158 de ellos eran de sexo masculino (81.9%). Como patología de base tenían cardiopatía isquémica el 37.8% (73 pacientes) y cardiopatía no isquémica el 62.2% (122 pacientes). Se midió la supervivencia acumulada a los 5, 10 y 15 años encontrando para la cardiopatía isquémica una supervivencia de 65.9%, 45.6% y 31,9% respectivamente y para cardiopatía no isquémica de 63.3%, 50.6%, y 33.9%. No se logró demostrar diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.**Conclusiones.** La patología de base de los pacientes trasplantados de corazón en la Clínica Cardiovascular Santa María no es un factor modificador de la supervivencia a largo plazo, contrario a lo demostrado en otros grupos en los cuales la cardiopatía no isquémica se encuentra asociada a una mayor supervivencia.

**C-6****PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO: METÁSTASIS CARDIACA COMO CAUSA DE ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST****CONTRERAS EDUARDO, OLAYA P***Fundación Valle del Lili, Cali -Colombia***Palabras clave.** Elevación ST, dolor precordial, tumores cardíacos**Objetivos.** Describir un caso clínico de una paciente con dolor precordial y elevación del segmento ST cuya etiología era una metástasis cardiaca de un cancer de mama**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili, Cali**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Ecocardiografía**Resultados.** Metástasis de un cancer de mama como causa de elevación del segmento ST**Conclusiones.** Una de las causas raras, no cardiaca, de elevación del segmento ST constituyen los tumores primarios o metastásicos cardíacos.

**C-7****PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: ANEURISMA ARTERIA CORONARIA DERECHA COMO CAUSA DE DOLOR PRECORDIAL****CONTRERAS EDUARDO, ZULUAGA S***Fundación Valle del Lili, Cali - Colombia***Palabras clave.** Dolor precordial, aneurisma coronario**Objetivos.** Describir el caso clínico de una paciente sin factores de riesgo para enfermedad coronaria, quien presenta dolor precordial asociado a cambios electrocardiográficos agudos y elevación enzimática a quien, se le documenta un aneurisma del origen de la coronaria derecha.**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili, Cali**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Angiografía coronaria**Mediciones.** Evolución clínica**Resultados.** Evolución satisfactoria con manejo médico**Conclusiones.** El aneurisma de las arterias coronarias representa una causa infrecuente de angina inestable e infarto agudo de miocardio

**C-8****PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: ESTRONGILOIDIASIS PULMONAR EN UN TRASPLANTADO CARDÍACO****CONTRERAS EDUARDO, GÓMEZ JE***Fundación Valle del Lili, Cali - Colombia***Palabras clave.** Estrongiloidiasis pulmonar, trasplante cardíaco**Objetivos.** Describir el caso clínico de un paciente trasplantado cardíaco, inmunosuprimido, quien desarrolla una estrongiloidiasis pulmonar**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili, Cali**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Administración de ivermectina**Mediciones.** Reactantes fase aguda**Resultados.** el paciente presentó resolución del proceso infeccioso**Conclusiones.** La ivermectina es una opción terapéutica en casos de parasitemia diseminada

**C- 9****CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN AMBULATORIA EN UNA CLÍNICA DE FALLA CARDIACA****SENIOR JUAN MANUEL, RAMÍREZ JD, JIMÉNEZ CA***Hospital Universitario San Vicente de Paul - Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia***Palabras clave.** Falla cardíaca, etiología, clase funcional**Objetivos.** Caracterizar los pacientes que acuden al servicio de consulta externa del HUSVP por falla cardíaca (Clínica de Falla Cardíaca)**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo**Lugar del estudio.** Consulta externa del Hospital Universitario San Vicente de Paúl**Pacientes.** Muestra de 200 pacientes de la consulta externa de la clínica de falla cardíaca del HUSVP**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Frecuencias de género, etiología, clase funcional al ingreso, seguridad social, medicamentos**Resultados.** De una muestra de 200 pacientes se encontró que el 60% eran del sexo masculino y 40% femenino con una edad media de 59,85 años. En cuanto a seguridad social en salud 74% pertenecía al régimen subsidiado y solo 22% al contributivo. 78% de los pacientes ingresaron en una clase funcional I/II, el 20,5% en una clase funcional III y solo 1,5% en clase funcional IV. La fracción de eyección media fue de 28,38% (+- 10,7) y la frecuencia de hospitalización reportó que 50,5% no había requerido ingresos hospitalarios y que 37,5% de los pacientes había tenido hasta una hospitalización siendo estas mayores en las mujeres. En cuanto a la etiología se reportó 28% para el origen isquémico y 13,5% para la mixta (isquémico-hipertensivo), 23% idiopática, 22% hipertensiva, 10,5% para la válvula r y solo 1,5% alcohólica. Al ingreso 51% presentaba disnea de esfuerzo, 24,5% DPN, 28,5% ortopnea e ingurgitación yugular y 18% edemas Msls. En cuanto a los medicamentos al ingreso 57,5% tenían digital, 82,4% diuréticos, 81% IECA, 84% betabloqueador, 18,5% ARA-II, espironolactona el 68%, 56% ASA, 8,9% clopidogrel, 15,5% amiodarona y 53% estatinas.**Conclusiones.** La actual muestra nos presentó las características epidemiológicas de una población ambulatoria que consulta a una clínica de falla cardíaca y refleja los aspectos más importantes en cuanto al origen que sigue predominando el isquémico, seguido por el hipertensivo ambos con predominio del sexo masculino, además de el estado funcional y las condiciones al examen físico y medicamentos del paciente al ingreso, datos que no se alejan de la estadística mundial.

**C-10****PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: REACCIÓN ALÉRGICA ATÍPICA LUEGO DE CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR CON DISPOSITIVO DE OCLUSIÓN SEPTAL TIPO AMPLATZER.**

GÓMEZ GERMÁN

*Clínica de Marly, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Amplatzer, comunicación interauricular, alergia**Objetivos.** Reportamos el caso de una reacción inflamatoria severa manifestada por pericarditis con derrame, pleuritis con derrame y ascitis luego del cierre percutáneo de una CIA-OS utilizando sistema de oclusión septal tipo Amplatzer.**Diseño del estudio.** Reporte de un caso**Lugar del estudio.** Clínica de Marly, Bogotá, Colombia.**Pacientes.** Paciente de sexo femenino, 28 años de edad. Consultó por disnea clase funcional II (NYHA), palpitations, cianosis distal con el ejercicio y episodios recurrentes de migraña. Diagnóstico de CIA-OS desde los 22 años. Antecedente de alergia a elementos de “fantasía” utilizados en joyas de uso personal. Ausencia de antecedentes de enfermedad autoinmune previa. Al examen físico se encontraba en buenas condiciones generales, signos vitales normales. Ausencia de déficit neurológico. Pulsos periféricos normales. Ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico en foco pulmonar y desdoblamiento fijo de segundo ruido pulmonar. No hay evidencia de cianosis en reposo.**Intervenciones.** Se practica ecocardiograma transesofágico encontrando aurícula izquierda ligeramente dilatada, drenaje venoso pulmonar normal, tabique interauricular con CIA-OS de 17 mm de diámetro de localización central, con borde tricúspideo ligeramente laxo aumentando hasta 21 mm el tamaño del orificio efectivo. Utilizando la técnica convencional se implantó sistema de cierre percutáneo tipo Amplatzer® (AGA Medical Corporation; REF: 9-ASD-028; Lote: M07D20-23) de 28 mm de diámetro en forma exitosa y sin dejar cortos circuitos residuales.**Mediciones.** 24 horas después, las pacientes presentan compromiso del estado general, cefalea intensa global, dolor torácico, disnea progresiva, crecimiento del abdomen. Con sospecha de taponamiento cardíaco se realiza RX del tórax que revela ensanchamiento del mediastino, derrame pleural, cardiomegalia e hipertensión pulmonar precapilar. Ecocardiograma demuestra derrame pericárdico sin evidencia de taponamiento, cierre adecuado de CIA con dispositivo y buena función ventricular. Ecografía del tórax reporta derrame pleural con disposición libre que ocupa tercio inferior del hemitorax derecho con diámetro AP de 11 mm asociado a atelectasia pasiva. Ecografía de abdomen presencia de moderada cantidad de líquido libre en cavidad ocupando goteras parietocólicas y perihepáticas.**Resultados.** Con diagnóstico clínico de poliserositis autoinmune en respuesta a los componentes de metal del dispositivo intracardíaco (níckel) se maneja médicamente con prednisolona 1mg/kg/día mg VO día con esquema de reducción de dosis hasta por 1 mes, diuréticos y antihistamínicos orales. La paciente evoluciona rápidamente a la mejoría. Control ecocardiográfico sin derrame. Luego de seis meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática, clínicamente estable, controles ecocardiográficos sin cambios y ausencia de corto circuito intracardíaco.**Conclusiones.** El tratamiento percutáneo de diferentes patologías cardiovasculares utilizando dispositivos endovasculares con una gran proporción de metal en su estructura, hace que las reacciones alérgicas locales o sistémicas al níckel participen en el comportamiento del dispositivo a corto y mediano plazo. Es importante anotar, que este sistema de oclusión septal tipo Amplatzer, se encuentra contraindicado en pacientes con historia de alergia al níckel (65). Con base en lo anterior, el antecedente de alergia al níckel debe ser seriamente evaluado antes de ser implantado el dispositivo para el tratamiento percutáneo de los defectos septales intracardíacos (CIA, FOP, DAP), así como cuando se utilizan varios stents periféricos o endoprótesis de aorta que contienen gran cantidad de nitinol.

**C-11****C4D EN BIOPSIAS DE PROTOCOLO DE CORAZÓN TRASPLANTADO: ¿HAY UTILIDAD CLÍNICA?**

**ARTETA ARIEL A, FERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ D, JARAMILLO JC, FRANCO G, LÓPEZ-GARCÍA-ASENJO JA, HERNÁNDEZ S, CANO LC, ARIAS LF.**

*Dpto. de Patología, Facultad de Medicina, U. de Antioquia, Clínica Cardiovascular Fundación Santa María, Medellín - Colombia; Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España*

**Palabras clave.** Trasplante cardíaco, rechazo, C4d.

**Objetivos.** Buscar relación entre positividad para C4d en biopsias de protocolo y evolución del injerto.

**Diseño del estudio.** Localización retrospectiva de biopsias. Seguimiento prospectivo hasta 2 años.

**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular, Dpto. de Patología U. de A. y Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Pacientes.** 46 **Pacientes.** Para el análisis utilizamos datos de registros clínicos. Seguimiento: 2 años

**Intervenciones.** IHQ en tejido incluido en parafina

**Mediciones.** Realizamos inmunohistoquímica para C4d en biopsias del primer mes y del año. Graduamos rechazo celular y efecto Quilty. La expresión de C4d fue graduada como ausente, focal (<50% de capilares) y difusa ( $\geq 50\%$ ).

**Resultados.** 6 (13%) perdieron el injerto durante el seguimiento. De 92 biopsias 44 (47,8%) mostraron positividad focal y 12 (13%) difusa para C4d. En 10 (21,7%) biopsias del primer mes y 2 (4,3%) del año hubo positividad difusa. En 17 pacientes (37%) hubo algún grado de positividad en ambas biopsias y en 8 (17,4%) ambas fueron negativas. En ningún caso hubo positividad difusa en ambas biopsias. Ni la positividad para C4d en alguna de las biopsias ni la positividad difusa mostraron asociación estadística con pérdida del injerto, fracción de eyección (6 meses-1 año-2 años), rechazo celular ni efecto Quilty. No encontramos asociación estadística entre C4d y evidencia clínica de disfunción posterior del injerto.

**Conclusiones.** Nuestro trabajo se basa en un análisis de biopsias de protocolo que son tomadas en pacientes sin disfunción, y demuestra que en estos pacientes no hay asociación entre depósitos de C4d y presencia de rechazo celular, disfunción posterior o mala evolución del injerto a mediano plazo (2 años).

**C-12****CARDIOMIOPATIA DILATADA EN MUJER CON CANCER DE OVARIO****GIRALDO RICARDO ANDRÉS, GIRALDO R, BARRERA C***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Cardiopatía dilatada, amiloidosis, carcinoma**Objetivos. Diseño del estudio.** Reporte de caso**Lugar del estudio.** Fundación Santa Fe

**Pacientes.** Paciente de 58 años de edad quien consulta por cuadro de 4 días de evolución de edema en miembros inferiores, ascitis, disnea con deterioro progresivo de clase funcional y oliguria, paciente con antecedente de cáncer epitelial de ovario diagnosticado en marzo del 2008 a quien se le realizó el 18 de abril de este año histerectomía mas salpingooforectomía bilateral, quien recibió ciclo de quimioterapia posterior a histerectomía con esquema paclitaxel y carboplatino. Como antecedentes de importancia Diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada hace 45 años, implante de catéter definitivo para quimioterapia el 12 de mayo/08. Al examen físico positivo ruidos cardíacos taquicardicos, con soplo holosistólico en foco tricúspideo grado 2/6. Murmullo vesicular disminuido en base izquierda, sin sobreagregados Al abdomen: onda ascítica positiva, extremidades con edema grado 2 en miembros inferiores Resto de examen sin cambios.

**Intervenciones.** Reporte de ecocardiograma 1. Moderada hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con patrón ecocardiográfico de infiltración miocárdica con disfunción diastólica, con fisiología restrictiva y función sistólica conservada 2. Dilatación moderada de cavidades derechas asociada a hipertensión pulmonar severa, con signos indirectos de esta 3. Válvulas aurículo ventriculares y ventriculares engrosadas con patrón infiltrativo, con alteración funcional de estas asociado a insuficiencia mitral leve y tricúspidea moderada derrame pericárdico y pleural descrito.

**Mediciones.** Hemograma: leucocitos: 31.400 neutrófilos: 90.6% linfocitos: 5% monocitos: 2.9% hemoglobina: 11.8 hematocrito: 34.7 plaquetas: 205.000, depuración de creatinina: 20.9 ml/min, creatinina: 1.53, nitrógeno ureico: 24.5

**C-13****PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: FIBRILACIÓN VENTRICULAR REFRACTARIA A DESCARGAS ELECTRICAS ENDOCÁRDICAS DE MÁXIMA ENERGIA POR DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTE CON CARDIOMIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA Y SINDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE**

NEGRETE ALBERTO JOSÉ, MIRANDA A, GIL E, BALANTA A, GÓMEZ A, HOYOS A, HOYOS ANDREA, QUINTERO M, RUIZ M.

*Servicio de Electrofisiología Centro Médico Imbanaco y Angiografía de Occidente, Cali-Colombia*

**Palabras clave.** Cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de Wolf-Parkinson-White, fibrilación ventricular, desfibrilador automático implantable

**Objetivos.** Describir la optimización de la terapia con desfibrilador automático implantable para el manejo de pacientes con arritmia ventricular refractaria a choques endocárdicos

**Diseño del estudio.** Presentación de caso clínico

**Lugar del estudio.** Angiografía de Occidente, Cali - Colombia

**Pacientes.** Uno

**Intervenciones.** No

**Mediciones.** Observación clínica

**Resultados.** Presentamos el caso de una paciente de 18 años con historia familiar de muerte súbita (madre murió súbitamente a los 26 años) que consultó a urgencias por cuadro de palpitaciones asociadas a disnea con evidencia de taquicardia de complejos QRS estrecho a 180 por min R-R regular con alternancia eléctrica que revirtió con 2 mg de adenosina endovenosa. el EKG en sinusal mostro PR corto con onda delta sugestiva de vía accesoria anterior derecha y criterios electrocardiográficos de hipertrofia severa de ventrículo izquierdo, confirmada mediante ecocardiografía demostrándose miocardiopatía hipertrófica obstructiva con gradiente pico en el tracto de salida del ventrículo izquierdo de 36 mmHg. Cateterismo cardíaco confirmó miocardiopatía hipertrófica obstructiva con coronarias sanas y gradiente en tracto de salida del VI similar al descrito por ecocardiograma. el estudio electrofisiológico evidenció la presencia de vía accesoria anterior derecha con periodo refractario efectivo anterogrado 330ms e inducción de taquicardia por movimiento circular ortodrómico utilizando este tracto anómalo que inactivado mediante ablación con radiofrecuencia. Ante riesgo de muerte súbita se procedió a implantar el DAI según técnica convencional. Con sobreestimulación ventricular se induce fácilmente fibrilación ventricular que no revierte a ritmo sinusal tras 5 choques endocárdicos de máxima energía (33J) administrados por el DAI. Siendo necesarias maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y desfibrilación externa en repetidas ocasiones con choques bifásicos de 200 J saliendo finalmente a ritmo sinusal tras 11 minutos de reanimación. Es trasladada a unidad de cuidado intensivo, donde permaneció en soporte ventilatorio durante 12 h recuperándose sin secuelas. Durante la hospitalización se decidió optimizar la terapia de desfibrilación mediante implante de parche subcutáneo que se logró sin complicaciones.

**Conclusiones.** La eficacia de la desfibrilación permanece como un objetivo importante para garantizar la seguridad de pacientes que reciben terapia con DAI. Hay un número significativo de pacientes que requieren electrodos subcutáneos adicionales para obtener un margen de seguridad de por lo menos 10 julios entre el umbral de desfibrilación y la máxima energía de salida del DAI

**C-14****PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: ABLACIÓN DE NODO AV E IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN PACIENTE CON CARDIOMIOPATÍA INDUCIDA POR TAQUICARDIA****NEGRETE ALBERTO JOSÉ, NEGRETE A, GIL E, CITELLI JE, VARÓN J, MIRANDA A, GÓMEZ A***Servicio de Electrofisiología, arritmias y marcapasos, Centro médico Imbanaco. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario del Valle, Cali – Colombia***Palabras clave.** Taquicardiomiopatía, ablación, implante marcapasos definitivo**Objetivos.** Ilustrar cómo la ablación por radiofrecuencia del nodo AV e implante de marcapasos definitivo en pacientes con arritmia supraventricular intratable puede lograr la reversión de la cardiomiopatía inducida por taquicardia en pacientes seleccionados**Diseño del estudio.** Presentación de caso clínico**Lugar del estudio.** Servicio de Electrofisiología, arritmias y marcapasos. Centro médico Imbanaco Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Valle. Cali – Colombia**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** No**Mediciones.** Observación clínica**Resultados.** Presentamos el caso de un paciente asintomático hasta junio de 2003, cuando inició cuadro clínico de palpitaciones, diaforesis, mareos, palidez mucocutánea, agotamiento físico progresivo sin estar asociado a otro tipo de sintomatología. Ant pat: HTA desde hace 7 años manejado con enalapril x 20 mg 3 tab/día, hidroclorotiazida 25 mg/día, Hipotiroidismo manejado con levotiroxina 50 mcg c/día. Sx depresivo menor manejado con fluoxetina tab x 20 mg, 1 tab /día. EF: Paciente en aceptable condición general, hemodinámicamente estable, sudoroso, pálido. SV: FC: 92 TA: 140/90 FR: 20X T: 37 Cuello: No soplos, no I Y a 45 grados. C/P: ruidos cardíacos arrítmicos irregulares, no soplos, murmullos vesicular normal, sin ruidos sobreagregados, edema GII en miembros inferiores resto de examen físico sin cambios. Se tomó ekg con evidencia de fibrilación atrial de respuesta ventricular alta por lo que recibió inicialmente tratamiento con metoprolol, posteriormente propafenona y warfarina con posterior cardioversión eléctrica sin éxito con mayor deterioro clínico y disminución de la clase funcional con evidencia ecocardiográfica de disfunción del VI con FEVI de 30% por lo que fue llevada a estudio electrofisiológico completo mas mapeo y ablación de dos focos ectópicos de taquicardias auriculares y ablación de nodo AV con implante de marcapasos definitivo. A los tres meses se evaluó paciente encontrando mejoría de clase funcional, y evidencia ecocardiográfica de mejoría de función sistólica del VI con FEVI del 60% encontrándose asintomática.**Conclusiones.** La ablación por radiofrecuencia del nodo AV e implante de marcapasos definitivos en pacientes con taquicardias auriculares o FA intratables con cardiomiopatía inducida por taquicardia es una terapia segura y con capacidad curativa en pacientes con dicha patología.

**C-15****ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO ASOCIADO A ABLACIÓN DE REENTRADA NODAL MANEJADO CON ACTIVADOR DEL PLASMINÓGENO TISULAR****DURÁN CARLOS EDUARDO, OROZCO JL, DÍAZ JC***Fundación Valle del Lili, Cali - Colombia***Palabras clave.** Evento cerebrovascular, Reentrada nodal, ablación**Objetivos.** Describir el manejo de la enfermedad cerebrovascular en un paciente con enfermedad embólica luego de ablación de una reentrada nodal**Diseño del estudio.** Reporte de Caso**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili**Pacientes.** Un paciente**Intervenciones.** Trombolisis intraarterial con rTPA**Mediciones.** Imagenología, RMN cerebral y evaluación clínica**Resultados.** La paciente se da de alta sin déficit neurológico**Conclusiones.** En pacientes con ACV isquémico y menos de 3h de evolución, el uso de activador del plasminógeno tisular (tPA) ha demostrado lograr una disminución significativa en la morbilidad y mortalidad, por lo cual actualmente se considera el estándar de manejo en pacientes sin contraindicaciones. No obstante, en pacientes con ACV isquémico secundario a un estudio electrofisiológico hay pocos casos reportados sobre su uso. El primero de ellos, publicado en 2001, involucró una niña de 12 años que mostró resolución total de sus síntomas con la aplicación del medicamento.

**C-16****PRESENTACIÓN DE CASOS: ANGINA DE PRINZMETAL “UNA PATOLOGÍA CONOCIDA PERO POCO DIAGNOSTICADA”. UTILIDAD DEL HOLTER****MENDOZA FERNÁN, VALENCIA MC***Fundación Abood Shaio, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Angina, variante, Prinzmetal, Holter.**Objetivos.** Introducción: La angina variante de Prinzmetal es una forma de angina inestable que ocurre espontáneamente en la mayoría de los casos y se caracteriza por elevación transitoria del ST, que resuelve con nitroglicerina o sin tratamiento. Describimos dos casos de pacientes con enfermedades reumatológicas, síntomas anginosos, en las cuales el Holter ayudó al diagnóstico y a modificar el tratamiento.**Diseño del estudio.** Presentación de casos.**Lugar del estudio.** Fundación Abood Shaio**Pacientes.** Caso clínico 1: Mujer de 55 años postmenopáusica, con antecedentes de hipertensión arterial, artritis reumatoide, migraña y fenómeno de Raynaud; quien consultó por dolor anginoso de varios meses, de predominio matutino, con disnea y síncope por lo que se hospitalizó. ECG inicial normal, perfusión miocárdica en reposo y postejercicio negativa para isquemia y sin cambios en el ECG. Para estudio del síncope se ordenó un Holter que reportó elevación del ST en horas de la madrugada asociada con angina, con mejoría del ST al desaparecer esta. Fue llevada a coronariografía con arterias epicárdicas sin lesiones. Con diagnóstico de angina variante se cambió metoprolol por diltiazem, con mejoría. Caso clínico 2: Mujer de 35 años con antecedentes de: trombocitopenia autoinmune asociada a síndrome antifosfolípido en tratamiento con esteroides, infarto del miocardio sin elevación del ST, bloqueo AV de segundo grado, coronariografía con arterias epicárdicas sin lesiones. Fue remitida a nuestra institución por nuevo episodio de dolor torácico, síncope y bloqueo AV de segundo grado Mobitz I para el implante de marcapaso. Se revisó cateterismo sin lesiones en arterias epicárdicas, ECG sin cambios, prueba de esfuerzo normal y Holter que reportó elevación del ST en horas de la madrugada, bloqueo AV de segundo grado Mobitz I, cambios asociados a síntomas de angina y que revierten con la desaparición de esta. Con diagnóstico de angina variante se ordenó manejo con amlodipino, aspirina y seguir estudio de enfermedad reumatológica.**Intervenciones.** No**Mediciones.** No**Resultados.** Discusión: la clave diagnóstica para la angina variante (Prinzmetal) es documentar la elevación del ST durante el episodio de angina, usualmente ocurre en reposo, en horas de la mañana y la mayoría de las veces no reproducible con el ejercicio, como en los dos casos; para lo cual el monitoreo Holter fue fundamental, ya que inicialmente fue ordenado para el estudio del síncope y la alteración del ritmo cardíaco. La patogénesis no es bien entendida pero intervienen el desequilibrio entre factores vasodilatadores y vasoconstrictores. Algunos estudios han mostrado una asociación entre la angina variante y otros desordenes vasoespásticos como la migraña y el fenómeno de Raynaud como en el primer caso. La presencia de síncope durante el episodio de dolor sugiere isquemia severa relacionada con oclusión aguda, por espasmo focal. Un espasmo prolongado puede llevar a complicaciones como infarto, bloqueo AV de segundo grado, como en el segundo caso; taquicardia ventricular y muy raramente muerte súbita. En el cateterismo las coronarias son aparentemente sanas como en los dos casos, pero en otros hay evidencia de aterosclerosis por ultrasonido intravascular. Se pueden realizar pruebas evocadoras como la respuesta a la hiperventilación o la administración de acetilcolina y metacolina y luego administrar nitroglicerina para aliviar el vasoespasmo. El Holter se encuentra dentro de una recomendación clase II a, para pacientes con síntomas sugestivos de espasmo coronario o angina variante. El tratamiento es con nitratos y calcioantagonistas, deben evitarse los betabloqueadores. Los bloqueadores de los receptores alfa pueden ser benéficos; el pronóstico es bueno con tratamiento médico especialmente en pacientes con arterias coronarias normales o cercanas a lo normal.**Conclusiones.** La angina variante es una condición clínica a tener en cuenta en pacientes con dolor anginoso y coronarias epicárdicas sin lesiones; el estudio con monitoreo Holter puede ser de ayuda para el diagnóstico y el cambio en el tratamiento.

**C-17****USO DE LEVOSIMENDAN EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA AGUDA****SENIOR JUAN MANUEL, SALDARRIAGA G, ARISTIZABAL J, RENDÓN J***Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín- Colombia***Palabras clave.** Levosimendan, falla cardiaca, efectos secundarios**Objetivos.** El presente estudio evalúa la seguridad de la administración de la infusión de levosimendan en pacientes con falla cardiaca aguda cuando se administra sin bolo inicial**Diseño del estudio.** Estudio retrospectivo, descriptivo**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín**Pacientes.** Diagnóstico de falla cardiaca aguda y síntomas de bajo gasto**Intervenciones.** Levosimendan en infusión (0.05 mcg/kg/min) sin suministro de bolo inicial.**Mediciones.** Características demográficas, etiología de la falla cardiaca, Clase funcional (NYHA), fracción de expulsión, uso de otros inotrópicos y desarrollo de hipotensión, arritmias ó muerte durante el tratamiento (antes, 24 y 48 horas después)**Resultados.** Se incluyeron 21 pacientes, 81.25% hombres y 18.75% mujeres, con edad promedio de 48+/- 16 años, 18.7% tenían cardiopatía isquémica y 81.25% no isquémica, 37.5% estaban en clase funcional NYHA III y 62.5% en clase IV. la fracción de expulsión promedio fue 30% +/- 13.26. La presión arterial media antes de la infusión fue 71+/- 21.6 y 75 +/-23, 71.6+/- 21.4 24 y 48 horas después respectivamente. Ningún paciente presentó arritmias ni desenlaces fatales.**Conclusiones.** El presente estudio es una experiencia inicial que sugiere que la administración de la infusión de levosimendan sin bolo inicial es disminuye la incidencia de hipotensión y arritmias en los pacientes con falla cardiaca aguda

**C-18****FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN POBLACIÓN CAFICULTORA COLOMBIANA****DENNIS RODOLFO, GONZÁLEZ M, DEVIA JH, JURADO A, ECHEVERRI D, BRICEÑO G, MORA M, GIL F***Fundación Cardioinfantil, Federación Nacional de Cafeteros de Colombia, Alberto Jurado Consultores, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística - Universidad Javeriana. Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Riesgo, factores, enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes**Objetivos.** Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en Colombia. Las regiones caficultoras tienen las mayores tasas de mortalidad por esta causa. Se planteó un estudio para diagnosticar las condiciones de riesgo cardiovascular en área rural caficultora.**Diseño del estudio.** Estudio comunitario de corte transversal.**Lugar del estudio.** Departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío.**Pacientes.** Se realizaron 2.516 encuestas a hombres y mujeres entre 18 y 74 años.**Intervenciones.** Ninguna.**Mediciones.** Se utilizaron como base los cuestionarios sobre factores de riesgo recomendados por la OPS. Se realizaron mediciones antropométricas y se tomaron muestras de sangre para glucemia y lípidos.**Resultados.** La prevalencia de fumadores actuales fue 21,1% (IC 95%: 20,97 – 21,23), la de personas que consumen al día menos de 5 porciones entre frutas, verduras y hortalizas fue 86,3% (IC 95%: 86,19 – 86,41). El sedentarismo fue 30,2% (IC 95%: 30,04 – 30,34), el sobrepeso y la obesidad alcanzaron 42,9% (IC 95%: 42,74 – 43,06). La prevalencia de hipertensión arterial fue 26,2% (IC 95%: 26,06 – 26,34), la diabetes mellitus fue 4,6% (IC 95%: 4,53 – 4,67) y la hiperlipidemia 62,1% (IC 95%: 61,93 – 62,27). Sedentarismo, obesidad, hiperlipidemia y diabetes fueron mayor en mujeres ( $P < 0.01$ ), mientras que la ingesta alcohólica y el tabaquismo fue mayor en hombres ( $P < 0.01$ ).**Conclusiones.** Primer estudio de esta naturaleza y magnitud, con muestra representativa en el área rural, que se informa en Colombia. En comparación con los resultados del estudio nacional de factores de riesgo ENFREC II realizado 10 años atrás, no se encontraron avances significativos en la disminución de la prevalencia de factores de riesgo. Este estudio sirve como línea de base para orientar medidas de intervención, para desarrollar programas integrales de manejo mediante el desarrollo y gestión de políticas públicas saludables y acciones de base comunitaria sobre promoción de la salud.

**C-19****NIVELES PREOPERATORIOS DE HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, MARCADORES INFLAMATORIOS, PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD EN CIRUGÍA CARDIACA****HERNÁNDEZ EDGAR, DENNIS R, ISAZA D, UMAÑA JP***Instituto de Cardiología-Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C.*

**Palabras clave.** Péptido natriurético tipo B, hemoglobina, hematocrito, proteína C reactiva, recuento leucocitario, cuidado postoperatorio, procedimientos de cirugía cardíaca.

**Objetivos.** Definir si existe una asociación independiente entre valores séricos preoperatorios de hemoglobina (Hb), hematocrito (Hto), recuento leucocitario (Leuco), proteína C reactiva (PCRas) o péptido natriurético tipo B (BNP) y la morbilidad en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

**Diseño del estudio.** Estudio observacional, analítico, de cohorte concurrente.

**Lugar del estudio.** Instituto de Cardiología/Fundación Cardioinfantil de Bogotá DC.

**Pacientes.** 554 pacientes adultos consecutivos, llevados a cirugía cardíaca electiva

**Intervenciones.** Ninguna

**Mediciones.** La cohorte se distribuyó de acuerdo a los valores preoperatorios de Hb/Hto/Leuco/PCRas/BNP en quintiles independientes para cada una de estas variables. Se hizo seguimiento por 12 meses evaluando eventos de morbilidad predefinidos y ajustando por las covariables conocidas que afectan estos desenlaces.

**Resultados.** Luego de ajustar por edad, género, altura sobre el nivel del mar a la que se reside, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), diabetes mellitus (DM), síndrome coronario agudo (SCA) presentado en plazo menor a un mes de la fecha de cirugía, obesidad, cirugía cardíaca previa, uso o no de circulación extracorpórea y tipo de cirugía, se demostró asociación significativa entre valores preoperatorios elevados de BNP y la aparición de bajo gasto cardíaco postoperatorio (BGC): OR 3.46 (IC 95%: 1.53 – 7.80; p=0.003) o fibrilación auricular (FA) postoperatoria: OR 3.8 (1.45 – 10.38). Para el desenlace combinado primario (muerte/SCA/rehospitalización a 12 meses), el OR fue 1.93 (IC 95% 1.00 – 3.74). Una significativa interacción fue encontrada entre los niveles de BNP y la presencia o no de DM. El OR para DM (-) fue 1.26 (IC 95%: 0.61 – 2.60) y para DM (+), OR: 18.82 (IC 95%: 16.2 – 20.5).

Los niveles de Hb y Hto preoperatorios también se encontraron significativa e independientemente asociados con la aparición de BGC, OR 0.33 (IC 95% 0.13 – 0.81, p = 0.016). Tanto la Hb/Hto como el BNP, se encontraron significativamente asociados a la estancia en UCI/hospitalaria y al número perioperatorio de unidades de glóbulos rojos transfundidos (p < 0.002 para cada uno de estos análisis).

**Conclusiones.** Niveles preoperatorios altos de BNP o bajos de Hb/Hto son importantes factores de riesgo independientes que podrían contribuir a estratificar los pacientes que van a ser llevados a cirugía cardíaca. La posibilidad de anticipar la aparición de FA o la necesidad de inotropía prolongada en el POP tiene importantes implicaciones clínicas: la medición de BNP podría ser usada para identificar pacientes que requerirían terapia preoperatoria intensiva. Nuestros resultados abren la posibilidad de diseñar estudios que incorporen medición del BNP como parte sistemática de la evaluación preoperatoria y comparen esta estrategia con la evaluación estándar, en términos de reducir eventos adversos postoperatorios.

**C-20****PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO, ACELERACIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR PREEXISTIDA, DESPUES DE INFUSION DE AMIODARONA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS****MONCADA VALLEJO PABLO ANDRÉS, PERAFÁN PE, PAVA LF, JARAMILLO FJ***Fundación Clínica Valle del Lili, Cali – Colombia, CES, Programa de Medicina interna.***Palabras clave.** Fibrilación Auricular, Amiodarona, Síndrome de Wolf –Parkinson-White**Objetivos.** Describir el efecto del uso de amiodarona endovenosa en un paciente con fibrilación auricular preexistida**Diseño del estudio.** Descripción de caso clínico**Lugar del estudio.** Fundación Clínica Valle del Lili**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Paciente de 23 años masculino, bailarín de ballet, sin antecedentes médicos relevantes. Acudió al servicio de urgencias por dolor precordial atípico, palpitaciones y diaforesis. Presión arterial 110/70 mm/Hg, sin inestabilidad hemodinámica y al examen físico presentaba sudoración y ansiedad. Se le realiza electrocardiograma que muestra una fibrilación auricular con frecuencia cardíaca entre 120 y 160 x minuto, QRS ancho y ondas delta. De acuerdo a las guías americanas de soporte cardíaco avanzado se le administró amiodarona endovenosa 200mg durante 15 minutos y cinco minutos después el paciente presentó colapso hemodinámico, fibrilación auricular rápida preexistida con frecuencia cardíaca de 280 latidos por minuto, angina, síncope. Se realizo desfibrilación cardíaca con 200 jules, con mejoría de la condición hemodinámica, restablecimiento del ritmo sinusal, con acortamiento del intervalo PR y onda Delta. Negativo en V1 y positiva en DII, DIII, AVF.**Mediciones.** En el estudio electrofisiológico se le documento vía accesoria izquierda, se realizo mapeo y posteriormente ablación.**Resultados.** Procedimiento sin complicaciones, el paciente no desarrollo más episodios de fibrilación auricular**Conclusiones.** Los pacientes que padecen el síndrome de Wolf Parkinson White, tienen alto riesgo de desarrollar muerte súbita secundaria a una fibrilación auricular preexistida con fibrilación ventricular secundaria o colapso hemodinámico. Para prevenir esta complicación se recomienda la ablación de la vía accesoria en pacientes asintomáticos. En los pacientes con fibrilación auricular que se conduce por una vía accesoria el uso del verapamilo y betabloqueadores deben evitarse por el alto riesgo de una respuesta paradójica y fibrilación ventricular , Además la adenosina se relacionan con FA en 15% de los casos con riesgo de conducción 1:1 sobre la vía accesorias. Las Guías de la ACLS, recomiendan a amiodarona intravenosa en pacientes hemodinámicamente estables como la primera opción terapéutica en el servicio de urgencias. En la búsqueda de Medlione hay 6 reportes similares sobre aumento en respuesta ventricular o fibrilación ventricular después de la administración de amiodarona.

**C-21****RESISTENCIA AL CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA Y SU RELACIÓN CON LA EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD****EACHEVERRI DARIO, CABRALES J, CORZO O, PINEDA M***Fundación CardioInfantil, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Clopidogrel, resistencia, enfermedad coronaria, agregación**Objetivos.** Evaluar la presencia de resistencia al clopidogrel en una población de pacientes con enfermedad coronaria que fueron llevados a estudio angiográfico de forma electiva y su relación con la extensión de la enfermedad coronaria.**Diseño del estudio.** Cohorte transversal**Lugar del estudio.** Fundación CardioInfantil, Bogotá, Colombia**Pacientes.** Pacientes sometidos a coronariografía diagnóstica por sospecha de enfermedad coronaria, que recibían clopidogrel 75 mg día los 8 días previos al estudio o 300mg en dosis de carga administrada al menos 6 horas antes del estudio y mantenimiento con 75 mg día**Intervenciones.** Coronariografía diagnóstica bilateral, toma de agregación plaquetaria con 10  $\mu$ M de ADP, tromboxano, epinefrina en sangre periférica.**Mediciones.** Vasos principales con lesiones diametrales mayores al 70%, porcentaje de agregación con agregometría plaquetaria.**Resultados.** Un total de 31 pacientes fueron incluidos de los cuales 10 presentaron enfermedad de un vaso, 10 enfermedad de dos vasos y 11 enfermedad de tres vasos, las edades fueron 68 años, 67 años y 69 años respectivamente ( $p=0.08$ ), de los cuales el 80%, 70% y 73% fueron hombres ( $p=0.1$ ), no hubo diferencias significativas en la presencia de diabetes mellitus ( $p=0.1$ ), tabaquismo ( $p=0.2$ ), dislipidemia ( $p=0.1$ ), hipertensión arterial ( $p=0.1$ ) así como en el uso de omeprazol ( $p=0.2$ ) o estatinas ( $p=0.1$ ). El porcentaje de agregación con 10  $\mu$ M fue  $24 \pm 8\%$  en enfermedad de un vaso,  $40 \pm 10\%$  en enfermedad de dos vasos y  $52 \pm 12\%$  en tres vasos ( $p=0.001$ ). La resistencia al clopidogrel definida como agregación mayor a 50% se encontró en 10% de los pacientes con enfermedad de un vaso 30% en pacientes con enfermedad de dos vasos y 50% en tres vasos. No se encontraron diferencias significativas en tromboxano A2, epinefrina o colágeno.**Conclusiones.** La presencia de resistencia al clopidogrel es más frecuente en pacientes con enfermedad coronaria severa de tres vasos, los valores de agregación plaquetaria están en directa relación con el número de vasos comprometidos, Con el aumento en las intervenciones percutáneas en pacientes con enfermedad multivazo la resistencia al clopidogrel aumenta su prevalencia, lo cual obliga a monitorizar la respuesta al clopidogrel mediante pruebas de agregación plaquetaria, con el fin de identificar estos pacientes y tomar las conductas terapéuticas necesarias para evitar complicaciones trombóticas.

**C-22****EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE BUERGER EN LA CLÍNICA CARDIOVASCULAR DE MEDELLÍN ENTRE 1998 – 2008****HERNÁNDEZ NATHALIE, SANEZ G, ORTIZ C, VALLEJO F, TOBÓN A, LOTERO O, FRANCO G***Clínica Cardiovascular, Medellín - Colombia***Palabras clave.** Buerger, gangrena, simpatectomía, amputación, cigarrillo.**Objetivos.** Describir la experiencia de la Clínica Cardiovascular en los años 1998 a 2008, con los pacientes con dx de enfermedad de Buerger.**Diseño del estudio.** Descriptivo, retrospectivo**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular de Medellín**Pacientes.** 28 Pacientes hospitalizados durante ese período en la institución con diagnóstico de enfermedad de Buerger.**Intervenciones.** No**Mediciones.** No**Resultados.** En la base de datos se encontró un total de 28 pacientes, edad media de 51 años, 78% de sexo masculino, con estadio de presentación Fontaine IV en 82%, 100% fumadores, y el 9.6%. Con f de Raynaud; no se encontró historia de tromboflebitis migratoria, en 10% de los pacientes el compromiso fue de extremidades superiores e inferiores concomitantemente, y fue más común en las mujeres. En el manejo a 60% de los pacientes se les realizó simpatectomía para manejo del dolor y de estos 88% requirieron amputación en la evolución de su enfermedad por progresión de esta. 17% requirieron solo manejo médico y a 3.6% tratamiento endovascular. De estos últimos grupos 78% terminaron amputados.**Conclusiones.** Nuestra experiencia en el manejo de los pacientes con Enf. de Buerger está de acuerdo a lo reportado por la literatura, lo principal del tratamiento es la discontinuación del cigarrillo, la opción de simpatectomía es temporal y la revascularización quirúrgica o endovascular tiene mal pronóstico por el compromiso multisegmentario.

**C-23****PENETRACIÓN Y SEGURIDAD CON LA UTILIZACIÓN DE STENT LIBERADORES DE MEDICAMENTO EN CONDICIONES “OFF LABEL”****CABRALES JAIME, ECHEVERRI D, CORZO O, PINEDA M***Fundación CardioInfantil, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Stent medicado, angioplastia, *Off label*, *On label***Objetivos.** Describir el porcentaje de stent medicados implantados en indicaciones “*Off label*” bajo el condicionamiento impuesto por el sistema de salud colombiano, así como su seguridad en términos de complicaciones, MACE intrahospitalarios y a 30 días y las posibilidades de éxito comparado con los pacientes intervenidos en condiciones “*On label*”.**Diseño del estudio.** Cohorte retrospectiva**Lugar del estudio.** Fundación CardioInfantil, Bogotá, Colombia**Pacientes.** Todos los pacientes sometidos a Intervencionismo Coronario Percutáneo (ICP) que recibieron Stent Medicado (DES) entre Enero del 2004 y Agosto del 2007 (3.5 años).**Intervenciones.** Angioplastia con Stent Medicado, Evaluación de las características clínicas y del procedimiento, así como los resultados y complicaciones en un periodo de 30 días**Mediciones.** Características clínicas y de las lesiones intervenidas, complicaciones durante el procedimiento, resultado, MACE definido como muerte, infarto o nueva intervención sobre el vaso tratado, trombosis aguda y sub aguda.**Resultados.** 502 pacientes recibieron 536 DES, la edad fue  $62 \pm 9$  años, 381 (76%) hombres con  $60 \pm 9$  años y 155 (24%) mujeres con  $65 \pm 10$  años ( $p=0.04$ ). El número de DES implantados “*Off label*” fue 394 (73.5%) y “*On label*” 142 (26.5%). Se encontraron diferencias en un mayor número de pacientes diabéticos en el grupo “*Off label*” 39% ( $p=0.001$ ), no se encontró diferencia en edad ( $p=0.87$ ), sexo ( $p=0.08$ ), tabaquismo ( $p=0.7$ ), hipertensión arterial ( $p=0.3$ ) o dislipidemia ( $p=0.2$ ). La necesidad de predilatación fue mayor en el grupo “*Off label*” 56% ( $p=0.001$ ). El éxito se logró en 98% y 99% de los casos sin diferencias significativas ( $p=0.88$ ). Los “*On label*” presentaron como características: edad  $61 \pm 10$  años, hombres 79%, con diabetes mellitus el 20%, tabaquismo 18%, hipertensión arterial 70% y dislipidemia en 95 (67%). Se realizó predilatación en 35% de los casos. El resultado final fue exitoso en 141 casos (99.3%). Complicaciones menores (Oclusión de rama lateral, disección, flujo lento, no reflujo, cierre agudo) se presentaron con mayor frecuencia en el grupo “*off label*” 21(5.3%) y 3(2.1%) ( $p=0.04$ ) no se encontraron diferencia significativas en complicaciones mayores durante la hospitalización y en el seguimiento a 30 días, sin embargo existe una tendencia mayor en el grupo “*off label*”.**Conclusiones.** Si bien el implante de DES es un procedimiento seguro con posibilidades de éxito muy altas en estas condiciones clínicas, existe un riesgo mayor de complicaciones tempranas graves en el grupo de DES implantados “*Off label*” que obligan a tener una especial precaución en el manejo médico y en especial anti-trombótico.

**C-24****COMPLICACIONES EN ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON DOBUTAMINA ENTRE ENERO DE 2005 Y JULIO DE 2008****ESCOBAR CARLOS IGNACIO, TENORIO LF, JARAMILLO M, LÓPEZ F, DURANGO LF, MOLINA C, ARANGO A, RAMÍREZ M***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín – Colombia***Palabras clave.** Ecocardiografía de estrés, Dobutamina**Objetivos.** Evaluar las complicaciones que se presentan en la ecocardiografía de estrés con Dobutamina (EED) en un servicio de ecocardiografía de adultos**Diseño del estudio.** Corte transversal prospectivo, el protocolo que se siguió es el usual con dosis creciente de dobutamina cada tres minutos empezando de 10 microgramos minutos hasta 40 microgramos minuto. Si a la dosis de treinta microgramos minuto la frecuencia cardiaca no ha subido 70% de la frecuencia esperada para al edad se adiciona atropina en dosis crecientes no pasando de 2 mg.**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María**Pacientes.** Con indicación de EED**Intervenciones.** EED**Mediciones.** Edad, sexo y complicaciones como perforación ventricular, infarto agudo de miocardio, taquicardia ventricular sostenida, hipertensión arterial severa que se consideró si la presión arterial subía mas allá de 220/120 mmHg, hipotensión arterial severa que se consideró cuando la presión arterial bajaba más de 20 mmHg, arritmias supraventriculares, taquicardia ventricular no sostenida cuando tenían tres latidos seguidos únicamente, retención urinaria y cefalea.**Resultados.** Se hicieron 4111 EED en 30 meses, 45% (1804) hombres, edad  $63.06 \pm 12.27$  años. Se encontraron 27 pacientes con HTA severa (6 por mil), 9 pacientes con hipotensión severa (2 por mil), 4 pacientes con arritmias supraventriculares (0.9 por mil), 3 con FA, 2 bradicardia severa (0.4 por mil), 3 taquicardia ventricular (0.7 por mil) 2 taquicardia sostenida, 2 retención urinaria (0.4 por mil) y uno angina severa (0.2 por mil). Ningún paciente murió ni se presentó PV ni IM y todas las complicaciones revirtieron después de suspender la droga y aplicar metoprolol. En los casos de hipotensión severa se hidrató rápidamente al paciente antes de colocar metoprolol. Llama la atención que 7 pacientes con hipertensión arterial severa y tres con hipotensión arterial severa tuvieron la prueba positiva para isquemia.**Conclusiones.** La EED es un examen ecocardiográfico con muy baja incidencia de complicaciones que desaparecen al suspender la droga y colocar metoprolol o hidratar al paciente en caso de hipotensión severa.

**C-25****ATEROMATOSIS EN EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON EVENTOS CEREBROVASCULAR EMBÓLICO CON ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA (ET)****ESCOBAR CARLOS IGNACIO, ESCOBAR CI, SÁENZ G, TENORIO LF, JARAMILLO M, LÓPEZ F, DURANGO LF, MOLINA C, ARANGO AM, RAMÍREZ M***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín - Colombia***Palabras clave.** ACV, ateromatosis, ecocardiografía de estrés**Objetivos.** Evaluar los hallazgos mediante eco-trasesofágico en pacientes con eventos cerebro vasculares (ECV)**Diseño del estudio.** Corte transversal prospectivo**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín, Colombia**Pacientes.** Pacientes con ECV de posible origen embólico cardiovascular desde enero del año 2000 y junio del año 2008.**Intervenciones.** ET**Mediciones.** Se evaluaron las variables sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, fibrilación auricular y la ateromatosis aórtica definida así: grado I como hipertrofia de la intima, grado II como ateromas menores de 5 mm, grado III como ateromas mayores de 5 mm y grado IV ateromas con ulceras, trombos y estructuras móviles en su interior y su localización en la aorta ascendente, transversa y descendente**Resultados.** Se estudiaron 176 pacientes, 89 mujeres (50.6%) y 87 hombres (49.4%), edad  $67.89 \pm 12.9$  años, 79% hipertensos, 44.9% fumadores, 58% dislipidémicos, 23% diabéticos, 14% en fibrilación auricular. La ateromatosis aórtica se presentó en el 73% de todos los estudios. Grado I 48(27%), Grado II 34(19.3%), Grado III 34 (19.3%), Grado IV 12 (6.8%). Se localizó en aorta ascendente en 78(44.3%), en aorta trasversa 99(56.3%) y en aorta descendente en 108(61.4%)**Conclusiones.** La ateromatosis aórtica es una causa muy común de eventos cerebrovasculares embólicos en pacientes mayores de 55 años. -La arterioesclerosis aunque compromete tanto la aorta ascendente, como la trasversa y la descendente presenta un mayor compromiso de la aorta descendente

**C-26****DESCRIPCIÓN DE LA REPERFUSIÓN FARMACOLÓGICA EN INFARTO DE MIOCARDIO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO****URREA KARLO, BOHORQUEZ R***Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Infarto de miocardio, trombolisis, reperfusión**Objetivos.** Describir las características de los pacientes y los hallazgos de angiografía coronaria en personas mayores de 18 años que ingresan con infarto de miocardio con elevación del ST, que son llevados a trombolisis como estrategia de reperfusión y que tienen estudio angiográfico en fase hospitalaria.**Diseño del estudio.** Observacional descriptivo de corte retrospectivo**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia**Pacientes.** Personas mayores de 18 años que ingresan con infarto de miocardio con elevación del ST, que son llevados a trombolisis como estrategia de reperfusión y que tienen estudio angiográfico en fase hospitalaria.**Intervenciones.** Trombolisis en infarto de miocardio con elevación del ST, que son llevados a estudio angiográfico en fase hospitalaria**Mediciones.** Frecuencia, tiempo de intervención, motivo de intervención, comorbilidades, desenlaces**Resultados.** En total ingresan al HUSI 489 pacientes con infarto de miocardio, 293 de ellos con elevación del ST (288) o bloqueo nuevo de rama izquierda (5). 207 llegan dentro de las 12 horas de presentación del evento, de los cuales 108 (52,1%) son manejados con trombolisis, 28 (13,5%) con angioplastia primaria. 87 pacientes cumplen los criterios de inclusión. Se sabe que la reperfusión espontánea se encuentra alrededor de 15% a 21%, en la presente revisión, 99 pacientes (33,8%) de los infartos de miocardio con elevación del ST, tuvieron un flujo TIMI III en el 37,4%. De los estudios angiográficos, 7 (8%) fueron por angioplastia de rescate, 4 (4,6%) fueron por angina post infarto y 76 (87,4%) por decisión del grupo tratante. Se encontró compromiso de 1 vaso en 50 (57,5%), 2 vasos en 16 (18,4%), 3 vasos (13,8%) y sin lesiones angiográficas significativas en 9 (10,3%). Los hallazgos de la arteria relacionada con el infarto fueron: flujo TIMI III – 67 (77%), flujo TIMI II – 4 (4,6%), flujo TIMI 0-1 – 16 (18,4%). Las complicaciones hemorrágicas se presentaron así: hemorragia gastrointestinal 6 (5,6%), hematoma inguinal (2,8%), sangrado en sistema nervioso central y muerte 1 (0,9%). Se presentaron 2 muertes, una como complicación hemorrágica y la otra por trombolisis fallida, angioplastia de rescate, progresión a KILLIP IV sin respuesta y muerte.**Conclusiones.** Todavía 35% de los pacientes que sufren de infarto de miocardio, no llegan en el período ventana de manejo, por lo que se debe insistir en el reconocimiento de los signos de alarma del infarto, para la consulta precoz. Por otro lado, aunque esta descripción muestra tasas de reperfusión flujo TIMI III alrededor del 77%, es alto para lo reportado en los megaestudios (32%). Aún así, siendo la estrategia de reperfusión mas utilizada en el mundo, debe continuar su difusión y uso con los medicamentos que mejor respuesta tienen en cuanto al flujo TIMI III posterior a su infusión. esto hasta obtener terapias con mejores desenlaces y morbimortalidad.

**C-27****¿ES LA ATEROMATOSIS AÓRTICA INDICADOR DE ATEROMATOSIS CAROTIDEA EN PACIENTES CON EVENTO CEREBRO VASCULAR EMBOLICO?****ESCOBAR CARLOS IGNACIO, SÁENZ G, TENORIO LF, JARAMILLO M, LÓPEZ F, DURANGO LF, MOLINA C, ARANGO AM, RAMÍREZ M***Servicio de Ecocardiografía de adultos, Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín - Colombia***Palabras clave.** Ateromatosis carotidea, ateromatosis aórtica, ECV**Objetivos.** Evaluar la relación de relación de ateromatosis aórtica (AA) y ateromatosis carotidea (AC) en los últimos 8 años en pacientes con eventos cerebrovasculares embólicos (ECV)**Diseño del estudio.** Estudio de corte transversal**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín Colombia**Pacientes.** Pacientes con ECV que consultaron desde enero de 2000 a junio de 2008**Intervenciones.** Ecocardiografía trasesofágica (ETE) y Duplex Arterial Carotideo (DAC).**Mediciones.** Variables demográficas como sexo y edad. Los grados de la ateromatosis aórtica que se tuvieron en cuenta fueron el grado II placas ateromatosis menores de 5 mm, el grado III placas ateromatosis mayores de 5 mm no ulceradas y el grado IV placas ateromatosis ulceradas con trombos en su interior o con placas móviles. Se considero ateromatosis carotidea cuando había placas ateromatosis que obstruían la luz del vaso en más de un 50%.**Resultados.** Se analizaron 171 pacientes, 87(50.6%) mujeres y 85(49.4%) hombres, edad  $67.8 \pm 12.9$  años. Se encontró 78 pacientes con ateromatosis aórtica (AA) por ETE y 74 con Arterioesclerosis Carotidea (AC), presentaron AA en ETE y AC por duplex 45(57,69%). sin AA en ETE, sin AC por duplex 62 (68%), presentaron AA en ETE y no presentaron AC duplex 33(42,31%), No presentaron AA por ETE y si presentaron AC por duplex 29(31,87%),  $p=0.000$ **Conclusiones.** - El encontrar AA en el ETE se asocia AC en un 57.7% en este grupo de pacientes, luego la AA es un indicador de AC. -El no encontrar AA en el ETE se relaciona con carótidas sanas en el 68% de los casos en este grupo de pacientes

**C-28****RELACION ENTRE OBESIDAD Y ENFERMEDAD CORONARIA “LA PARADOJA DE LOS OBESOS”****RENDÓN IVÁN, RODRÍGUEZ A, LOMBO B, GUEVARA F, CARVAJAL C***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia*

**Palabras clave.** Obesidad, índice de masa corporal, enfermedad arterial coronaria, hipertensión, dislipidemia

**Objetivos.** Identificar la presencia de “obesidad paradójica” en pacientes referidos a arteriografía coronaria entre enero y octubre del 2007 en el servicio de hemodinamia de la Fundación Santa Fé de Bogotá.

**Diseño del estudio.** Se realizó un estudio de casos y controles, evaluando la relación entre índice de masa corporal (IMC) y enfermedad arterial coronaria, en 296 pacientes en quienes se les realizó arteriografía coronaria durante un periodo de 8 meses

**Lugar del estudio.** *Fundación Santa Fe de Bogotá*

**Pacientes.** 296 pacientes en quienes se les realizó arteriografía coronaria durante un periodo de 8 meses

**Intervenciones.** Ninguna

**Mediciones.** La edad, el género, índice de masa corporal (IMC Kg. /m<sup>2</sup>), antecedente de Diabetes Mellitus insulino dependiente (DMID), Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID), hipertensión arterial, dislipidemia, fumar o haber fumado, revascularización miocárdica previa, bypass coronario previo, resultado de angiografía con enfermedad coronaria a nivel del tronco, de un vaso, dos vasos, tres vasos o enfermedad coronaria difusa.

**Resultados.** En los pacientes con sobrepeso referidos a arteriografía coronaria se encontró 52% de enfermedad coronaria en comparación del 15.3% encontrado en los pacientes obesos, a su vez los pacientes obesos eran más jóvenes. En el análisis multivariado sexo (p 0.001), tabaco (p 0.006), dislipidemia (p 0.011) y edad recodificada (p 0.026) se comportaron como factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria, mientras que el índice de masa corporal mostró una (p 0.545), el cual no es estadísticamente significativo como factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria.

**Conclusiones.** Los pacientes obesos quienes fueron referidos a arteriografía coronaria fueron mas jóvenes y con una baja prevalencia de enfermedad arterial coronaria

**C-29****VEINTIDÓS AÑOS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTE CON TRASPLANTE DE CORAZÓN**

**CADAVID ANA MARÍA, FERNÁNDEZ D, VILLEGAS A, JARAMILLO J, FERNÁNDEZ R, RAMÍREZ A, RAMÍREZ L, RENDÓN J, MONTOYA J**

*Clínica Cardiovascular Santa María. Medellín - Colombia*

**Palabras clave.** Sobrevida, trasplante, cardíaco

**Objetivos.** Reportar el caso del paciente trasplantado de corazón con la mayor sobrevida en el país.

**Diseño del estudio.** Reporte de caso

**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María

**Pacientes.** 1 paciente

**Intervenciones.** Trasplante cardíaco

**Mediciones.** Supervivencia y complicaciones asociadas a trasplante cardíaco

**Resultados.** El 20 de julio de 1986 se realiza trasplante ortotópico en paciente de 45 años de edad, de donante de 26 años, peso de 60 Kg, tipo de sangre O positivo. Permaneció 4 días en la unidad de cuidados intensivos, donde requirió marcapaso transitorio. El manejo inmunosupresor ha sido con ciclosporina, esteroides y azatioprina. Los controles ecocardiográficos mostraron una función ventricular estable. Las biopsias endomiocárdicas iniciales y anuales sin evidencia de rechazo. Desarrolló insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial de difícil control con cardiopatía hipertrófica secundaria, dislipidemia, diabetes mellitus y enfermedad coronaria. Actualmente paciente con clase funcional NYHA de I.

**Conclusiones.** El trasplante cardíaco es una opción terapéutica que mejora la calidad de vida y la sobrevida de los pacientes con falla cardíaca como es el caso del paciente con mayor supervivencia entre el grupo de trasplantados de corazón en el país.

**C-30****PRESENTACIÓN DE CASO: TAQUIARRITMIA PERSISTENTE EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PRE-EXCITACION (W.P.W)****ZUÑIGA CLAUDIA, RENDON I, RIVERA A, RODRÍGUEZ D***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Síndrome de pre-excitacion

**Objetivos.** El Wolf-Parkinson-White es un síndrome de preexcitación por una vía accesoria conocida como haz de Kent, que produce taquiarritmias frecuentes de difícil manejo hasta la muerte súbita. Se presenta el caso de un paciente masculino de 65 años, médico, con historia de síndrome de Wolf -Parkinson-White, con ablación en 4 oportunidades, con fibrilación auricular en manejo con propafenona, apnea del sueño con Bipap en las noches, hipertensión arterial manejo con metoprolol e hidroclorotiazida, con episodios de palpitaciones que ceden con maniobras de valsalva, toma de amiodarona y aumento de la dosis de propafenona. Fue hospitalizado por neumonía para lo cual recibió manejo antibiótico, durante la hospitalización presento episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (140-160 x min) sin síntomas ni compromiso hemodinámico inicialmente, se inicio anticoagulación con heparina no fraccionada y se realizo ecocardiograma transesofágico que confirmo trombo de movilidad intermedia en auriculilla izquierda, función sisto-diafólica normal e hipertensión pulmonar moderada; fue valorado por electrofisiología y se decidió inicio de infusión de amiodarona; persiste fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, la mayor parte del tiempo pre-excitada, con disminución de cifras tensionales, signos y síntomas de falla cardiaca incluyendo edema pulmonar, manejo con furosemida, cardioversión eléctrica con cardiodesfibrilador bifásico (270 j) en 2 oportunidades saliendo a ritmo sinusal, el cual mantuvo por 6 horas, se continuo amiodarona, reaparece fibrilación auricular pre-excitada con respuesta ventricular alta, se intenta nueva cardioversión eléctrica con cardiodesfibrilador bifásico (270 j) fallida, desaparece la pre-excitación 2 días después y se mantiene en ritmo sinusal, hay resolución de signos y síntomas de falla cardiaca incluyendo edema pulmonar, manejo con amiodarona y anticoagulación con warfarina, programado para nueva ablación. Se trata de un paciente con antecedente de síndrome de preexcitacion con episodios de taquicarritmias de difícil manejo a pesar de manejo ablativo.

**C-31****METAS EN DISLIPIDEMIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN DECISIÓN MÉDICA O MODELAMIENTO. ANÁLISIS ECONÓMICO****RUIZ ALVARO, CASAS LA, VARGAS LM, MARTÍNEZ JP***Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. Fundación Valle del Lili, Cali – Colombia***Palabras clave.** Dislipidemia; estatinas; prevención secundaria; modelamiento; análisis económico**Objetivos.** Determinar frecuencia de logro de metas lipídicas en Síndrome Coronario Agudo (SCA) y Prevención Secundaria, según diferentes **Intervenciones.** Análisis de costo-efectividad.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo, corte transversal. Modelamiento matemático prospectivo y análisis económico.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Ignacio HUSI en Bogotá, Fundación Valle del Lili FVL en Cali.**Pacientes.** Pacientes con SCA, en prevención secundaria, en Unidad de Cuidado Intensivo.**Intervenciones.** Una estatina según decisión de UCI o tres estatinas en el modelamiento.**Mediciones.** Datos demográficos, perfil lipídico de ingreso, estatina y dosis.**Resultados.** 857 pacientes (79% del HUSI, 21% de la FVL), 59% hombres, promedio de edad 65.5 años. 79.3% tuvieron perfil lipídico en las primeras 24 horas. 68.9% tenían hipertensión, 35.8% tabaquismo, 26.6% enfermedad vascular cerebral, 21.3% diabetes. 96% tenían dislipidemia (88.2% por cLDL, 46.5% por triglicéridos y 57.6% por cHDL. Los tratamientos fueron lovastatina (85%, dosis promedio 38 mg), gemfibrozil (1.3%), atorvastatina (0.7%), simvastatina-ezetimibe (0.2%) y ninguno 12%. 90.3% de hipercolesterolémicos (cLDL promedio 116, rango 61.6- 215.8). 26 pacientes con cLDL >115 no recibieron tratamiento. Al modelar la respuesta con el tratamiento iniciado, llegarían a la meta de cLDL 33%. El promedio de cLDL fue 121 (valor máximo 237). Al modelar la respuesta con otras estatinas, llegarían a meta 30% con simvastatina, 51.4% con atorvastatina 20 y 66.4% con rosuvastatina 10. Al considerar las reducciones de cLDL posibles, 84% del costo lovastatina se usa en pacientes que no llegan a la meta, contra 63% para simvastatina, 43% para atorvastatina y 36.6% para rosuvastatina.**Conclusiones.** No se hace perfil lipídico en todos los pacientes, no todos reciben estatinas, la que reciben mayoritariamente (lovastatina) sólo llevará a la meta a un tercio de los pacientes y 84 de cada 100 pesos se gastan en quienes no llegarán a meta. Se hace necesaria la revisión de la disponibilidad de medicamentos en el POS y las decisiones en UCI.

**C-32****ESTUDIO CARMELA: EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN BOGOTÁ Y SEIS CIUDADES DE AMÉRICA LATINA****RUIZ ALVARO, SCHARGRODSKY H Y EL GRUPO DE ESTUDIO CARMELA***Universidad Javeriana, Bogotá, D.C. Asociación Cardiovascular CentroOccidental, Barquisimeto. Centro de Investigaciones Clínicas, Buenos Aires. Universidad Cayetano Heredia, Lima. Instituto Mexicano de Seguridad Social, México. Hospital Metropolitano de Quito. Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile***Palabras clave.** Riesgo cardiovascular, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo, diabetes, síndrome metabólico**Objetivos.** Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y espesor íntima-media**Diseño del estudio.** Estudio poblacional de corte transversal con muestreo aleatorio, polietápico estratificado**Lugar del estudio.** Bogotá y seis ciudades de América Latina (AL): Barquisimeto, Buenos Aires, Lima, México, Quito y Santiago.**Pacientes.** 11.550 sujetos entre 25 y 64 años, población urbana (1600 por ciudad).**Intervenciones.** Ecografía para medición de Espesor Íntima-media**Mediciones.** Datos demográficos, medición espesor íntima-media, perfil lipídico, glucemia en ayunas, estrato socioeconómico, peso, talla, espesor íntima-media.**Resultados.** 1553 sujetos evaluados en Bogotá (47.5% hombres) tuvieron edad promedio 45.1 años (AL 45.3), 10.8% historia familiar de enfermedad coronaria prematura y 1.1% historia de infarto miocárdico. En Bogotá hubo hipertensión en 13.4% (H=14.6%, M=12.4%) vs. (AL 18%); hipercolesterolemia 12.0% (H=12.4%, M=11.7%) vs. (AL=14%); diabetes 8.1% (H=7.4, M=8.7%) vs. (AL=7%); síndrome metabólico 20.4% (H=18.7%, M=21.7%) vs. (AL=20%); obesidad 18.0% (H=12.8%, M=22.0%) vs. (AL=23%); tabaquismo 22.2% (H=31.3%, M=15.0%) vs. (AL=30%) y espesor íntima-media (IMT) aumentado 8%. El promedio de IMT fue 0.61 mm (IC95% 0.61-0.62) vs. (AL=0.65 mm (IC95% 0.60-0.74)) con placas carotídeas en 7.7%. Los valores extremos en AL fueron: hipertensión (Buenos Aires=29.0%, Quito=8.6%); hipercolesterolemia (Quito=20.2%, Barquisimeto=5.7%); tabaquismo (Santiago=45.4%, Barquisimeto 21.8%); diabetes (México=8.9%, Lima=4.4%); obesidad (México=30.0%, Quito=16.3%); síndrome metabólico (México=27.2%, Quito=13.7%). Según la Clasificación de Riesgo de Framingham, de los sujetos de Bogotá 84.8% estaban en Riesgo Bajo, 4.5% en Riesgo Intermedio y 10.7% en Riesgo Alto.**Conclusiones.** Uno de cada 100 habitantes adultos de Bogotá tiene riesgo cardiovascular alto (versus 1 de 7 en AL). La frecuencia de hipertensión y dislipidemia es menor en Bogotá que en AL y en países desarrollados, pero obesidad, síndrome metabólico, tabaquismo y riesgo cardiovascular alto son similares a AL y a países desarrollados. Hay grandes diferencias en América Latina, con valores extremos entre los más altos del mundo (tabaquismo en mujeres en Santiago y Buenos Aires) y muy bajos (síndrome metabólico en Lima).

**C-33****SUPERVIVENCIA Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES ADULTOS TRASPLANTADOS DE CORAZÓN****FERNÁNDEZ DARIO, CADAVID A, FERNÁNDEZ R, FRANCO G***Clínica Cardiovascular Santa María. Medellín - Colombia***Palabras clave.** Supervivencia, complicaciones, trasplante cardíaco**Objetivos.** Evaluar la supervivencia de los pacientes adultos trasplantados de corazón y las complicaciones tardías asociadas a la patología de base y el tiempo de evolución.**Diseño del estudio.** Estudio de sobrevida.**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular.**Pacientes.** Pacientes trasplantados de corazón en la Clínica Cardiovascular Santa María desde diciembre de 1985 hasta julio de 2008, quienes sobrevivieron más de un mes.**Intervenciones.** Trasplante cardíaco.**Mediciones.** Se midieron las variables demográficas, la patología de base, la sobrevida y las complicaciones tardías: hipertensión arterial, diabetes mellitus, falla renal, vasculopatía del injerto, dislipidemia.**Resultados.** Se incluyeron 193 pacientes, el promedio de edad fue 46.36 años (rango 18 a 67 años), 19.3% fueron mujeres. La patología de base fue: cardiopatía isquémica en 69 pacientes (36%) y cardiopatía no isquémica en 124 (64%). El hallazgo de hipertensión arterial y dislipidemia fue mayor en los pacientes con cardiopatía no isquémica, mientras que la vasculopatía del injerto fue mayor en los pacientes con cardiopatía isquémica. No hubo diferencia en diabetes, falla cardíaca ni falla renal entre ambos grupos. 36 pacientes tienen una supervivencia mayor de 10 años, en estos el porcentaje de complicaciones fue mayor comparativamente con quienes tienen menor tiempo postrasplante. Por último la supervivencia condicional es 8.1 años.**Conclusiones.** Los resultados del Programa de Trasplante Cardíaco de la Clínica Cardiovascular Santa María con relación a la supervivencia y las complicaciones tardías, son similares a los reportados por la Sociedad Internacional de Trasplante de Corazón y Pulmón.

**C-34****PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: HIPOXEMIA REFRACTARIA ASOCIADA A TROMBOSIS DE LA VÁLVULA MECÁNICA TRICÚSPIDE, MANEJADA CON TROMBÓLISIS****MENDOZA FERNAN, JARAMILLO C.***Fundación Abood Shaio, Bogotá - Colombia***Palabras clave.** Hipoxemia, válvula mecánica, trombólisis.**Objetivos.** Introducción: Debemos sospechar la trombosis de una válvula protésica, por la presencia de disnea, falla cardíaca o episodios embólicos. Describimos el caso de una paciente con válvulas mecánicas mitral y tricúspide que consultó por disnea, e hipoxemia refractaria al suministro de oxígeno. Se diagnosticó trombosis de la válvula tricúspide por ecocardiograma transesofágico, y luego manejada con trombólisis.**Diseño del estudio.** Presentación de un caso**Lugar del estudio.** Fundación Abood Shaio**Pacientes.** Caso clínico: paciente femenina de 51 años con válvulas mecánicas mitral y tricúspide, por fiebre reumática, marcapasos por bloqueo AV completo y fibrilación auricular, que consultó por disnea e hipoxemia (SpO<sub>2</sub> 75%) refractaria a la administración de oxígeno. Inicialmente se realizó un ecocardiograma transtorácico que reportó que las válvulas no presentaban gradientes elevados. Se realizó dipiridamol isontrilos (normal), angiotac pulmonar (normal), por persistencia de los síntomas se decide realizar un ecocardiograma transesofágico, que reportó trombosis de la válvula tricúspide, con aumento en la presión de la aurícula derecha, foramen oval permeable, septum interauricular desplazado a la izquierda y corto circuito de derecha a izquierda. Se manejo con alteplasa 100 mg en dos horas, a los 15 minutos de la administración la saturación pasa de 75% a 94% con desaparición de los síntomas.**Intervenciones.** No**Mediciones.** No**Resultados.** Discusión: Se presenta el caso de una paciente con hipoxemia refractaria al oxígeno, dentro de los estudios realizados el ecocardiograma transesofágico reportó trombosis de la válvula protésica y cortocircuito de derecha a izquierda por el foramen oval permeable. Las guías del ACCP 8ª edición, establecen que para las trombosis de válvulas del lado derecho y clase funcional III - IV, se recomienda la administración de terapia fibrinolítica; un regimen con alteplasa es dosis total de 100 mg en 90 minutos ( 10 mg en bolo y 90 mg en 90 minutos) fue utilizado, con mejoría y desaparición de la hipoxemia.**Conclusiones.** Una de las manifestaciones a tener en cuenta cuando hay trombosis de la válvula tricúspide, es la presencia de disnea e hipoxemia. La trombólisis es el tratamiento de elección, para las trombosis de las válvulas del lado derecho.

**C-35****VARIACIONES EN PATRONES DE PRÁCTICA Y RESULTADOS EN UNA COHORTE REPRESENTATIVA DE PACIENTES ADMITIDOS POR FALLA CARDIACA EN DIFERENTES HOSPITALES UNIVERSITARIOS**

*González Carlos Alfonso, Barajas JS, Cañón W, Gómez E, Delgado A, Villar JC*

*Hospital Universitario de Santander (Bucaramanga, Colombia), Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C. - Colombia*

**Palabras clave.** Falla cardiaca, prescripción, estancia hospitalaria, rehospitalización, mortalidad

**Objetivos.** Determinar la tasa de prescripción de medicamentos con probada eficacia en falla cardiaca y los resultados finales al egreso en dos hospitales universitarios

**Diseño del estudio.** Cohorte retrospectiva

**Lugar del estudio.** Hospital Universitario de Santander - Bucaramanga (HUS) y Hospital Universitario Clínica San Rafael - Bogotá (HCSR)

**Pacientes.** 237 pacientes mayores de 18 años, hospitalizados por falla cardiaca (codificación CIE-10) entre 2006-2008 seleccionados por muestreo aleatorio y estratificado

**Intervenciones.** Ninguna

**Mediciones.** Demografía y fracción de eyección (FE) al ingreso; estancia hospitalaria; medicamentos prescritos y estado vital al alta

**Resultados.** En esta cohorte (edad media 69.2, DE: 13.9 años; 55.3% hombres) 168 pacientes (70.8%) registraron FE al ingreso y (79) 33.3% al menos una rehospitalización, con tiempo medio inter-hospitalización de 2.23, DE: 6.5 meses. Los medicamentos más prescritos al egreso fueron: furosemida (70,9%); enalapril (56,9%); metoprolol (36,3%) espironolactona (34,6%). La mediana de estancia hospitalaria fue 4 días. Pese al similar estado clínico (FE media 32.6 HUS y 32.5 HCSR), se observó estancia más corta en el HUS (<2 días en 40.4% vs 23.4% en HCSR,  $p<0.01$ ), prescripción menor a dos medicamentos al egreso (42.5% HUS vs 23.8% HCSR,  $p=0.01$ ) y mortalidad de 14.2% (17.6% HUS vs 10.5% HCSR,  $p=0.18$ )

**Conclusiones.** Este estudio demuestra la necesidad de comprender mejor el origen de las variaciones en el tratamiento y los resultados clínicos en falla cardiaca más allá de las características clínicas de los pacientes atendidos.

**C-36****ENFERMEDADES PLAQUETARIAS DIAGNOSTICADAS POR AGREGOMETRIA****ROMÁN-GONZÁLEZ ALEJANDRO, RUA C, LONDOÑO J, ÁLVAREZ ML, TORRES JD, TOBON LI***Grupo Trombosis, Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín - Colombia***Palabras clave.** Tromboastenia de Glanzmann, Bernard Soulier, plaquetas, agregometría**Objetivos.** Reportar las características agregométricas de tres enfermedades plaquetarias y sus características clínicas en una población de 118 pacientes**Diseño del estudio.** Estudio de cohorte**Lugar del estudio.** Laboratorio Hematología Adultos – Universidad de Antioquia**Pacientes.** 110 controles sanos, 118 pacientes remitidos por coagulopatías**Intervenciones.** Agregometría plaquetaria**Mediciones.** Agregometría

**Resultados.** La Enfermedad de von Willebrand (EvW), El síndrome de Bernard Soulier (SBS) y la tromboastenia de Glanzmann (TG), son producidas por anomalías en la función plaquetaria y cursan con hemorragias mucocutáneas, equimosis superficiales y espontáneas, capaces de causar anemia y requerir transfusiones. El recuento plaquetario suele ser normal o presentar una leve trombocitopenia (SBS); el tiempo de sangría está prolongado y la prueba diagnóstica es la agregometría plaquetaria. La EvW y el SBS son causadas por la deficiencia del Factor de von Willebrand y de la GPIIb/IX, respectivamente, quienes son los responsables de la adhesión plaquetaria al endotelio vascular. Además del tiempo de sangría alargado, la agregación plaquetaria es normal con los agonistas: ADP, colágeno y epinefrina y anormal con ristocetina. El diagnóstico diferencial de estas entidades es basado en la presencia de macroplaquetas en el extendido de sangre periférica, la leve trombocitopenia y la medición del factor de vW normal en SBS mientras que EvW las plaquetas son normales cuantitativa y morfológicamente y el Factor de von Willebrand disminuido. La TG es causada por defectos en la glucoproteína IIb/IIIa, necesaria para la agregación plaquetaria. Se diagnostica cuando hay ausencia de agregación con todos los agonistas a excepción de la ristocetina, que es normal y un tiempo de sangría alargado sin trombocitopenia. Se estudiaron 118 pacientes remitidos por sospecha de enfermedades plaquetarias basados en la presencia de las características clínicas descritas y se les realizó una agregometría plaquetaria entre el año 2006 y el 2008. Se encontraron 2 casos de SBS (1.7%) (1 hombre y una mujer), 5 casos de TG (4.2%) (80% sexo femenino, 20% sexo masculino) y 2 casos de EvW (1.7%), ambas de sexo femenino. La prevalencia de enfermedades plaquetarias es de 7.6%. No se encontraron casos en los controles sanos

**Conclusiones.** Las enfermedades plaquetarias son poco comunes en nuestro medio, las características clínicas y epidemiológicas son similares a las descritas en la literatura y la agregometría plaquetaria es una herramienta fundamental en el diagnóstico apropiado de estos casos.

**C-37****INCIDENCIA DE NEFROPATÍA INDUCIDA POR MEDIO DE CONTRASTE POSTERIOR A CATETERISMO CARDÍACO URGENTE****ZARATE JUAN CARLOS, LOMBO B , RODRÍGUEZ A , CARVAJAL C***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Nefropatía , medio de contraste , cateterismo**Objetivos.** Determinar la incidencia de nefropatía inducida por medio de contraste posterior a cateterismo cardíaco urgente en pacientes del servicio de Hemodinamia de un hospital de tercer nivel**Diseño del estudio.** Estudio de incidencia**Lugar del estudio.** Fundación Santa Fe de Bogotá**Pacientes.** 376 pacientes que ingresaron para cateterismo cardíaco urgente entre años 2003 - 2007**Intervenciones.** Se revisó la historia clínica y base de datos del servicio de hemodinamia, definiendo nefropatía por medio de contraste el aumento absoluto mayor a 0.5 mg/dl o relativo mayor al 25% de creatinina sérica comparado con basal, dentro de las 24 a 48 horas después de exposición a medio de contraste**Mediciones.** Ingresaron 376 pacientes de los cuales 149 pacientes tenían una creatinina previa al procedimiento y una segunda creatinina dentro de las siguientes 48 horas, 62% de los pacientes eran mayores de 60 años, 48,3% Infarto Agudo de miocardio con elevación ST, 17,4% diabetes, 50,3% hipertensión arterial, 3,4% falla cardíaca, en 85,2% se utilizó medio de contraste iónico, en 77,9% se empleó alguna estrategia de nefroprotección.**Resultados.** 8 pacientes (5.36%) desarrollaron nefropatía inducida por medio de contraste, con una incidencia de 0.05, de estos 37.5% tenían una edad superior a 70 años, diabetes 37.5%, hipertensión arterial 75%. Inestabilidad hemodinámica 25%, insuficiencia renal previa 37.5%, angina inestable 75%, uso de medios de contraste iónico 85.7% y hematocrito < 39% en hombres 28.6%**Conclusiones.** Se encontró una incidencia baja de nefropatía por medio de contraste en esta población, un gran porcentaje de pacientes que son sometidos a cateterismo cardíaco urgente en nuestro medio no se les realiza el seguimiento necesario para determinar el desarrollo de nefropatía por medio de contraste

**C-38****FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES CON INFARTO****VALLEJO FRANCO, ORTIZ JC, FRANCO G***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín - Colombia***Palabras clave.** Infarto, sexo femenino, factor de riesgo**Objetivos.** Analizar la presencia de los factores de riesgo cardiovascular tradicional y no tradicional en mujeres con infarto agudo de miocardio con ST (IAMST).**Diseño del estudio.** Corte transversal en pacientes que egresaron con diagnóstico IAMST, en el periodo comprendido entre enero de 2001 y junio de 2008; en el que se evalúa la presencia de factores de riesgo cardiovascular de acuerdo al sexo.**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín, Colombia**Pacientes.** 2836 pacientes con diagnóstico de IAMST a la CCSM.**Intervenciones.** Tratamiento farmacológico apropiado y revascularización coronaria (percutánea o quirúrgica) de acuerdo a evaluación**Mediciones.** Edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular y mortalidad**Resultados.** Se analizaron 2836 pacientes que presentaron IAMST 773(34.2%) mujeres, murieron durante la hospitalización 80(10,3%) mujeres y 106(7.1%) hombres  $p=0.008$ ; la edad en mujeres  $64,95\pm 12,84$  años y en hombres  $59,26\pm 12,77$  años  $p=0.000$ ; se presentó HTA en 459(59.4%) mujeres y 718(48,2%) hombres  $p=0,000$ ; dislipidemia en 271(35,1%) mujeres y 490(32,9%) hombres  $p=0.300$ ; DM en 140(18,1%) mujeres y 190(12,8%) hombres  $p=0,001$ ; tabaquismo 163(21,1%) mujeres y 405 (27,2%) hombres  $p=,002$ ; obesidad 14(1,8%) mujeres y 36 (2,4%) hombres  $p=,353$ ; Alcoholismo 4 (0,5%) mujeres y 17 (1,1%) hombres  $p=,142$ ; Hipotiroidismo 59 (7,6%) mujeres y 22 (1,5%) hombres  $p=0,000$ ; ; fueron a cirugía 88 (11,4%) mujeres y 179 (12,0%) hombres  $p=0,660$ , estancia hospitalaria: mujeres  $6,79\pm 6,79$  días y hombres  $6,73\pm 6,79$  días  $p=0.841$ **Conclusiones.** En el grupo de pacientes con IAMST se encontró que la relación entre la presencia de factores de riesgo es diferente a la población general tomada de la encuesta nacional de salud 2007, HTA y DM son mas prevalentes en hombres en la población general y en mujeres con IAMST y obesidad es más prevalente en mujeres en la población general y en hombres con IAMST, por lo que se concluye que algunos factores de riesgo en la mujer confiere peor pronóstico para el desarrollo de IAMST

**C-39****IMPACTO EN MORBI MORTALIDAD DEL TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST**

SAÉNZ GLORIA, FRANCO G, DÍAZ LM, RUIZ LM, TRUJILLO PA

*Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín - Colombia*

**Palabras clave.** Inicio de síntomas, infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, morbi-mortalidad

**Objetivos.** Evaluar el impacto en la presencia de complicaciones y muerte del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y el momento de ingreso al servicio de Urgencias en pacientes con Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST (IAMST)

**Diseño del estudio.** Estudio prospectivo de corte transversal con análisis tipo casos y controles en el que se evalúan comparativamente las complicaciones y mortalidad en dos grupos de pacientes acorde al tiempo de inicio de síntomas.

**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín, Colombia

**Pacientes.** Pacientes que acudieron al servicio de Urgencias de la Clínica Cardiovascular Santa María, con diagnóstico de egreso de IAMST y a los que se les interrogó acerca del tiempo en que iniciaron los síntomas

**Intervenciones.** Tratamiento farmacológico apropiado y revascularización coronaria (percutánea o quirúrgica) de acuerdo a evaluación

**Mediciones.** Variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, tiempo entre el inicio de los síntomas y el ingreso al servicio de urgencias, complicaciones

**Resultados.** 112 pacientes edad  $61,19 \pm 12,88$  años, entre 37 y 88 años, 76(67,9%) sexo masculino. Factores de riesgo: HTA 61(54,5%), DM 25(22,3%), dislipidemia 48(42,9%), Tabaquismo 51(45,5%), Historia Familiar 33(29,5%), Revascularización previa 30(26,8%), ECV previo 5(4,5%) Medicamentos: BBloqueadores 41(36,6%), IECAS 42(37,5%), nitratos 69(61,6%), ASA 92(82,1%), Calcio Antagonistas 3(2,7%), diuréticos 11(9,8%) El tiempo de evolución de síntomas del IAM fue  $24,98 \pm 53,35$  horas con una mediana de 8 horas, los valores estuvieron entre 0 y 360 horas, el inicio de síntomas en hombres  $20,21 \pm 36,90$  horas y mujeres  $35,06 \pm 77,16$  horas  $p=0,037$  Para el análisis de la correlación entre el tiempo de inicio de síntomas y eventos adversos se dividió el grupo en dos: Grupo 1 Pacientes con 6 horas y menos de evolución 55 pacientes y Grupo2 pacientes > 6 horas de evolución 57 pacientes, se analizó la correlación entre el grupo las principales complicaciones y muerte; IAM ST 4(7,3%) en el grupo1 y 7(12,3%) en el grupo2  $p=0,373$ ; trombosis post ACTP, 7(12,7%) en el grupo 1 y 4(7,0%) en el grupo2  $p=0,310$ ; Revascularización Qx 9(16,4%) en el grupo 1 y 10(17,5%) en el grupo2  $p=0,868$ ; ACV 1(1,8%) en el grupo1 y 0(0%) en el grupo2  $p=0,306$ , mala función ventricular (<49%) 20(36,4%) en el grupo1 y 23(40,4%) en el grupo2  $p=0,772$ ; mortalidad 3(5,5%) en el grupo1 y 7(12,3%) en el grupo2  $p=0,205$

**Conclusiones.** Conclusiones: Aunque no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se observa un mayor porcentaje de complicaciones en el grupo de mayor tiempo de inicio de síntomas, sería necesario ampliar el tamaño de la muestra para llegar a conclusiones más contundentes

**C-40****HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS ASOCIADOS CON CARDIOEMBOLIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO****RODRÍGUEZ JAIME, GUERRERO F, BOHÓRQUEZ R***Hospital Universitario San Ignacio Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Cardioembolia, ecocardiograma transesofágico**Objetivos.** Describir los hallazgos ecocardiográficos mas frecuentemente asociados en pacientes con cardioembolia cerebral**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Unidad de Cardiología Hospital Universitario San Ignacio**Pacientes.** 275 Ecocardiogramas Transesofágicos realizados a pacientes hospitalizados entre Ene 2007 y Dic 2007**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Se considera que el 20% de los ECV tienen fuente cardiaca, en donde el ETE permite detección de cardioembolia en más del 50%, cuyo material embólico más frecuente es trombo y su riesgo tromboembólico varía con el substrato embolígeno. En un total de 275 ecocardiogramas transesofágicos, 196 (71%) fueron realizados por sospecha de cardioembolia y 179 (65%) en la presencia de ECV, en los cuales se evaluaron múltiples variables: edad, sexo, foramen ovale permeable, aneurisma del septum interauricular (ASA), dilatación auricular izquierda, contraste espontaneo, trombo intracavitario, fibrilación auricular, disfunción sistólica, placas aórticas complejas y calcificación válvula r; con los resultados que se describen a continuación.**Resultados.** En los 179 pacientes (65%) en los que se realizó ecocardiograma transesofágico en presencia de ECV, se encontró ECV novo:144 ptes (80%), ECV recurrente:35 ptes (20%), ECV en hombres: 92 (51%), grupo de edad mas frecuente entre 61-75 años con el 39% y los hallazgos del ecocardiograma: calcificación válvula r 112 (63%), dilatación auricular izquierda 81 (45%), FOP 70 (39%), ASA 30 (17%), FOP y ASA 23 (13%), contraste espontaneo 16 (8.9%), trombo intracavitario 12 (6.7%), fibrilación auricular 8 (4.4%), placas aórticas complejas 7 (3.9%) y FEVI < 40% 5 ptes(2.8%). Los hallazgos estadísticamente mas significativos asociados con cardioembolia fueron: calcificación válvula r OR:1.98 IC:(1.1-3.3) p=0.007, ASA asociado a calcificación válvula r OR:7.9 IC:(1.7-36) p=0.005 y ASA OR: 2.56 IC: (1.0-6.75)**Conclusiones.** Podemos concluir que el ecocardiograma TE es una herramienta útil en el diagnóstico de cardioembolia, siendo la indicación de solicitud mas frecuente y en donde la calcificación válvula r es el hallazgo mas frecuentemente asociado y con mayor significancia estadística e igualmente la presencia de aneurisma del septum interauricular.

**C-41****FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SÍNDROME METABÓLICO EN COHORTE DE MUJERES HIPERTENSAS DE CARTAGENA, BOLÍVAR****PAILLIER J, PATERNINA AJ, ROMERO AM***Universidad de Cartagena - Colombia***Palabras clave.** Factores de riesgo, hipertensión, mujeres.**Objetivos.** Determinar los factores de riesgo cardiovascular en una población hipertensa.**Diseño del estudio.** Estudio observacional descriptivo, a partir de la base de datos del proyecto "Riesgo cardiovascular global en una población hipertensa de la ciudad de Cartagena", registrado en la Universidad de Cartagena.**Lugar del estudio.** Pacientes hipertensas atendidas en consulta externa en una IPS local.**Pacientes.** Mujeres hipertensas de 25 a 64 años. Se excluyeron pacientes con enfermedad aguda o crónica que altere los niveles de laboratorio o determinación de los factores de riesgo cardiovascular.**Intervenciones.** A través de médicos de la IPS local se tomaron las encuestas entre enero a marzo de 2008**Mediciones.** Se determinaron los diferentes factores de riesgo, El síndrome metabólico (SM) se definió según ATP-III. Los exámenes de laboratorio se hicieron con ayuna de 8 horas en el laboratorio de referencia de la IPS local. Se analizaron mediante SPSS 15.0.**Resultados.** Se estudiaron 141 mujeres hipertensas. Los factores de riesgo en orden de frecuencia fueron: índice cintura-cadera >85 (95%), diabetes (33%), TG > 150 mg/dL (33%), obesidad y obesidad mórbida (29,1%), HDLc <40 mg/dL (22%), tabaquismo (16%), enfermedad coronaria (7,8%), enfermedad arterial periférica (1,4%), enfermedad carotídea sintomática (0%) y aneurisma de la aorta abdominal (0%). El 15,7% de las pacientes presentaban SM. La media en la población de TG, HDLc, LDLc y No 70,51 mg/dL $\pm$ 43,42) y 145( $\pm$ 43,19), 122( $\pm$ 69,33), 50( $\pm$ HDLc fue de 143) respectivamente.**Conclusiones.** Tabaquismo, HDLc bajo fue menor que en otros estudios poblacionales de no hipertensos. En otros estudios se encontró menor hipertrigliceridemia y LDLc comparadas con este. La diabetes fue mucho más prevalente en esta población. La obesidad tuvo una prevalencia similar a otros estudios en no hipertensos.

**C-42****PRESENTACIÓN DE CASO: DOLOR TORÁCICO CON CORONARIAS SANAS  
“SÍNDROME X”****RENDÓN IVÁN, ZUÑIGA C, CONTRERAS F, RESTREPO J, PINTO R, LOMBO B, PALACIO C***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. -Colombia*

**Palabras clave.** Síndrome X, angina microvascular, isquemia microvascular, disfunción endotelial, dolor torácico.

**Objetivos.** Reporte de caso Paciente de 69 años, femenino, con antecedentes previos de hipertensión arterial y dislipidemia con control adecuado. Consulta al servicio de urgencias, por cuadro clínico de 30 minutos de evolución de dolor torácico de características opresivas de intensidad 9/10 irradiado a mandíbula. Al examen físico hemodinámicamente estable, saturación de oxígeno 96% a FIO<sub>2</sub> 21%, examen físico normal, se realiza electrocardiograma el cual muestra infradesnivel de 1mm en cara inferior. Placa de tórax: Normal, se inicia manejo anti-isquémico y anti-agregante. Se solicitan CPK-MB: 20, CPK total: 41.5, troponina I: 0.009. Control a las 6 horas troponina: 11.72, se diagnostica infarto agudo de miocardio sin elevación del ST de cara inferior. Ecocardiograma transtorácico: Sin alteración en la contractibilidad segmentaria, fracción de eyección: 57%. Arteriografía coronaria, reporta: Coronaria derecha sin lesiones, coronaria izquierda y circunfleja sin lesiones, función ventricular normal. Se descarto embolismo pulmonar, reflujo gastroesofágico y osteocondritis como causa de dolor torácico o explicación de su cuadro clínico. Se diagnostica enfermedad microvascular coronaria “síndrome X”.

**Discusión.** Paciente quienes ingresan al servicio de urgencias con dolor torácico y electrocardiograma sugestivo de síndrome coronario agudo, con marcadores positivos para isquemia y que son llevados a arteriografías coronarias sin evidencia de compromiso obstructivo, son un reto para el clínico debido a que se enfrentan con una patología en el que el compromiso es a nivel microvascular, llevando a cambios en el tratamiento y a su vez en el pronóstico a futuro, lo cual a sido llamado síndrome X, el cual se define como una angina que se genera por una disfunción endotelial que reduce la biodisponibilidad endógena del óxido nítrico y un incremento de la endotelina.

**C-43****DIAGNÓSTICOS CARDIOVASCULARES MÁS COMUNES CON  
ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON  
EVENTOS CEREBRO VASCULARES EMBÓLICO**

ESCOBAR CARLOS IGNACIO, SÁENZ G, TENORIO LF, JARAMILLO M, LÓPEZ F, DURANGO LF, MOLINA C,  
ARANGO AM, RAMÍREZ M

*Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín - Colombia*

**Palabras clave.** ECV, ecocardiografía trasesofágica, diagnóstico

**Objetivos.** Evaluar los factores de riesgo y diagnósticos más comunes en pacientes con eventos cerebro vasculares (ECV) a los que se les realizó ecocardiografía trasesofágica (ETE)

**Diseño del estudio.** Trabajo de corte transversal prospectivo en el que se analizaron los pacientes con ECV hospitalizados en la Clínica Cardiovascular Santa María desde enero desde el año 2000 hasta junio de 2008 que se estudiaron con ETE.

**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín, Colombia

**Pacientes.** Pacientes con ECV de posible origen embólico cardiovascular, desde enero del año 2000 a junio del año 2008.

**Intervenciones.** Ecocardiografía trasesofágica

**Mediciones.** Se evaluaron las variables sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular y los diagnósticos más comunes en este grupo de **Pacientes**.

**Resultados.** Se estudiaron 176 pacientes, 89 mujeres (50.6%) y 87 hombres (49.4%), con una edad promedio de  $67.89 \pm 12.9$  años, 79% hipertensos, 44.9% fumadores, 58% dislipidémicos, 23% diabéticos, 14% estaban en fibrilación auricular. Los diagnósticos más comunes fueron: Ateromatosis aórtica 73%, Cardiopatía isquémica 36%, Esclerosis válvula r aórtica 17%, Contraste espontáneo en cavidades izquierdas 13%, Foramen ovale permeable 9.7%, calcificación del anillo mitral 6%, Trombos en cavidades izquierdas o aorta ascendente 5%, Hipertrofia lipomatosa del septum interauricular 4%.

**Conclusiones.** El diagnóstico que se encuentra más frecuentemente en este grupo de pacientes mayores de 55 años es la ateromatosis aórtica. -Le siguen cardiopatía isquémica, esclerosis válvula r aórtica, contraste espontáneo en cavidades izquierdas y foramen ovale permeable. -Los trombos en cavidades izquierdas o aorta ascendente que tienen una clara relación causa efecto con ECV aparecen en el 5% de los casos

**C-44****LETALIDAD EN PACIENTES CON IAM: FACTORES ASOCIADOS****ORTIZ URIBE JUAN CAMILO, VALLEJO FJ, FRANCO JARAMILLO G***Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín*

**Palabras clave.** Factores de riesgo, letalidad, calculadora de riesgo, infarto agudo del miocardio.

**Introducción.** La cardiopatía isquémica es la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo. Múltiples factores de riesgo se han estudiado; sin embargo, su prevalencia al momento del evento agudo varía según la población estudiada. El choque cardiogénico, insuficiencia cardíaca aguda, inestabilidad eléctrica o disfunción renal, añaden mal pronóstico y potencian la posibilidad de muerte. El objetivo del presente trabajo es evaluar los diferentes factores de riesgo que afectan la supervivencia hospitalaria de nuestros pacientes con diagnóstico de IAM y analizar en orden de importancia su contribución a la mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio de corte transversal en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST). Se analizaron dos grupos (sobrevivientes al IAM y fallecidos); se discriminaron para factores de riesgo presentes y su relación con mal pronóstico (muerte). Se buscó asociación entre los eventos adversos presentes durante el curso hospitalario y la tasa de mortalidad. Finalmente, se propone una calculadora que permite identificar el riesgo global.

**Resultados.** Se incluyeron 2263 pacientes, (65,84% hombres); edad (DE) 61.21 ± 13.1 años, con diagnóstico de IAMST. El 52.3% entre los 46 y 65 años y 11.3% menores de 45 años. La hipertensión arterial fue la comorbilidad que más se presentó; le siguen trastornos en los lípidos, diabetes mellitus y tabaquismo.

La mortalidad fue mayor en mujeres,  $p=0.008$ . La insuficiencia renal crónica también se asoció a mal pronóstico ( $p=0.001$ ). Pacientes con dislipidemia y fumadores fallecieron en menor proporción ( $p=0.002$  y  $0.001$ ). La insuficiencia renal aguda, OR 7.58 (95% CI, 2,12-27,12); arritmias benignas, OR 2,58 (95% CI, 1,64-4,06); disfunción ventricular, OR 4,86 (95% CI 2,28-10,32) y choque cardiogénico, OR 35,29 (95% CI 19,29-64,53) se relacionaron directamente con mortalidad.

**Análisis de resultados.** El género femenino, la insuficiencia renal aguda y crónica, arritmias benignas, disfunción ventricular y choque cardiogénico, fueron los factores que más fuertemente se asociaron a mortalidad. Esto puede dar información valiosa para estratificar nuestros enfermos e implementar estrategias de prevención efectivas que disminuyan la mortalidad por esta enfermedad.

**C-45****VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA COMO VARIABLE PRONÓSTICA DE MORBI-MORTALIDAD EN LA FASE AGUDA (INTRAHOSPITALARIA) DEL INFARTO DEL MIOCARDIO**

**RUEDA OCHOA OSCAR L<sup>1,3</sup>, MENDOZA CASTELLANOS A<sup>2</sup>, MENDONZA HERRERA T<sup>1,5</sup>, VARGAS DÍAZ LM<sup>1,6</sup>, ZAMBRANO N<sup>1,7</sup>, MORILLO C<sup>8</sup>, ALVAREZ A<sup>1,4</sup>, OROZCO LC<sup>7</sup>, VÁSQUEZ S<sup>1,4</sup>, SILVA EN<sup>1</sup>, ANAYA I<sup>1</sup>, BAUTISTA L<sup>2</sup>, MUÑOZ R<sup>2</sup>, MARTÍNEZ V<sup>2</sup>, GÓMEZ M<sup>2</sup>, LÓPEZ E<sup>2</sup>**

1. Grupo de Electrocardiografía, Universidad Industrial de Santander – UIS
2. Grupo De Ingeniería Biomédica, Universidad Industrial de Santander – UIS
3. Departamento de Ciencias Básicas, Universidad Industrial de Santander – UIS
4. Residente Departamento de Medicina Interna, Universidad Industrial de Santander – UIS
5. Estudiante, Magíster en Epidemiología, Universidad Industrial de Santander – UIS
6. Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander – UIS
7. Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander – UIS
8. Unidad de Arritmias y Electrofisiología, Universidad Industrial de McMaster – Canadá

**Palabras clave.** Infarto del miocardio, pronóstico, variabilidad de la frecuencia cardíaca, estudio de cohortes.

**Objetivo General.** Evaluar la asociación de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) como factor pronóstico de morbi-mortalidad en pacientes en fase aguda (intra-hospitalaria) de un infarto del miocardio (IAM).

**Diseño.** Estudio de cohorte concurrente.

**Población del estudio.** Se incluyeron 173 pacientes con primer episodio de IAM atendidos entre el 1º de abril de 2003 y el 31 de diciembre del 2007. Se excluyeron pacientes diabéticos y con patología con afección del sistema nerviosos autónomo.

**Comparaciones.** VFC en pacientes con desenlace (Morbi-mortalidad) vs. Estas variables en pacientes sin desenlace.

**Desenlaces.** Mortalidad súbita, mortalidad no súbita, angina post-IAM, reinfarto, arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca y complicados vs. no complicados.

**Metodología.** La VFC se midió en tres ocasiones consecutivas por espacio de 5 minutos cada una, en las primeras 12 horas de ingreso del paciente al servicios de urgencia. Se utilizó el equipo Biopac MP35 para el registro digital del electrocardiograma. El procesamiento y análisis de la señal fue realizado con el Software Prognostic AMI 2.0.

**Seguimiento.** La totalidad de los pacientes incluidos fue seguida desde su ingreso al servicio de urgencias hasta su egreso hospitalario y se evaluó la presencia o no de algún desenlace.

**Análisis estadístico.** Para las variables cuantitativas se utilizaron medias con desviación estándar, para las proporciones cualitativas. Las diferencias se evaluaron con t test y chi cuadrado según el caso. Se realizó un análisis bivariado cuyos resultados se mostraron con Riesgos Relativos e intervalos de confianza del 95%. Se realizó un análisis de sobrevida utilizando las curvas de Kaplan Meier y evaluando diferencias por medio log – rank test.

**Resultados.** Se incluyeron 173 pacientes con primer IAM. Con edad promedio de 63,11 años (rango entre 28-96). 55,5% (n: 96) con IAM de cara anterior. El promedio de fracción de eyección fue de 43,8% (SD:14,52%). Los desenlaces encontrados fueron: angina Post-IAM (41,04%), Insuficiencia cardíaca (20,81%), arritmia cardíaca (15,61%), muerte no súbita (6,36%), muerte súbita (3,47%) y reinfarto en 2,3%. Para insuficiencia cardíaca, una fracción de eyección <40% mostró un RR 3,26 (IC95% 1,76 – 6,04), una edad mayor de 65 años con RR: 1,89 (IC95% 1.01-3.53), valores bajos de de HF con RR 2,36 (IC95% 1,1-5,06) LF RR 2,36 (IC95% 1,1-5,06) y LFnu RR: 2,76 (IC95% 1.15-6,63) y para el desenlace de arritmia cardíaca bajos valores de MDARR RR:0.25 (IC95% 0,11-0,57), MRR RR 0,27 (IC95% 0,12-0,62) y PNN50 RR: 0,35 (IC95% 0,16-0,75) se asociaron de manera significativa como factor protector.

**Conclusiones.** Valores bajos de HF, LF y LFnu se asocian significativamente con el desenlace de insuficiencia cardíaca. Por el contrario, valores bajos de MDARR, MRR y PNN50 son protectores para el desenlace de arritmias cardíacas en la fase aguda de un infarto del miocardio, La VFC no se encontró asociada a los otros desenlaces como: muerte súbita y no súbita, angina post-infarto, reinfarto y complicaciones globales.

**C-46****ESTUDIO TRANSVERSAL PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PRESENTES EN LA POBLACIÓN RURAL Y URBANA DE COLOMBIA**

LÓPEZ-JARAMILLO PATRICIO, GARCÍA RG, CAMACHO PA, REYES LM, RINCÓN MY, DUEÑAS RE, HERNÁNDEZ E, PÉREZ M, FERNÁNDEZ S, NARVÁEZ C, MOLINA DI, CHACÓN JA

*Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca – Santander*

**Palabras clave.** Urbanización, factores de riesgo cardiovascular, hiperglicemia, factores psicosociales.

**Introducción.** Se ha propuesto que la epidemia de enfermedades cardiovasculares y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes en países de bajos y medianos ingresos en las últimas décadas están asociados a cambios en los estilos de vida y en transiciones psicosociales secundarias a un acelerado proceso de urbanización.

**Objetivo.** Determinar el impacto de la urbanización sobre la presentación de factores de riesgo cardiovascular en población colombiana.

**Métodos.** Estudio de corte transversal analítico que incluyó hombres y mujeres entre 35 a 70 años seleccionados aleatoriamente del área rural y urbana de 4 regiones del país (Cundinamarca, Santander, Caldas, Cauca). Se aplicaron cuestionarios estructurados para recolectar información acerca del historial médico y factores de riesgo de los participantes. Adicionalmente, se determinaron medidas antropométricas y variables hemodinámicas, así como la cuantificación de glicemia en ayunas.

**Resultados.** Se incluyeron 2615 individuos, 1273 (48.68%) sujetos del área rural y 1342 (51.32%) de la población urbana. Las mujeres provenientes del área urbana presentaron un valor de glicemia en ayunas y un valor de presión arterial sistólica significativamente más elevados que aquellas del área rural ( $p=0.0001$ ). En los hombres del área urbana la presión arterial diastólica, el índice de masa corporal y la glicemia en ayunas fueron mayores comparados con la población rural. ( $p=0.0001$ ). Al realizar un modelo de regresión logística, la urbanización se asoció de manera independiente con una glicemia mayor a 100 mg/dl (OR=1.81%).

**Conclusión.** En la población colombiana la urbanización se encuentra asociada a un mayor riesgo de presentar una glicemia alterada en ayunas, independiente de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular clásicos.