

## **E-pósters**

### **0179 - OBSERVACIONES PRAGMATICAS A PARTIR DEL REGISTRO DE EVALUACION CARDIOLOGICA POST-COVID-19. PARTE 2: VALOR DIAGNOSTICO DE LA HISTORIA CLINICA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Covid-19*

*Unidad Temática 2: Cardiología Clínica*

**RUIZ, Graciela Aurora** | MAKHOUL, Silvia Susana | CARNUCCIO, María Teresa | MANGARIELLO, Brenda | DR GAYET, Enrique | SALZBERG, Simón Mario | GITELMAN, Patricia Carmen | SUAREZ, Ana

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

**Introducción:** Al inicio de la pandemia por COVID-19 no se contaba con guías relacionadas con la evaluación cardiológica adecuada post-COVID. Se sugirió realizar un examen cardiológico básico, seguido por otros métodos diagnósticos si fueran necesarios, aún en pacientes (ptes) jóvenes ó con COVID-19 leve. En el informe previo observamos hallazgos cardíacos "de novo" (HDN) en 25% de la población evaluada post-COVID-19 a partir de los 30 días del alta.

**Objetivos:** Evaluar el valor diagnóstico de la historia clínica (HC) para el diagnóstico de HCD post- COVID-19.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron ptes post- COVID-19 confirmado por PCR positiva. El examen cardiológico consistió en entrevista presencial, examen físico, ECG, ecocardiograma y biomarcadores cardíacos. En la HC se recabaron datos demográficos y antropométricos, antecedentes, características de la etapa aguda de la infección y síntomas actuales. Se calcularon la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de datos de la HC.

	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo (+)	Valor predictivo (-)
Masculino	0,58	0,50	0,28	0,78
Etnia Caucásica	0,63	0,40	0,26	0,76
Cualquier Antec.	0,79	0,32	0,28	0,82
Cardiopatía Previa	0,23	0,87	0,37	0,77
Diabetes	0,29	0,89	0,46	0,79
EPOC	0,16	0,94	0,48	0,77
>= 2 factores riesgo	0,29	0,90	0,49	0,79
COVID leve	0,37	0,63	0,25	0,75
COVID grave	0,27	0,77	0,29	0,76
CC intra-COVID	0,34	0,87	0,47	0,80
Síntomas Cardiológicos	0,52	0,59	0,30	0,78
Disnea (Disf. VI)	0,61	0,75	0,16	0,96
Palpitaciones (Arritmia)	0,17	0,92	0,29	0,85

**Resultados:** Se evaluaron 246 ptes (edad: 52±13 años, 48% mujeres, 61% caucásicos, hospitalizados 79%, COVID leve 37%, grave: 24%). Tabla 1- CC intraCOVID= complicación cardiológica intra-COVID; disf. VI= disfunción del ventrículo izquierdo. De los 62 pts con HDN, el primer método diagnóstico cuyo resultado anormal llevó al diagnóstico final fue el interrogatorio en 33pts, el examen físico en 12, el ECG en 14, el ecocardiograma en 2 y el pro-BNP en 1.

**Conclusiones:** 1) Los datos de la HC mostraron una baja sensibilidad y escaso valor predictivo positivo. El antecedente de EPOC, diabetes y de CC intra-COVID (incluyendo TEP) fueron muy específicos. 2) Dentro de la secuencia clínica, el interrogatorio fue el primer método en despertar una sospecha en el 62% de los ptes con HCD.

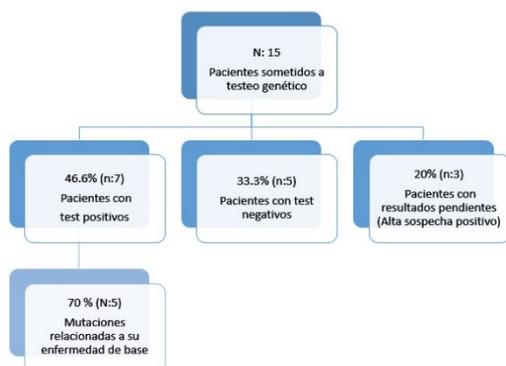
### **0266 - DESARROLLO DE UNA UNIDAD CARDIOGENÓMICA EN UN HOSPITAL PUBLICO DE CABA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

#### Hospital General de Agudos F. Santojanni

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) presentan factores de riesgo conocidos para su desarrollo. Sin embargo, existe un grupo de pacientes (P) que exceden el marco fisiopatológico y epidemiológico habitual, en los cuales las técnicas diagnósticas convencionales no son suficientes para abordar a una conclusión certera.



**Descripción:** En un Hospital de la CABA fue desarrollada una Unidad Cardiogenómica, multidisciplinaria. Se desarrolló una base de datos para la recopilación de la información obtenida. En un periodo de doce meses (abril 2021-2022) fueron seleccionados quince P que habían desarrollado ECV cumpliendo ciertos criterios epidemiológicos no habituales o sin causa definitiva para su desarrollo: ECV a edad temprana o antecedentes heredofamiliares de ECV a edad temprana, miocardiopatía dilatada de etiología incierta o sospecha de miocardiopatía hipertrófica sin filiación genómica determinada, arritmias complejas. Se realizó el testeo genético a través de una muestra de ADN humano obtenida de un hisopado bucal. Se analizó la secuencia, deleción y/o duplicación de diversos genes vinculados a desordenes genéticos con manifestación cardiovascular, agrupados en distintos paneles según la patología sospechada (Arritmias, Cardiomiopatías, Aortopatías), utilizando técnicas basadas en la hibridación molecular. Cerca de la mitad de los P (46,6%; n: 7) resultaron positivos para mutaciones genéticas patogénicas relacionadas con las patologías de base por las cuales fueron estudiados y que podrían justificar la etiología de las mismas. Asimismo, presentaron otras alteraciones génicas que hasta el momento no se asocian a manifestaciones clínicas. Los restantes (33,3%; n:5) obtuvieron resultados negativos con mutaciones inespecíficas no relacionadas con el cuadro clínico estudiado. Tres testeos se encuentran pendientes, en P con alta probabilidad de positividad debido a la fuerte sospecha de etiología genética.

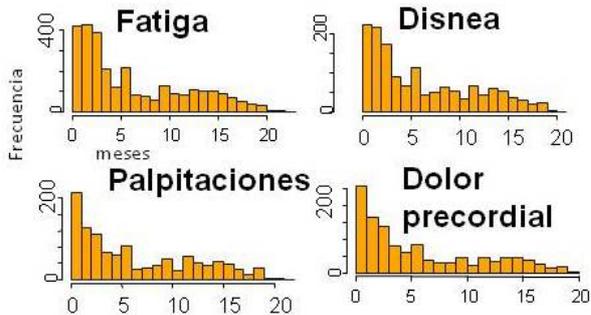
**Conclusiones:** La unidad cardiogenómica representa un nuevo concepto sobre el enfoque diagnóstico de la ECV. El diagnóstico genético asociado a los antecedentes y clínica del paciente permitiría clarificar la etiología de patologías de origen incierto. Asimismo, favorecería la implementación de terapéuticas tempranas y de estrategias de consejería genética familiar. La obtención y administración de los recursos necesarios para su desarrollo, representan un desafío a superar.

## 0294 - PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS CARDIORRESPIRATORIOS EN EL SÍNDROME POST-COVID19. RESULTADOS DE UN RELEVAMIENTO EN 4673 PROFESIONALES DE LA SALUD.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Covid-19*



**Introducción:** La pandemia ha tenido un gran impacto en los profesionales de la salud, tanto en términos de exigencias laborales como en la exposición al contagio. Las repercusiones de la enfermedad pueden implicar persistencia de síntomas y alteración de la calidad de vida.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de síntomas cardiorrespiratorios en el síndrome post-COVID19, su duración y severidad.

**Materiales y Métodos:** A través de la red social Intramed se efectuó un relevamiento, abierto y anónimo, de profesionales de la salud que habían padecido COVID19 confirmado por PCR. Se interrogó sobre aspectos demográficos, laborales, 21 síntomas específicos post-COVID (evaluados en severidad y duración), implicancias sobre el retorno al trabajo, estudios aplicados y medicación requerida. En este reporte se informará sobre los síntomas de la dimensión cardiorrespiratoria: fatiga, disnea, palpitaciones, dolor precordial y sus implicancias. La duración se expresará en meses (mediana e intervalo intercuartilo). La disnea y la fatiga se clasificaron de 1 a 4 en niveles de severidad progresiva.

**Resultados:** Se contó con la participación de 4673 profesionales de la salud, el 64,2% fueron mujeres y la mediana de edad de  $47.8 \pm 11.8$  años. La mayoría de los profesionales eran médicos/as (67,5%) o enfermeros/as (11,5%). La fatiga fue el síntoma referido con mayor frecuencia – 3133 p – (67%), con una duración de 4 meses (2-10). La severidad fue 1 en el 33,4%, 2 en el 38%, 3 en el 21,8% y 4 en 6,7%. La disnea se presentó en 1614 casos (34,5%), con una duración de 4,5 meses (2-10), y la severidad fue 0-1 en el 42,7%, 2 en el 11%, 3 en el 43,8% y 4 en 2,4%. Refirieron dolor precordial 1378 p (29,7%) con una duración de 4 meses (2-10) y palpitaciones 1553 p (33,3%) con una duración de 5 meses (2-12). En el análisis univariado los cuatro síntomas se asociaron entre sí en forma significativa. En el análisis multivariado incluyendo el resto de los síntomas, edad y sexo, la fatiga se asoció fuertemente con la disnea (OR 6,3; IC 4-8,9), no así con palpitaciones ni dolor precordial. La fatiga se asoció también con mialgias (OR 1,6; IC 1,1-2,2), problemas de memoria (OR 1,5; IC 1,1-2,1), lentitud (OR 1,9; IC 1,3-2,8), insomnio (OR 1,4; IC 1,1-2), ansiedad (OR 1,9; IC 1,3-2,9) y depresión (OR 1,6; IC 1,3-2,9). La disnea se asoció también con dolor precordial (OR 1,5; IC 1-2,4) y mialgias (OR 2,2; IC 1,4-2,1). El dolor precordial se asoció adicionalmente con palpitaciones (OR 2,8; IC 2,2-3,6), cefaleas (OR 1,5; IC 1,1-1,9), mialgias (OR 1,5; IC 1,1-2,1) y tos (OR 1,7; IC 1,3-2,2). Las palpitaciones se asociaron adicionalmente con mareos (OR 1,7; IC 1,1-3) y ansiedad (OR 1,7; IC 1,2-2,5). Los cuatro síntomas se asociaron en el análisis multivariado con la necesidad de estudios (electrocardiograma, monitoreo ambulatorio Holter, ecocardiograma, espirometría), con la posibilidad de nuevas internaciones y con mayores días de licencia.

**Conclusiones:** los síntomas cardiorrespiratorios evaluados tuvieron una prevalencia elevada como componentes del síndrome post-COVID-19, se asociaron entre sí y requirieron mayores estudios e internaciones. Aunque la mitad resuelve en pocos meses, la otra mitad puede prolongarse más de un año. La fatiga fue el síntoma más inespecífico, que abarcó dimensiones más amplias en su mayor parte no atribuible a problemas cardiorrespiratorios.

## 0503 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PUNTAJES DE RIESGO Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN UNA POBLACIÓN CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, DE ACUERDO A LA PRESENCIA O NO DE CÁNCER

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Vasculat Pulmonar*

TORRES, Nicolás Arturo | SPAINI, Macarena | **BONADE, Julian** | IWANOWSKI, Mateo | BONORINO, Jose | BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BARATTA, Sergio

Hospital Austral

**Introducción:** En pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), la existencia de ciertas variables clínicas pueden asociarse con un peor pronóstico. La presencia de cáncer podría asociarse a diferencias en la severidad de los puntajes de riesgo y en la morbimortalidad aunque la información en nuestro medio es limitada.

**Objetivos:** Determinar en pacientes con TEP de acuerdo a la presencia o no de cáncer, la existencia de características clínicas, diferencias en la prevalencia de diferentes puntajes utilizados para la estratificación de riesgo, uso de drogas vasoactivas, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y muerte intrahospitalaria (MIH).

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica efectuado en un Hospital Universitario Argentino, sobre pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022. Se analizaron de acuerdo a la presencia o no de cáncer, las características clínicas de ambas poblaciones, la existencia de diferencias en la prevalencia de diferentes puntajes utilizados para la estratificación de riesgo (FAST, BOVA, ESC, PESI e índice de shock), frecuencia de uso de drogas vasoactivas, requerimientos de ARM y la ocurrencia de MIH.

	NO CA (N=235)	CA (n=150)	P
EDAD	58	65	<0.05
MASCULINO	115(49%)	77(51%)	NS
HTA	104 (44%)	66 (44%)	NS
DBT	19(8%)	26 (17%)	<0.05
EPOC	13 (5,5%)	7(5%)	NS
TBQ	70 (30%)	61 (41%)	<0.05
DLP	73 (31%)	53 (35%)	NS
TnTUS > 14	86(36%)	68(45%)	NS
PESI >= 86	83 (35%)	126 (84%)	<0.05
TTO ANTICOAGULANTE	224(95%)	146(97%)	NS

**Resultados:** Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 385 que contaron con datos completos. La población de pacientes con cáncer respecto de la sin cáncer resultó tener mayor edad (65 vs. 58 años;  $p<0.05$ ), más diabetes (17% vs. 8%;  $p<0.05$ ) y más tabaquismo (41% vs. 30%;  $p<0.05$ ). Los pacientes con cáncer respecto de aquellos sin cáncer, tuvieron con mayor frecuencia puntajes de PESI intermedios o mayores (84% vs. 35%;  $p<0.05$ ). Tabla 1. No se encontraron diferencias en la severidad de los puntajes evaluados para estratificación de riesgo entre las poblaciones de pacientes con y sin cáncer, ni existieron diferencias en la frecuencia de uso de drogas vasoactivas o de ARM. Sin embargo, la población de pacientes con TEP y cáncer, respecto de la población sin cáncer, tuvo mayor MIH (11% vs. 4%;  $p<0.05$ ). Tabla 2.

**Conclusiones:** En nuestro medio, la población de pacientes con TEP y cáncer resultó tener mayor edad, diabetes, tabaquismo y puntajes PESI intermedios o mayores. Dado que los pacientes con cáncer respecto de aquellos sin cáncer tuvieron mayor MIH, podría considerarse esta condición un factor de riesgo en el TEP aunque sería preciso realizar un análisis multivariado para descartar confundidores.

## 0586 - CORRELACION ENTRE EVENTOS TROMBOEMBOLICOS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON COVID-19.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

SORASIO, Guillermina (1) | MAYDANA, Mariano(2) | PEREIRO GONZALEZ, Stella(3) | ZAPATA, Gonzalo(2) | HIRSCHSON PRADO, Alfredo(1) | DOMINE, Enrique(1) | LESCANO, Adrian(3) | KAZELIAN, Lucía Raquel(3)

Hospital General de Agudos B. Rivadavia (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2); Áreas SAC: Área de Investigación (3)

Variable	Valor
Edad (años)	57 ± 18
Sexo masculino (%)	60,2
Fuente ingreso CV (%)	60,6
HTA (%)	48,8
Diabetes (%)	38,8
Dolencia (%)	22,3
Obesidad (%)	20,7
Tabaquismo (%)	15,3
Antecedentes patológicos (%)	48,8
EFCC/Asma (%)	8,8
Insuficiencia renal crónica (%)	3,3
Oncohematológicos (%)	4,8
Immunosupresor (%)	4,8
Virus (%)	1,76
Tuberculosis (%)	1,2
Chagas (%)	1,3
Cotagene (%)	1,3
Antecedentes CV	48,26
Cardiopatia isquémica (%)	22,2
Arterio (%)	8
Insuficiencia cardíaca (%)	8,3
HTA (%)	11
Coronaria (%)	8,8

**Introducción:** La infección por el virus SARS-Cov2 corresponde a una de las mayores pandemias conocidas actualmente. Los pacientes con COVID 19 graves tienen mayor predisposición a eventos tromboembólicos a pesar de la tromboprofilaxis a dosis standard, y esto se ha correlacionado con mayor mortalidad

**Objetivos:** Determinar la asociación de complicaciones tromboembólicas con mortalidad intrahospitalaria en la población de pacientes internados por enfermedad por COVID-19 en Argentina

**Materiales y Métodos:** Registro prospectivo, observacional, multicéntrico que incluyó 2750 pacientes de 50 centros y 11 provincias del país con diagnóstico de enfermedad por COVID-19, desde el 18 de mayo hasta el 31 de octubre de 2020. En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. El análisis multivariado se realizó con regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. La significancia estadística se definió con un valor de  $p < 0.05$

**Resultados:** Se incluyeron 2750 pacientes, la edad promedio fue de  $57 \pm 18.1$  años y sexo masculino de 60,2%. Se describen las características basales en la tabla 1. El estado clínico de COVID-19 fue asintomático/leve en el 53%; moderado/grave 34.6% y crítico 12,3%. La mediana de internación fue de 10 días (IR 25-75% 5-15) y 32.2% se internó en área de cuidados intensivos (UCI). El 15.9% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) e inotrópicos en el 14.3%. La tasa de complicaciones cardiovasculares fue del 15,3%, de las cuales la más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (43,5%) y las complicaciones tromboembólicas se presentaron en el 11.1% (tromboembolismo de pulmón (TEP) 6.4%, tromboembolismo arterial 3% y venoso (TVP) 3%) Con respecto al tratamiento del TEP, el 66.7% recibió anticoagulación, el 14.8% trombolisis y ninguno en el 18.5%. La mortalidad intrahospitalaria fue de 19.3%. En el análisis univariado tanto la presencia de TVP (OR 2.99, IC 95% 0.74-11,  $p = 0.04$ ) como TEP (OR 8.10, IC 95% 3.39-20.7,  $p = 0.0001$ ) se asociaron a mayor mortalidad intrahospitalaria.

**Conclusiones:** Esta cohorte presentó una mortalidad intrahospitalaria de 19.3%. A pesar del bajo número de complicaciones tromboembólicas, la TVP y en mayor medida el TEP, fueron predictores de mortalidad intrahospitalaria.

## 0603 - TERAPÉUTICA CARDIOVASCULAR ¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

PEREZ, María Florencia | SCHITTER, Martín | ESPARZA IRAOLA, Rodrigo | MAIDANA, Martín | MÜLLER, Lucas Iván | GIUNTA, Gustavo | HERSHSON, Alejandro Rubén

Fundación Favaloro

**Introducción:** La terapéutica cardiovascular en el contexto de la prevención primaria y secundaria ha demostrado disminuir la tasa de eventos mayores. Sin embargo, la falta de adherencia al tratamiento compromete su efectividad. Es discordante la información acerca del concepto de los pacientes (pac) sobre el uso de diferentes fármacos cardiovasculares.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo fue evaluar la percepción de los pac sobre el uso de la medicación cardiovascular y detectar posibles causas de baja adherencia.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, realizado en el marco de los consultorios externos de Cardiología de una institución de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre enero y marzo del 2022. Se invitó a participar a pac mayores de 18 años que concurrieron a una consulta cardiológica. La encuesta consistió en un auto reporte de datos antropométricos y clínicos. Se utilizaron las escalas validadas "The

Beliefs About Medicines Questionnaire" (BMQ) para evaluar los conocimientos de los pac sobre el uso de la medicación en general y específicamente del tratamiento con estatinas y aspirina.

**Resultados:** Un total de 268 pac completaron la encuesta. La edad promedio de esta población fue  $64 \pm 14$ , 122 (45,5%) de sexo femenino. Con respecto a los factores de riesgo presentaron hipertensión arterial 57,1%, colesterol elevado 29,2%, diabetes mellitus 20,5% y el 51,3% fumó al menos 100 cigarrillos en su vida. El 16% refirió antecedentes de infarto de miocardio y un 7,6% de accidente cerebrovascular. En el cuestionario BMQ general, el 33,8% consideró que los médicos utilizan demasiados medicamentos, 61,8% estuvo de acuerdo con que los médicos confían demasiado en los medicamentos, 42,6 % manifestó que si los médicos tuvieran más tiempo en la consulta recetarían menos medicación. Con respecto a la percepción de eventuales daños afirmaron 19,5% que los pac deberían abandonar su tratamiento durante un tiempo de vez en cuando, 19,2% que la mayoría de los medicamentos crean adicción y 12,7% que los remedios naturales son más seguros. En el BMQ específico del uso de estatinas el 35,8 % de los pac refirió que su salud depende de éstas y 64% que impiden que su enfermedad empeore, aunque al 30,4% le preocupó tener que tomarlas y el 39,2% reconoció estar preocupado por sus efectos a largo plazo. Cuando se interrogó sobre el uso de aspirina y estatinas en prevención primaria, 53% de los participantes consideraron que la aspirina sería beneficiosa en este contexto, mientras que sólo el 27% afirmó lo propio respecto a las estatinas ( $p < 0,0001$ ). Ante la consulta sobre si los beneficios de estas drogas superan a los riesgos, 46,8% respondió afirmativamente para la aspirina y 26% para las estatinas ( $p < 0,0001$ )

**Conclusiones:** En esta población de pac que asistió a un servicio de cardiología ambulatoria, se detectaron percepciones negativas con respecto a la medicación cardiovascular y se objetivó que consideraron mayores beneficios con el uso de aspirina que con el de estatinas. Nuestros resultados ponen en evidencia la necesidad de optimizar la educación en prevención cardiovascular.

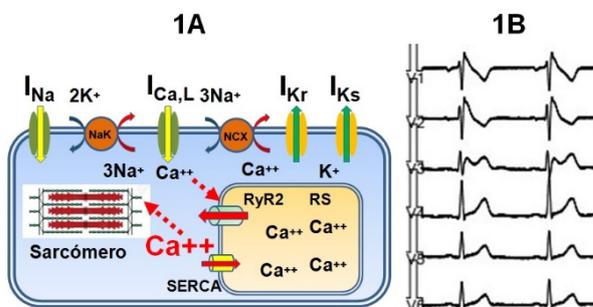
## 0020 - HALLAZGO DE UNA MUTACION MISSENCE EN TNNI3 (C.484C>T) EN PACIENTES CON SINDROME BRUGADA.

Modalidad: Tema Libre

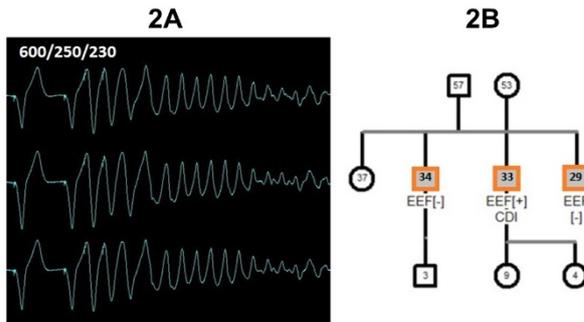
Unidad Temática: Cardiología Clínica

SUBIRATS VILA, David Enric | YOO, Hyun Sok | VILLA FERNÁNDEZ, Rocío Del Cielo | ETCHEVERRY, Daniel | PRINCIPATO, Mario Bruno | GARRO, Hugo Ariel | TOMATTI, Alejandro | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía



**Introducción:** El gen TNNI3 (19q13.4) codifica la troponina I cardíaca (TnI) que es la subunidad inhibidora del complejo troponina-tropomiosina. Este complejo sirve para regular la interacción calcio-dependiente de actina y miosina del sarcómero y juega un papel integral en la contracción del músculo cardíaco. Mutaciones en TNNI3 pueden causar miocardiopatía hipertrófica o dilatada familiar. Numerosos trabajos propusieron que los canales iónicos y las proteínas del sarcómero interactúan y regulan mutuamente a través de complejos mecanismos de señales intracelulares durante el acople excitación-contracción (figura 1A). En la literatura, el síndrome de Brugada (SBr), una canalopatía asociada a canales iónicos de sodio, calcio y potasio pueden asociarse a trastornos estructurales y/o del aparato contráctil pero mutaciones de las proteínas del sarcómero como el TNNI3 no han sido relacionadas con el SBr.



**Objetivos:** Analizar la segregación familiar de una variante patogénica del gen TNNI3 en una familia con SBr.

**Materiales y Métodos:** Se estudió a una familia integrada por 8 individuos con historia de síndrome de Brugada. Cinco de ellos (2 mujeres) fueron sometidos a un estudio genético mediante un secuenciador de ADN masivo con un panel que incluía 168 genes relacionados a muerte súbita cardíaca (MSC).

**Resultados:** El probando fue un hombre de 33 años con fenotipo de SBr asintomático. No tenía antecedentes familiares de MSC. El electrocardiograma mostró un patrón espontáneo tipo 1 de Brugada (figura 1B). La resonancia magnética cardíaca (RMC) no evidenció cardiopatía estructural. Durante el estudio electrofisiológico se indujo una fibrilación ventricular (figura 2A) y se indicó el implante de un cardiodesfibrilador. El análisis de ADN identificó una variante patogénica en el gen TNNI3 producida por una mutación heterocigótica con cambio de sentido c.484C>T (p.Arg162Trp) asociada a miocardiopatía hipertrófica o dilatada familiar. En el estudio de segregación de la familia, se identificó la misma variante en dos hermanos varones del probando. Ambos eran asintomáticos y tenían el patrón espontáneo tipo 1 de Brugada. Ninguno de ellos tuvo evidencia de cardiopatía estructural ni inducción de taquiarritmia ventricular en estudio electrofisiológico. Otros dos miembros familiares (madre y hermana) estudiados fueron fenotipo/genotipo negativos (figura 2B).

**Conclusiones:** Los hallazgos clínicos y genéticos de esta familia sugiere que una mutación patogénica del gen TNNI3 que codifica la TnI del sarcómero puede manifestarse con el fenotipo del síndrome de Brugada. Requieren futuros estudios para aclarar el mecanismo molecular subyacente.

## 0082 - ABLACION POR RADIOFRECUENCIA DE FIBRILACION AURICULAR PAROXÍSTICA. RESULTADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

ALVAREZ CORREA, Mariel | CARNERO, Guillermo Alejandro | GALIZIO, Néstor | MYSUTA, Mauricio | CATTANEO, Juan Pablo | AMREIN, María Eugenia | SANTILLÁN, María Eugenia | GONZALEZ, José Luis

Hospital Universitario Fundación Favaloro

**Introducción:** El aislamiento eléctrico circunferencial (AEC) de las venas pulmonares es el tratamiento de elección en pacientes con fibrilación auricular paroxística (FAP) sintomática, refractaria al tratamiento médico, con un nivel de evidencia y grado de recomendación IA según las recomendaciones internacionales y el última guía de FA (ESC-2020).

**Objetivos:** Describir los resultados de la ablación con radiofrecuencia en un seguimiento a mediano y largo plazo en una población de pacientes (pts) con FAP.

**Materiales y Métodos:** Entre enero 2010 y julio 2021 a 324 pts se les realizó AEC de las venas pulmonares con radiofrecuencia mediante sistema de navegación tridimensional NavX™ EnSite™ Abbott. La estimación de la sobrevida libre de arritmias se llevó a cabo mediante la curva de Kaplan-Meier a 12, 24, 36 y 48 meses



**Resultados:** La edad promedio fue de  $55.3 \pm 11.3$  años, 248 (76.5%) eran varones, el 75% de los pts tenía un CHA2DS2-VASc entre 0-1. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de  $57.4 \pm 9\%$  y el diámetro de la Aurícula Izquierda (AI) de  $40 \pm 7.5$  mm. Se logró el aislamiento de 97 % de las venas pulmonares (VP), con una duración total del procedimiento de  $215 \pm 68$  minutos y  $42.5 \pm 30$  minutos de radioscopia. El 14% de los pts presentó FA durante el periodo de blanking. Con un seguimiento medio de 33.5 meses, el 65 % de los pts (213) se encontraban libre de arritmia auricular. La estimación de la sobrevida libre de arritmia en la curva de Kaplan-Meier fue de 78%, 71%, 63% y 59% a los 12, 24, 36 y 48 meses respectivamente.

**Conclusiones:** Un aceptable porcentaje de pts sometidos a ablación por radiofrecuencia permaneció libre de arritmia en el seguimiento a mediano y largo plazo.

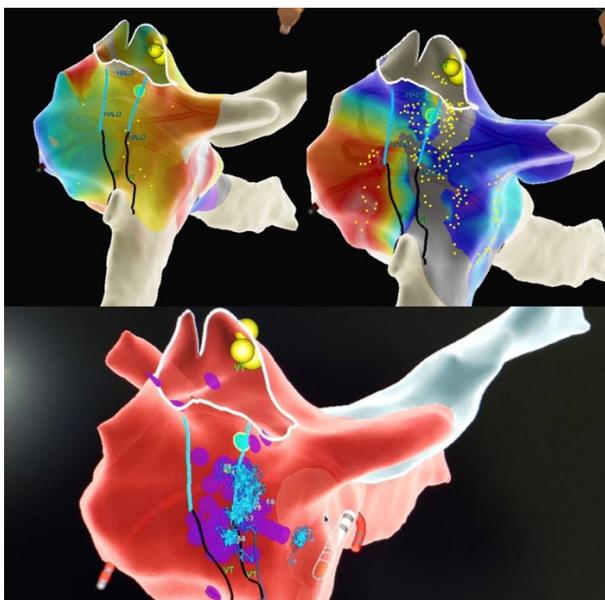
## 0117 - ABLACION DE ALETEO AURICULAR ISTMO CAVOTRICUSPIDEO DEPENDIENTE CON MAPEO DE ALTA DENSIDAD DE PUNTOS, SIN USO DE FLUOROSCOPIA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

ARMESTO CHARRY, Dufil Alexander | TOMAS, Leandro | OROSCO, Agustin | VERGARA, Juan Manuel | RUIZ, Leandro Juan | RODRIGUEZ, Roberto | JARMA, Joaquin | RAMIREZ, Debora

Clínica Modelo Lanús



**Introducción:** La ablación con radiofrecuencia de aleteo auricular Istmo Cavo-Tricuspideo dependiente guiado por Fluoroscopia, se considera tratamiento de primera línea. El desarrollo y alcance actual de los sistemas de navegación con mapeo electroanatómico de alta densidad de puntos nos abre nuevos caminos para el abordaje de este tipo de arritmias. Esto nos brinda la posibilidad de reducir el tiempo de exposición fluoroscópica tanto al medico operador como al paciente.

**Objetivos:** Compartir la experiencia de nuestro grupo de trabajo en ablación de aleteos auriculares típicos utilizando mapeo electroanatómico de alta densidad de puntos, sin uso de fluoroscopia, en los diferentes centros en Argentina. Evaluar la eficacia y seguridad de ablación de aleteos auriculares sin el uso de fluoroscopia.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, sin grupo control en pacientes con recidiva post ablación convencional de aleteo auricular típico, derivados de consultorios externos e internados, en diferentes centros de trabajo en Argentina. Los procedimientos fueron realizados con sistema CARTO 3 y EnSite Precision para visualizar y guiar los catéteres. Se introdujeron un catéter de registro endocavitario duocapolar en crista terminalis y ostium del seno coronario y un catéter de ablación irrigado con medición de fuerza de contacto en cada caso. Se tomo como end point bloqueo bidireccional del Istmo Cavo-Tricuspideo. Técnica de mapeo: • Se avanza el catéter de mapeo y ablación irrigado, guiado por electrogramas endocavitarios hasta la aurícula derecha (AD). • Se continua y se toma anatomía de Vena Cava Superior. • Se desciende hasta AD alta. • Se avanza hasta región del Haz de His y se marca el mismo. • Se procede a toma de anatomía de AD media y del seno coronario. • Por ultimo se toma anatomía del Istmo Cavo-Tricuspideo hasta llegar a la Vena Cava inferior. • Se procede a ablación del Istmo cavo-tricuspideo hasta alcanzar bloqueo bidireccional. • Se constata el éxito mediante estimulación, mapa de voltaje y propagación

**Resultados:** Partiendo de nuestra experiencia incluimos un total de 8 pacientes con diagnóstico de Aleteo típico antihorario recurrentes a ablación convencional en nuestros 3 centros de trabajo; se realizó procedimiento de ablación en los 8 pacientes, en todos sin fluoroscopia; 6 pacientes hombres (75 %) y 2 mujeres (25 %); edades comprendidas entre 38 y 68 años; sin cardiopatía estructural 4 pacientes (50 %); MCPD idiopática 2 pacientes (25 %); CIA 1 paciente (12.5 %); 1 paciente isquémico (12.5%); no hubo necesidad de repetir procedimiento ya que no hubo recurrencias del aleteo por lo cual se logró éxito en todos los pacientes (100 %); no se presentaron complicaciones pre, intra y posterior al procedimiento y no hubo diferencias en el tiempo de ablación ya que fue similar al de utilizar fluoroscopia (90 minutos).

**Conclusiones:** Nuestro objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia del procedimiento realizado sin el uso de fluoroscopia. Se tomaron en cuenta los tiempos totales desde la punción hasta comprobar el bloqueo completo del ICT. Concluimos que el procedimiento guiado con mapeo electroanatómico con sistema CARTO 3 presentó la misma seguridad y eficacia que con el uso de radiofrecuencia, sin aumento considerable de los tiempos totales y una completa reducción de la exposición a fluoroscopia

## **0228 - LA EVOLUCIÓN DE LOS REGISTRADORES HOLTER: INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

**ROMERO, Pablo Roberto** | MOLINA, Pablo | EIDELMAN, Gabriel | CHAROVSKY, Gabriel | HADID, Claudio León | ARRINDA CALZETTA, Javier | AGUILERA, Omar Alejandro | DUBNER, Sergio José

Sanatorio de los Arcos

**Introducción:** Los registradores electrocardiográficos tipo Holter, tienen la limitante de su escasa memoria, en general no superior a registros de 24 o 48 horas, además de la falta de información en tiempo real. Recientemente han surgido nuevos equipos con la posibilidad de obtener la información en tiempo real y por tiempo prolongado.

**Objetivos:** Objetivos: Evaluar la utilidad y la calidad técnica de los nuevos sistemas de registro prolongado.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, donde se evaluaron los primeros 100 pacientes (pac) consecutivos derivados para la realización de un Holter y que recibieron el registrador Bioflux MCT (aprobados por FDA y ANMAT y que cumplen con los criterios HIPAA) con capacidad de registros en 3 canales y entre 24 hs y 7 días de duración. Estos equipos envían en forma permanente la información a través de la telefonía celular a una central de monitoreo donde es analizado y guardado. Al enviar permanentemente la información online, la duración del registro puede ser ilimitada. Los informes fueron luego evaluados y analizados por electrofisiólogos de nuestro centro.

**Resultados:** Se incluyeron 100 pac, 48 mujeres, edad promedio 56 +/-11 años (rango 17-86). La indicación del estudio fue: 53% por palpitaciones, 26% para evaluación del tratamiento antiarrítmico, 12% control anual, 4% mareos, 2% síncope y 3% otros. En 89 pac el registro duró 24 horas y en 11, 7 días. Los registros fueron evaluados en tiempo real en el consultorio luego se conectaron los pac y no se observaron inconvenientes técnicos en ninguno de ellos. Los pac toleraron sin inconvenientes la utilización del mismo. El porcentaje de artefactos técnicos de los registros fue de 3%, similar a los registros convencionales. Se detectaron arritmias en el 91% de los registros (ESV, EV, TSV, TV de 3 latidos o más y pausas superiores a 2.5 seg), siendo las ESV las de mayor incidencia (56% del total).

**Conclusiones:** Este nuevo sistema de monitoreo, que une las características del registrador convencional con la posibilidad de ver el registro en tiempo real y por tiempo prolongado, es seguro, ofrece muy buena calidad de registros, correcta discriminación de los latidos, brindando al cardiólogo un diagnóstico precoz basado en inteligencia artificial para un mejor diagnóstico de arritmias y de tratamiento del paciente.

## **0428 - ABLACION DE LA FIBRILACION AURICULAR CON HIGH POWER SHORT DURATION Y CATETER DE CONTACTO. SEGUIMIENTO A UN AÑO.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

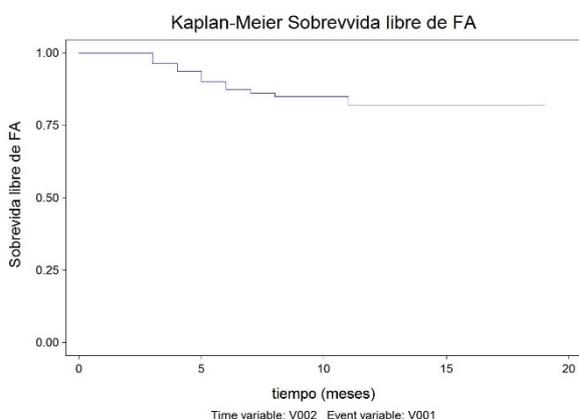
*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

**ALVAREZ CORREA, Mariel** | CARNERO, Guillermo Alejandro | GALIZIO, Néstor O. | MYSUTA, Mauricio | AMREIN, María Eugenia | CATTANEO, Juan Pablo | RANIERI, María Soledad | GONZÁLEZ, José L.

**Introducción:** Los parámetros usados en la ablación convencional de las venas pulmonares (vp) consisten en la liberación de energía moderada (20-40 Watts) con una larga duración (20-40 segundos) y con una fuerza de contacto de 10 a 20 gramos. Con estos parámetros la tasa de recurrencia continua siendo elevada. La ablación con High Power Short Duration (HPSD) utiliza una mayor energía, entre 40 y 50 Watts, con una duración de 16 segundos y una fuerza de contacto entre 10 y 20 gramos; este método produce una injuria tisular más efectiva, limitando la inestabilidad del catéter y la formación de edema.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir los resultados en términos de eficacia y seguridad de la estrategia de ablación HPSD con catéter de contacto en la Fibrilación auricular (FA).

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó 80 pacientes con FA sintomática y refractaria al tratamiento médico (paroxística: 76.2% y persistente: 23.8%). Características basales: edad  $55.8 \pm 11$  años, género masculino 82.5%, CHA2DS2Vasc  $1 \pm 1$  punto. Los pts fueron sometidos al aislamiento circunferencial de las venas pulmonares entre agosto 2020 y agosto 2021 con la estrategia HPSD (40 y 50 Watts, 16 segundos, 10 y 20 gramos) con un índice de lesión de 5 en la región anterior y 5.5 en la región posterior de las VP. Se definió éxito agudo al aislamiento circunferencial confirmado con el bloqueo de entrada y salida. Se analizaron los parámetros de la ablación, los eventos adversos y la sobrevida libre de FA con la curva de Kaplan Meier.



**Resultados:** Se logró el aislamiento circunferencial en 314 de 319 vp (98.5%) con un tiempo de procedimiento de  $207 \pm 63$  min, un tiempo de radioscopia de  $38 \pm 27$  min y un tiempo de radiofrecuencia de  $16 \pm 3.8$  min. Se realizaron un total de  $84.4 \pm 21.3$  lesiones con una potencia de  $42.6 \pm 2.4$  watts, una caída de la impedancia de  $15 \pm 2.5$  Ohms y una fuerza de contacto de  $10.2 \pm 4.3$  gramos. El 75% de los pts fue dado de alta a las seis horas del procedimiento. Un pte presentó un accidente cerebro vascular, dos (2.5%) taponamiento cardiaco y 2 (2.5%) pseudoaneurismas, todos fueron resueltos satisfactoriamente. Con un seguimiento de  $12 \pm 2.6$  meses, 13 pacientes (16.2%) presentaron recurrencia de la arritmia. En la curva de sobrevida libre de FA (Kaplan Meier) a los 3, 6, 9 y 12 meses el 96% (89-98%), 87% (78-92%), 84% (75-91%) y 82% (66-91%) de los pts se encontraba libre de FA.

**Conclusiones:** En nuestra población en estudio la estrategia HPSD con catéter de contacto en la ablación de FA fue segura, con una alta tasa de éxito agudo, una adecuada tasa libre de FA durante el seguimiento y con baja incidencia de complicaciones.

## 0444 - CARACTERÍSTICAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA DEL PACIENTE CON ATAQUE CEREBRO-VASCULAR AGUDO.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Cerebro Vascular*

INGINO, Carlos Alberto | RODRIGUEZ GRANILLO, Gaston Alfredo | INGINO, Florencia Paula | FONTANA, Lucia | DR. HERNÁNDEZ SOLARTE, José | CABALLERO, María Laura | CIRIO, Juan José | LYLYK, Pedro

Clínica La Sagrada Familia

**Introducción:** El ataque cerebro-vascular agudo (ACV) es la afección más frecuente dentro de las enfermedades cerebrales. Figura, además, entre las primeras causas de mortalidad en nuestro país y es la principal causa de

discapacidad mundial. El electrocardiograma basal (ECG) brinda información importante en el evento agudo, no obstante, hay escasos reportes que identifiquen las características del mismo en pacientes con ACV.

**Objetivos:** El objetivo de la presente investigación fue: 1. Analizar las características del ECG de ingreso de pacientes con ACV isquémico (ACVi); 2. Comparar estos hallazgos con los observados en pacientes portadores de ACV no isquémico (ACVnoi); 3. Correlacionar las alteraciones del ECG con la mortalidad durante la internación.

**Materiales y Métodos:** Fueron incluidos en forma prospectiva pacientes mayores de 18 años ingresados a nuestra institución con diagnóstico presuntivo de ACV. Se excluyeron pacientes sin ECG o con ECG no analizable. El diagnóstico final de ACVi o ACVnoi fue realizado mediante tomografía computada y/o resonancia magnética de cerebro. Los datos analizados del ECG de ingreso fueron: duración del Intervalo PR; y la presencia de: fibrilación auricular (FA), extrasistolia supraventricular y ventricular, trastornos de conducción intraventricular, hipertrofia ventricular y auricular izquierdas, secuela de infarto de miocardio y alteraciones de la repolarización ventricular (infra-desnivel ST en DI y/u ondas T negativas en derivaciones contiguas). Se comparó la información del ECG entre los portadores de ACVi y ACVnoi, y se correlacionó la mortalidad durante la internación con las alteraciones electrocardiográficas observadas. El análisis electrocardiográfico fue realizado en forma ciega al diagnóstico final del ACV.

**Resultados:** Se estudiaron 136 pacientes (edad media  $70.0 \pm 13.4$ , hombres 48%); 101 con ACVi y 35, con ACVnoi; no se observaron diferencias en edad ni sexo entre ambos grupos. En cambio, las alteraciones del ECG basal predominaron en los ACVi (81% vs. 34% en los ACVnoi,  $p < 0.0001$ ), a expensas de la presencia de: fibrilación auricular (31% vs. 3%,  $p < 0.0001$ ); trastornos de conducción (32% vs. 14%,  $p = 0.046$ ); alteraciones de la repolarización (35% vs. 6%,  $p = 0.001$ : infra-desnivel ST en DI, 29% vs. 6%,  $p = 0.005$ ; y ondas T negativas, 20% vs. 3%,  $p = 0.017$ ); y agrandamiento auricular izquierdo (14% vs. 0%,  $p = 0.020$ ). La mortalidad fue mayor en pacientes que presentaron alteración de la repolarización (56% vs. 23% sin alteraciones,  $p = 0.013$ ). Asimismo, la discriminación entre grupos respecto a la presencia de FA y alteración de la repolarización ventricular mostró que la asociación de FA y alteración de la repolarización presentó la mayor mortalidad.

**Conclusiones:** Los pacientes con ACVi presentan frecuentemente alteraciones del ECG de ingreso. En nuestra población, ciertas alteraciones de la repolarización ventricular (infra-desnivel ST en DI y/u ondas T negativas en derivaciones contiguas) se asociaron con mayor mortalidad durante la internación, al igual que el grupo de pacientes en los cuales la asociación de FA y alteración de la repolarización ventricular presentó la mayor tasa de mortalidad. De confirmarse nuestros hallazgos, el ECG deberá tenerse en especial consideración en los pacientes portadores de ACV.

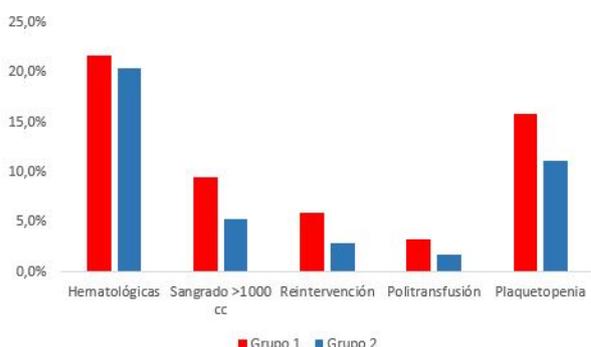
## 0085 - TROMBOELASTOMETRÍA COMO GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS EN CIRUGÍA CARDIACA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

RODRIGUEZ MARTIN, Isabel

Hospital Español



**Introducción:** La cirugía cardiovascular (CCV) asociada a circulación extracorpórea (CEC) ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático.

**Objetivos:** El objetivo general es demostrar que la implementación de test viscoelásticos, como es el caso de ROTEM®, a la cabecera del paciente sometido a cirugía cardiovascular, como forma de monitorización de la hemostasia durante el perioperatorio, permite una terapia transfusional más selectiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo, que incluye todos los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea, en nuestro centro hospitalario, durante un periodo de tiempo de 3 años, entre enero del año 2014 y enero del año 2017. Los criterios de inclusión fueron: cirugías programadas (descartando cirugías urgentes/emergentes), uso de CEC y uso de técnica convencional. El análisis incluye 675 pacientes, los cuales han sido divididos en dos grupos. El primer grupo está formado por 336 pacientes (N=336), los cuales se caracterizan por haber recibido una terapia transfusional perioperatoria basada en test clásicos de laboratorio (TP, TTPa, INR y recuento de plaquetas). El segundo grupo incluye 339 pacientes (N=339), se caracteriza por haber recibido una terapia transfusional dirigida basada en resultados obtenidos a partir de un sistema point of care ROTEM® y un algoritmo de transfusión específico elaborado a partir de dicho test viscoelástico. Todos los pacientes incluidos en el estudio se sometieron a cirugía cardiovascular bajo circulación extracorpórea, utilizando técnicas quirúrgicas similares y la misma máquina corazón-pulmón Sorin Stockert S5 (Sorin Group Deutschland GmbH, Munich, Germany).

**Resultados:** Tras la implementación de un sistema viscoelástico, junto a un algoritmo transfusional específico, se observó una disminución de la incidencia de cualquier tipo de transfusión (41.4% vs 31.9%,  $p=0.026$ ) durante el perioperatorio de cirugía cardiovascular. Esta disminución fue especialmente significativa en el caso de concentrados de hematíes (31.3% vs 19.8%,  $p=0.002$ ) y de plasma fresco congelado (9.8% vs 3.8%,  $p=0.008$ ). Del mismo modo, el uso de ROTEM® se asoció a una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de transfusión de unidades de plasma fresco congelado durante la estancia en UCI (15.8% vs 7.7,  $p=0.004$ ). Además, se registró una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de hemorragia postoperatoria (9.5% vs 5.3%,  $p=0.037$ ), de la necesidad de reintervención (6.0% vs 2.9%,  $p=0.035$ ) y del tiempo de estancia en UCI (6.0 días vs 5.1 días,  $p=0.026$ ).

**Conclusiones:** El empleo de ROTEM® en cirugías cardiovasculares permite un mejor manejo de la coagulopatía perioperatoria, lo cual se ha traducido en un uso más racional de los productos hemostáticos, en una menor incidencia de complicaciones postoperatorias y en una menor estancia en UCI.

## **0092 - TRAYECTORIA FUNCIONAL A 12 MESES LUEGO DE UNA CIRUGÍA POR REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

CABELLO, Cecilia | LOPEZ GONZALEZ, Valeria Soledad | ZGRABLICH, Cristian | SAMANIEGO, Gustavo | CELESTINO, Ezequiel | CARUSO, Diego

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

**Introducción:** La estenosis aórtica severa es una patología prevalente en las personas mayores, que genera un gran impacto sobre el estado funcional y la calidad de vida. El reemplazo valvular aórtico quirúrgico (RVA) es uno de los tratamientos de elección que ha demostrado reducir la mortalidad en las personas con estenosis aórtica severa, sin embargo esto refleja solo una parte de los resultados, siendo importante identificar el estado funcional luego de la cirugía como un factor determinante de la calidad de vida de las personas mayores.

**Objetivos:** Conocer la trayectoria funcional según el grado de fragilidad física de las personas mayores que se sometieron a una cirugía de RVA sola o combinada con otra cirugía cardíaca, durante doce meses de seguimiento post quirúrgico.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, se incluyeron 89 pacientes mayores de 60 años que fueron operados de RVA. Estos pacientes asistieron de manera ambulatoria durante el período 1 Abril del 2018 al 31 Abril del 2021 al Servicio de Cirugía Cardiovascular y al Servicio de Gerontología (equipo Heart Team) de la Unidad Asistencial Dr. César Milstein. A todos se les realizó una valoración geriátrica integral como parte de la evaluación prequirúrgica habitual. Se llevó a cabo el seguimiento telefónico a los 3, 6 y 12 meses luego de la cirugía y se analizó la trayectoria funcional según el grado de fragilidad física.

**Resultados:** Se incluyeron 89 pacientes, la edad media fue de 72.9 años, 60% sexo masculino. Según los criterios de fragilidad física de Fried, 17% pacientes fueron no frágiles, 43% pre frágiles y 40% frágiles. Respecto a la trayectoria funcional, aquellos sin fragilidad y pre fragilidad física, la funcionalidad disminuyó dentro de los tres meses posquirúrgicos, para luego mejorar entre los 6 y 12 meses. Los pacientes con fragilidad mantuvieron una capacidad funcional menor, observándose mejoría a los 12 meses post quirúrgico.

**Conclusiones:** Este trabajo aporta datos sobre la evolución funcional de personas mayores frágiles y no frágiles, que son intervenidos quirúrgicamente por una patología cardiovascular. Resaltamos la importancia de la valoración geriátrica integral y la evaluación interdisciplinaria del Heart Team como parte de la evaluación prequirúrgica de rutina.

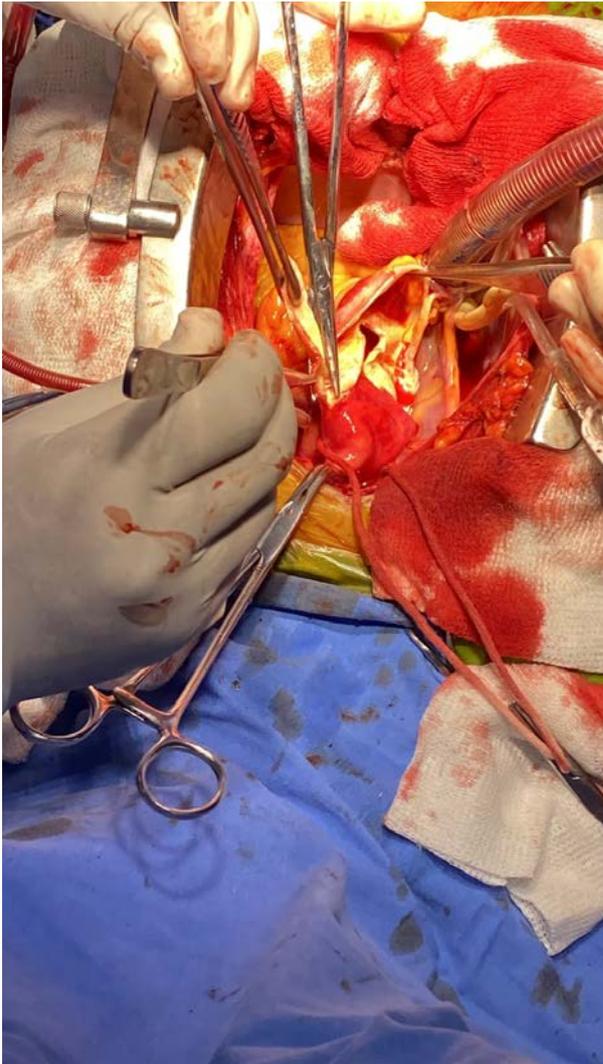
## 0136 - MANEJO DE ENFERMEDAD DE ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PÚBLICO

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

ACOSTA, Jose Emmanuel | ARENAZA, Pablo Hernan | BASSO, Gabriel Hugo | COVELLO, Gustavo Javier  
| FLORES MAMANI, Maribel | MENDOZA, Gisele | SOTO ALHUAY, Luis Ubaldo

Hospital San Juan de Dios (La Plata)



**Introducción:** La enfermedad aneurismática de la aorta ascendente (EAAA) se caracteriza por su baja frecuencia, tiene comportamiento heterogéneo, riesgo de rotura y disección, que conllevan elevada mortalidad, por lo que la cirugía electiva es fundamental. Se han desarrollado diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la técnica de Bentall el estándar de referencia.

**Objetivos:** describir la mortalidad hospitalaria y diferentes técnicas quirúrgicas de la EAAA.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo en el que se incluyeron 48 pacientes con EAAA de las cuales 25 pacientes corresponden al diagnóstico de disección Aortica tipo A operados entre el 1 de enero del 2017 y el 31 de diciembre del 2021; la información fue obtenida de la base de datos del servicio de cirugía cardiovascular.

**Resultados:** Los 48 pacientes correspondieron al 11% del total de las cirugías efectuadas. Edad media de 46 años (rango 30 a 74), sexo masculino 72 %. Etiología: degeneración inespecífica de la capa media con implicación valvular, aorta bivalva, síndrome de Marfán y aneurismas posestenóticos.

**Conclusiones:** Se demostró que la cirugía estándar en la mayoría de los casos fue Bentall de Bono realizadas en paciente con disección aortica sin compromiso del arco aórtico o aneurisma de aorta ascendente, la mortalidad quirúrgica puede variar de forma ostensible debido a la experiencia de los equipos médicos, recursos disponibles y heterogeneidad de los pacientes. Nuestros hallazgos confirman que a pesar de ser un procedimiento quirúrgico de baja frecuencia y alta complejidad, la técnica clásica de Bentall para el manejo de la enfermedad aneurismática de la aorta ascendente y disección puede realizarse de forma segura, con una morbilidad y mortalidad aceptables a corto plazo en nuestro centro hospitalario.

## 0244 - VALIDACIÓN DEL ÍNDICE LEUCO-GLUCÉMICO COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA EVOLUCIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

DOMENECH, Pilar | DECOTTO, Santiago | CORNA, Giuliana | COHEN, Fernando | CHIABRANDO, Juan Guido | DAMONTE, Juan Ignacio | PIZARRO, Rodolfo | AGATIELLO, Carla Romina

Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** El síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) es una patología con una elevada morbimortalidad. Existen distintos scores de estratificación de riesgo validados para esta patología. El recuento leucocitario y las concentraciones séricas de glucosa son mediciones usualmente solicitadas en todos los pacientes que se internan en una unidad de cuidados cardiológicos, debido a que son de fácil obtención y bajo costo. Existe escasa evidencia que relacione la asociación entre el número absoluto de leucocitos con la glucemia [índice leuco-glucémico (ILG)].

**Objetivos:** Determinar la asociación entre el ILG con mortalidad y complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo en pacientes con SCACEST.

**Materiales y Métodos:** Se diseñó una cohorte retrospectiva, unicéntrica con pacientes hospitalizados por SCACEST entre 2016 y 2020. Se analizaron las características clínicas y de los estudios complementarios basales de los pacientes así como la evolución de los mismos durante el seguimiento. El ILG se calculó con la siguiente fórmula: [glucemia (mg/dl) x recuento de leucocitos (10<sup>6</sup>/l)] / 1000. El punto de corte de referencia se tomó de la bibliografía y fue de 1,6. El punto final primario fue mortalidad por cualquier causa. Los puntos finales secundarios fueron mortalidad intrahospitalaria, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal. La supervivencia se estimó mediante la curva de Kaplan Meier y análisis Log-Rank test. Se realizó el análisis de Cox ajustando por variables clínicamente relevantes.

	Total	ILG < 1,6	ILG > 1,6	p test
n	263	146 (55.5%)	111 (42.6%)	
Edad (años)	67.77 ± 13.29	66.92 ± 13.04	68.49 ± 13.73	0.351
Sexo masculino (%)	186 (70.7)	108 (74.0)	75 (67.6)	0.325
Diabetes (%)	37 (14.1)	13 (9.0)	22 (19.8)	0.02
Recuento leucocitario al ingreso, mediana [RIC]	11540 [9078.5 - 13896.5]	9829.5 [7829.5 - 11734.7]	14256 [11850 - 16470]	<0.001
Glucemia al ingreso, mediana (mg/dl) [RIC]	130 [115 - 158]	117.5 [107 - 130]	160 [137.5 - 218]	<0.001
ILG ingreso, media ± SD	1837.17 ± 1275.17	1156.81 ± 297.96	2732.05 ± 1498.25	<0.001
Troponinas de ingreso, mediana [RIC]	65 [27 - 231]	71 [30.5 - 225]	56 [21.3 - 231]	0.329
KK a la Presentación (%)				<0.001
A-B-C	221 (84.0)	135 (92.5)	82 (73.9)	
D	42 (16.0)	11 (7.5)	29 (26.1)	
Uso de inotrópicos (%)	42 ± 16.0	9 (6.2)	31 ± 27.9	<0.001
Requerimiento de ARM (%)	37 ± 14.2	10 ± 6.9	24 ± 21.8	0.001
Muerte total (%)	36 ± 14.1	11 ± 7.6	22 ± 20.6	0.005
Muerte intrahospitalaria (%)	20 ± 7.6	3 ± 2.1	13 ± 11.7	0.004
IAM no fatal (%)	12 ± 4.7	7 ± 4.8	5 ± 4.7	.1
ACV no fatal (%)	3 ± 1.2	3 ± 2.1	0 ± 0.0	0.367

**Resultados:** Se incluyeron un total de 263 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 22,3 meses [RIC 8,4 - 37,1]. La edad promedio fue de 67,77 ± 13,29. El 70 % fueron de sexo masculino (Tabla 1). El 42,6 % (n=111) pacientes presentaron ILG > 1,6 al ingreso. El grupo de pacientes con ILG > 1,6 presentó valores de glucemia más altos (130 vs 117,5 mg/dl; p<0,001) y también recuentos de leucocitos más elevados (11540 vs 9829; p<0,001). El grupo con mayor ILG presentó Killip y Kimbal más elevado (p < 0,001) (siendo igualmente el más frecuente el KKA), mayor requerimientos de inotrópicos (p< 0,001) y de asistencia respiratoria mecánica (p=0,001). Con respecto al punto final primario, los pacientes del grupo con ILG elevado al ingreso presentaron mayor mortalidad durante el seguimiento (Imagen 2). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de los puntos finales secundarios. En el análisis de Cox se evidenció que el ILG es un factor de riesgo independiente de edad, sexo, duración de síntomas y Killip y Kimball al ingreso (HR 1.05 IC 95% [1,01-1,1] p=0,02).

**Conclusiones:** Los pacientes hospitalizados por SCACEST con ILG > 1,6 al ingreso presentan mayor mortalidad tanto intrahospitalaria como durante el seguimiento.

## 0542 - CIRUGÍA CARDIACA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA EL TRATAMIENTO DE MIXOMAS CARDÍACOS EN ADULTOS.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

**ALVAREZ TAMARA, Carlos** | DR. BUSNELLI, Guido | DR. DOMENECH, Alberto | DR. POSATINI, Ricardo | KOTOWICZ, Vadim

Hospital Italiano de Buenos Aires

Tabla 1. Variables Preoperatorias.

Edad, Mediana (DS)	48 (11.31)
Sexo, n (%)	4 F-1M
Peso Kg, Mediana (DS)	63.5 (2.12)
Talla cm, Mediana (DS)	161 (9.8)
IMC, Mediana (DS)	24.5 (3.53)
HTA n (%)	3 (60%)
DM n (%)	1 (20%)
EPOC n (%)	0
Dislipidemia n (%)	1 (20%)
IRC Preoperatoria n (%)	0
FEY Mediana (DS)	73.5 (4.94)
HYNA	I: 5 (100%) II: III: 0 IV: 0
Presión Pulmonar, Mediana (DS)	24.5 (3.53)
Tabaquismo, n (%)	0
Coagulopatía, n (%)	0
Enfermedad Arterial Periférica, n (%)	0

FEY (Fracción de eyección), HTA (Hipertensión Arterial), IMC (Índice Masa Corporal), DM (Diabetes Mellitus), EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), IRC (Insuficiencia Renal Crónica), NYHA (New York Heart Association), DS (Desviación Estándar).

**Introducción:** El mixoma representa el tumor intracardiaco benigno de mayor frecuencia en el adulto (50%-70%). Su tratamiento es la resolución quirúrgica por el elevado riesgo de complicaciones embólicas y de muerte súbita. La cirugía convencional por esternotomía mediana ha sido el "gold-standard" en estos casos. Sin embargo, el abordaje miniinvasivo por mini toracotomía derecha para su tratamiento constituye una alternativa cada vez más frecuente en los últimos años.

Tabla 2. Variables Intra Y Postoperatorias.

Tiempo De CEC, Mediana (DS)	181 (69.29)
Tiempo De Clampeo Aórtico, Mediana (DS)	96.5 (33.23)
Canulación, n (%) Bi-cava-Femoral	5 (100%)
Cardioplejía, n (%)	5 (100%)
Abordaje n (%)	4: Transeptal (80%) 1: Aurícula Derecha (20%)
Localización n (%)	4: Aurícula Izquierda (80%) 1: Aurícula derecha (20%)
Transfusión de sangre, Unidades n (%)	3 (60%)
Plaquetas, Unidades n (%)	4 (80%)
Fibrinógeno gr n (%)	2: (40%)
Conversión a Esternotomía n (%)	0
Mortalidad a los 30 días n (%)	0
Extubación Menor de 6 horas n (%)	100%
Re-operación por sangrado n (%)	0
ACV Postoperatorio n (%)	0
FA n (%)	1 (20%)
Estadía Hospitalaria n (%)	3 y 5 días: 5 (100%)
Re- internación a 30 días n (%)	1 (20%)
ECMO n (%)	0
BCIA n (%)	0

CEC (Circulación Extracorporea), ACV (Accidente Cerebrovascular), FA (Fibrilación Auricular), ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), BCIA (Balón de contrapulsación intraaórtico)

**Objetivos:** Analizar los resultados quirúrgicos en los primeros 5 pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía cardíaca mínimamente invasiva para el tratamiento de mixomas cardíacos en adultos.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía cardíaca mínimamente invasiva en un hospital de alta complejidad durante el periodo de febrero 2016 a febrero 2022. Las variables continuas se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico según la distribución observada. Las variables categóricas como frecuencia absoluta y relativa.

**Resultados:** Sobre 12 pacientes que fueron sometidos a resección quirúrgica de mixoma cardíaco, se incluyeron 5 pacientes intervenidos en forma electiva con el abordaje miniinvasivo. Las características preoperatorias de los pacientes se observan en la Tabla 1. La edad media fue  $48 \pm 11.31$ , 4 pacientes de sexo femenino, en los 5 casos el diagnóstico fue hecho de forma incidental, la localización fue en la aurícula izquierda en 4 pacientes. La mediana de circulación extracorpórea fue de  $181 \pm 69.2$  minutos y de Clampeo Aórtico de  $96 \pm 33.23$  minutos. El 100% de los pacientes fueron extubados en las primeras 6 horas, en el análisis de la mortalidad a 30 días no se registraron óbitos, las complicaciones fueron un paciente con fibrilación auricular sin descompensación hemodinámica, y un paciente con quilotórax. La estadía hospitalaria promedio fue de 5 días. Las variables intra y postoperatoria se incluyen en la Tabla 2.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia con la cirugía cardíaca mínimamente invasiva para el tratamiento de los mixomas auriculares se obtuvieron resultados satisfactorios sin mortalidad perioperatoria, baja tasa de complicaciones postoperatorias, extubación precoz, y tiempos de estadía hospitalaria cortos.

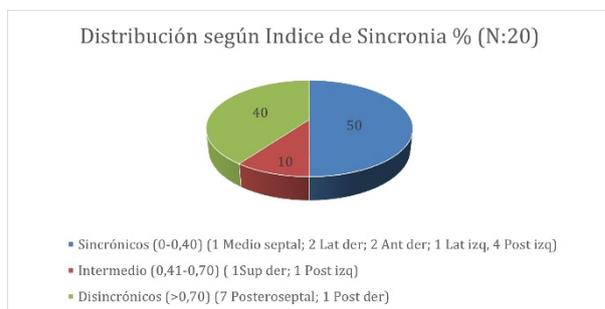
## 0077 - SINCRONÍA ELECTRICA MEDIDA POR SYNCHROMAX EN SINDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

ANSONNAUD, Germán Darío | DUCKWEN, Florencia | GARCIA BOTTA, Teresa María | MALDONADO, Sebastian | STUTZBACH, Pablo Guillermo | PÉREZ ETCHEPARE, Raúl | PULMARI, Camilo | **MOCCIA, Micaela**

Sanatorio Las Lomas



**Introducción:** La preexcitación ventricular que causan las vías accesorias (VAcc) en pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) ocasiona despolarización ventricular disincrónica que en algunos casos genera disfunción cardíaca. Ciertos autores señalan que la activación ventricular asincrónica conduce a una contracción disquinética generando alteración de la fisiología y estructura del cardiomiocito. El sistema EXO Synchronmax (SY) analiza en forma no invasiva por un electrocardiograma con promediación de señales, la sincronía eléctrica del ventrículo izquierdo y calcula un índice de sincronía (IS).

**Objetivos:** HIPÓTESIS Existen distintos IS eléctrica en pacientes con WPW según la localización de las VAcc. OBJETIVOS: Conocer la sincronía eléctrica del ventrículo izquierdo de pacientes con WPW en forma no invasiva con el SY según las diferentes localizaciones de las VAcc.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo, de corte transversal, analítico, con inclusión consecutiva de 20 pacientes con WPW que fueron sometidos a estudio electrofisiológico con eventual ablación entre julio de 2019 y diciembre de 2021. Se realizó ecocardiograma Doppler transtorácico a todos los pacientes previo al procedimiento para evaluar presencia de cardiopatía y función ventricular. Se evaluó localización de la VAcc y se realizaron mediciones de IS con SY. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes menores de 18 años de edad, en ritmo sinusal y con una sola una vía accesoria. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes con cardiopatía y/o deterioro de la función ventricular izquierda, antecedente de colocación de marcapasos, cardiodesfibrilador y/o resincronizador. Para el análisis estadístico se utilizó el Software SPSS 25. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartilo debido a la distribución asimétrica de las mismas según los test de normalidad; las variables cualitativas como porcentajes. Para la comparación de variables

continuas se utilizaron test no paramétricos (U de Mann Whitney) y se consideró significativo un valor de P: <0,05.

**Resultados:** Sobre un grupo de 20 pacientes, la totalidad con una única vía accesoria; sin cardiopatía estructural y fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada. La mediana de edad fue de 12,38 RIC (10,7 -14) años. El 50 % (10) eran mujeres. La localización de las vías accesorias fue en el 70 % (14) en el anillo tricúspideo (AT) y el 30 % (6) en anillo mitral (AM). Ver tabla 1. Se realizó ablación exitosa al 75 % de los pacientes, en su mayoría por radiofrecuencia. La mediana de sincronía fue 0,99 (0,18 -2,80) a nivel AT versus 0,19 (0,10 - 0,38) en el AM. P:0,058. Dentro de las de AT (14), 1 (7,14%) se localizó en hora uno, 1 (7,14%) en hora tres, 3 (21,42%) en hora cuatro, 4 (28,57%) en hora cinco, 1 (7,14%) en hora seis, 1 (7,14%) en hora nueve, 1 (7,14%) en hora diez y 2 (14,28%) en hora doce. Ver Gráfico 1. Dentro de las de AM (6), 1 (16,6%) se localizó en hora cuatro, 1 (16,6%) en hora cinco y 4 (66,6%) en hora seis. Ver Gráfico 2. La distribución según el IS fue del 50 % para sincrónicos, con una mediana de 0,17 RIC (0,10-0,20); 10 % intermedios, mediana de 0,44 RIC (0,45-0,46) y 40 % disincrónicos, con mediana de 2,31 (1,20-2,99). Ver gráfico 3. La zona posteroseptal tuvo una disincronía eléctrica significativamente mayor, con una mediana de 2,78 RIC (1,21-3) versus la mediana del resto de las localizaciones 0,19 RIC (0,13 - 0,40). P:0,0001. Ver tabla 2.

**Conclusiones:** Observamos distintos IS según las distintas localizaciones. Las VAcc posteroseptales presentaron mayor disincronía eléctrica según el SY.

## **0222 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RIVAROXABAN EN PACIENTES SOMETIDOS A ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

**ROMERO, Pablo Roberto** | MOLINA, Pablo | HADID, Claudio León | MARTINENGHI, Nicolas Mario | ARRINDA CALZETTA, Javier | AGUILERA, Omar Alejandro | BONATO, Ricardo Renato | DUBNER, Sergio José

**Clínica y Maternidad Suizo Argentina**

**Introducción:** Los eventos tromboembólicos relacionados a la fibrilación o aleteo auricular (FA) son las complicaciones más importantes de la arritmia, motivo por el cual se anticoagula a los pacientes (ptes). Las complicaciones hemorrágicas son secundarias a dicha medicación. A pesar de las recomendaciones de las guías sobre el manejo de los anticoagulantes para los procedimientos de ablación, hasta la fecha existe poca evidencia en el manejo de la anticoagulación en ptes que se someten a ablación de fibrilación auricular en nuestro medio, particularmente con rivaroxaban, uno de los anticoagulantes más utilizados.

**Objetivos:** El objetivo primario fue evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con rivaroxabán en pacientes derivados a ablación de FA. El punto final primario de eficacia fue ausencia de trombos en aurícula izquierda (AI) al momento del procedimiento y ausencia de eventos tromboembólicos en el seguimiento y la seguridad fue la ausencia de hemorragias mayores. Como punto final secundario se evaluó la tasa de complicaciones menores como las asociadas al sitio de punción que no requirieron transfusión.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, de centro único, abierto, donde se incluyeron 59 ptes consecutivos que se derivaron a procedimientos de ablación de FA mediante radiofrecuencia (RF) o crio ablación con balón (CAB) en nuestro centro. Todos los ptes recibieron una dosis diaria de rivaroxaban de 20 mg/día, al menos 21 días antes y 60 días después del procedimiento y basados en el score HASBLED, un grupo recibió rivaroxabán ininterrumpidamente (HASBLED 0 o 1) y otro grupo suspendió 1 dosis previo al procedimiento. El tratamiento fue reiniciado antes de las 6 hs., luego del procedimiento. Las complicaciones fueron evaluadas en el post procedimiento inmediato y seguimiento clínico en consultorio a las 24 hs, 7 días y 30 días post procedimiento.

**Resultados:** Del total de pacientes incluidos 51 (86.5%) fueron hombres y 8 (13.5%) fueron mujeres, con un promedio de edad de 58 ± 11 años. CHADS2VASC promedio 3,4. De los pacientes incluidos, 7 (12%) tomaban rivaroxabán en forma ininterrumpida y 52 (88%) suspendieron una toma previa al procedimiento. No se observaron trombos en AI ni complicaciones hemorrágicas mayores en ninguno de los grupos. Se observó un caso en cada grupo de trombo adherido a la vaina en aurícula derecha, que podría estar relacionado al tipo de vaina utilizada. Hubo un total de 8 pacientes que presentaron un sangrado menor (13.5%), 6 de ellos correspondieron a aquellos pacientes que suspendieron 1 toma (11.5%) y los 2 restantes al grupo que no suspendió la droga (28.6%) p= n/s.

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra que el uso de rivaroxabán es eficaz y seguro en la ablación de FA. Se observó una mayor incidencia de complicaciones hemorrágicas menores en el grupo de pacientes que no suspendieron la anticoagulación siendo esta diferencia estadísticamente no significativa.

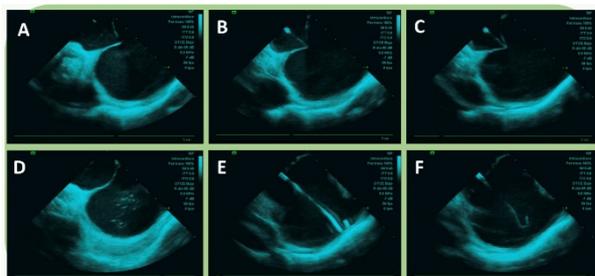
## **0234 - EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE ECOGRAFÍA INTRACARDIACA PARA GUIAR EL ABORDAJE TRANSEPTAL EN ABLACIÓN DE ARRITMIAS CARDIACAS**

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

AZOCAR, Damián (1) | PEREZ TORELLO, Gonzalo(1) | YANEZ, Josue(1) | MARTINENGI, Nicolas Mario(2) | SANCHEZ, Iris Mariana(1) | YAMASE, Ricardo(3) | CARNERO, Guillermo(1)

Clínica Zabala (1); Clínica del Sol (2); Hospital General de Agudos Dr. C. Durand (3)



Imágenes obtenidas con EIC con transductor ubicado en aurícula derecha. A) Visualización de septum interauricular. B y C) Punta de aguja transeptal realizando "tenting" en región de la fosa oval del septum; D) Imagen de "burbujas" producidas por inyección de líquido de contraste en aurícula izquierda luego de la punción; E y F) presencia de catéter guía en aurícula izquierda.

**Introducción:** El abordaje transeptal es una técnica frecuentemente utilizada en laboratorios de electrofisiología. Recientemente se ha incorporado la ecografía intracardiaca (EIC) como herramienta útil para guiar el acceso transeptal. La incorporación nuevas tecnologías requiere realizar la curva de aprendizaje para su adecuada utilización.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia inicial con el uso de EIC para guiar abordaje transeptal.

**Materiales y Métodos:** Serie de casos consecutiva. Se incluyeron los pacientes en quienes se realizó abordaje transeptal guiado con EIC independientemente del sustrato abordado o el uso concomitante de ecocardiograma transesofágico. La sonda de EIC se introdujo a través de introductor de 10 a 12 FR por acceso venoso femoral y progresada hasta aurícula derecha desde donde fue visualizado el septum interauricular. Adicionalmente se utilizaron reparos radiológicos clásicos (his y/o seno coronario)

**Resultados:** Entre marzo del 2020 y mayo del 2022 se realizaron 30 abordajes transeptales guiados con EIC. La edad media fue 52 años (min 20, máx 80) y 23 (76.6%) masculinos. Los sustratos que motivaron dicho acceso fueron fibrilación auricular 23 (76.6%), vías accesorias izquierdas 5 (16.6%), taquicardia ventricular idiopática 1 (3.3%) y taquicardia ventricular isquémica 1 (3.3%). Los primeros 5 abordajes fueron realizados en presencia de un operador con experiencia previa en EIC. En todos los casos se logró una visualización adecuada del septum interauricular pudiéndose realizar la punción transeptal en forma exitosa. No se observaron complicaciones relacionadas a la intervención.

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia inicial el abordaje transeptal guiado con EIC es una técnica segura y con una breve curva de aprendizaje.

### 0318 - NUEVOS HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE POTENCIAL UTILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE CICATRIZ DE INFARTO ANTERIOR EN PRESENCIA DE BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA PERMANENTE.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Enfermedad Coronaria

FAJARDO VERA, Gabriela | FERRANDO, Federico | MURGUÍA SALGADO, Soledad | ACQUISTAPACE, Federico | GARRETANO, Alejandra | MARICHAL, Pablo | NOGARA, Romina | BAYARDO, Karina

Hospital de Clínicas de la Ciudad de Montevideo, Uruguay

**Introducción:** La presencia de bloqueo completo de la rama izquierda del His (BCRI) permanente invalida los criterios ECG diagnósticos de isquemia y dificulta la detección de cicatriz de infarto en el territorio irrigado por la arteria descendente anterior. En efecto, los hallazgos ECG clásicos sugestivos de secuela anterior en presencia de BCRI no han demostrado un rendimiento diagnóstico bajo.

**Objetivos:** Analizar el rendimiento diagnóstico de diversos hallazgos electrocardiográficos sugestivos de cicatriz de infarto antero-septo-apical en presencia de BCRI permanente.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico en pacientes con BCRI permanente derivados consecutivamente a centellograma de perfusión miocárdica por SPECT gatillado (CPM). Para la sensibilización se utilizó un protocolo de estrés vasodilatador (dipiridamol). Para la CPM se inyectaron 15-25 mCi de <sup>99m</sup>Tc-MIBI al 7mo minuto tras la infusión de 0,56 mg/kg de dipiridamol. A los 60 minutos se obtuvieron imágenes tomográficas gatilladas con la onda r del ECG (SPECT) en proyecciones de eje largo (horizontal y vertical) y eje corto transversal. En un día separado se realizó el estudio en condiciones de reposo. Las imágenes se adquirieron en un equipo híbrido SPECT-CT (General Electric Infinia Hawkeye), que permite la corrección de atenuación por tejidos mamarios. La presencia de cicatriz en el territorio de la descendente anterior se definió como un defecto de perfusión fijo, moderado/severo, de distribución antero-septo-apical, no atribuible a BCRI en opinión de expertos, asociado a dismotilidad regional. Se analizó el rendimiento diagnóstico de diferentes hallazgos ECG para con la presencia de secuela: signos de Cabrera y Chapman, duración QRS, salto de onda, onda r en la derivación V1 ( $rV1 > 0,1$  mV, supradesnivel-ST en V1 e infradesnivel-ST en V5).

**Resultados:** Incluimos 115 pacientes con BCRI derivados a CPM, 55 mujeres (48%), con una edad promedio de 65 años, 28% diabéticos. La duración del qrs fue similar en pacientes con y sin secuela ( $0=0,59$ ). Los pacientes con secuela anterior presentaron FEVI basal menor ( $31,50[21,00-43,50]$  vs.  $47,00[29,75-58,00]\%$ ,  $p=0,025$ ). Los signos clásicos diagnósticos fueron poco sensibles y muy específicos, al igual que el salto de onda (S: 30%, E: 70%), mientras que  $rV1 > 0,1$  mV presentó S: 40% y E: 87% ( $p=0,04$ ). La combinación de  $rV1 > 0,1$  mV + signo de Cabrera obtuvo una S de 20% y una E de 98% ( $p=0,037$ ), mientras que  $rV1 > 0,1$  mV + supradesnivel-ST V1  $\geq 0,1$  mV obtuvo S de 40% y E de 89% ( $p=0,025$ ).

**Conclusiones:** En presencia de BCRI permanente, los signos electrocardiográficos clásicos de secuela de infarto anterior resultan poco sensibles. Encontramos algunos signos de potencial utilidad diagnóstica como la presencia de  $rV1 \geq 0,1$  mV y su combinación con el signo de Cabrera y el supradesnivel-ST en V1. Estos hallazgos merecen ser evaluados en series mayores con confirmación angiográfica.

## 0638 - ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR UTILIZANDO MAPEOS DE ALTA DENSIDAD DE PUNTOS Y FUERZA DE CONTACTO

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

OROSCO, Agustin | VERGARA, Juan | TOMAS, Leandro | RODRIGUEZ ARGUDO, Roberto Gabriel

Sanatorio San Lucas



**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica con una prevalencia superior al 1 % en la población general, siendo una importante causa de morbimortalidad e incrementando el riesgo de muerte, insuficiencia cardíaca y eventos embólicos. En las últimas décadas, la ablación de esta arritmia se posiciona como el tratamiento más eficaz para el tratamiento de la FA mediante el aislamiento de venas pulmonares (AVP) entre las técnicas más utilizadas. Las mejoras tecnológicas empleadas en los distintos sistemas de mapeos tridimensionales, como la fuerza de contacto para lograr una mejor lesión transmural y los mapas de alta densidad de puntos para hacer más fidedigno el voltaje endocárdico, han contribuido a la seguridad de esta técnica así como a la reducción en la recurrencias de FA.

**Objetivos:** EL objetivo primario de este estudio fue analizar la tasa de éxito agudo asociado a mapas de alta densidad de puntos sumados al empleo de fuerza de contacto.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico, entre Octubre del 2018 y Agosto del 2021, de 58 casos consecutivos de ablación de fibrilación auricular paroxística y persistente de reciente comienzo con radiofrecuencia guiados con mapeo tridimensional (carto3, ensite, columbus) y crioablación por balón. Se realizó un seguimiento a 1, 3, 6, 9, 12, 24, 36, 48 meses de la ablación, mediante electrocardiograma y holter de 24 horas. Se excluyeron del análisis los pacientes con reablación, y los que no acudieron a seguimiento. Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el sistema SPSS. Las variables discretas se expresaron como porcentajes y las continuas como media y desvío estándar.

**Resultados:** De los 58 pacientes que se realizaron la ablación de Fibrilación auricular con posterior seguimiento completo, el 66,1 % de la población fueron hombres, 73,9 % hipertensos, 19% tabaquistas, 18,2 % portador de Enfermedad coronaria, 13,6% diabéticos, Accidente cerebrovascular previo 9,1%. La edad promedio fue 61,3 años, la función sistólica de ventrículo izquierdo fue  $58,27\% \pm 11,1\%$ , el área de la aurícula izquierda  $22,05\text{cm}^2 \pm 3,76$ , CHA2DS2VASc  $2 \pm 1,68$ . Del total de los casos en estudio 71,9% tuvieron FA paroxística y 28,1% FA persistente de reciente comienzo. El 4% presentó Tronco común, siendo un Tronco común izquierdo y un tronco común derecho. Los sistemas de navegación utilizados fueron: CARTO en el 58,6%, ENSITE 24,2%, COLUMBUS 15,5%, CRIOBALON 1,7%. EL tiempo promedio de procedimiento fue 177,3 min, tiempo de fluoroscopia 32,1min  $\pm 10,1$  y tiempo de navegación en auricular izquierda 88,47min, se usó fuerza de contacto 46% y mapeo de alta densidad 56%. El éxito agudo representado por el aislamiento de todas las venas pulmonares fue del 86%. La recurrencia temprana (blanking period) fue de 13% Y la recurrencia tardía fue de 28%. Se observó que el uso de fuerza de contacto se relacionó con una mayor tasa de éxito agudo ( $96,3\%$  vs  $74\%$  ( $p < 0,001$ )) pero no hubo diferencias significativas en la libertad de fibrilación auricular a 2 años de seguimiento ( $22,2\%$  vs  $32,2\%$  ( $p = 0,072$ )). Las complicaciones totales fueron del 3,4% (derrame pericárdico 1,7% y hematoma inguinal 1,7%). No se presentaron complicaciones mayores a largo plazo como estenosis de vena pulmonar, fístula atrio esofágica, parálisis frénica, AIT, ACV.

**Conclusiones:** La ablación de Fibrilación auricular con mapeo de alta densidad de puntos y utilizando fuerza de contacto aumenta la tasa de éxito agudo en el aislamiento de venas pulmonares mostrando una tendencia a la disminución de la recurrencia de FA a 2 años de seguimiento en esta serie de pacientes.

## **0657 - CAMBIOS ELECTRO-VECTOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON INFECCION PREVIA POR SAR2-CO-V-2 DERIVADOS A GAMMAGRAFIA DE PERFUSION MIOCARDICA.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Covid-19*

*Unidad Temática 2: Arritmias y Electrofisiología*

**ACQUISTAPACE, Federico** | FERRANDO, Federico | MURGUÍA SALGADO, Soledad | GARRETANO, Alejandra | MARICHAL, Pablo | NUÑEZ, Alison | BAYARDO, Karina | FERRANDO, Rodolfo

**Hospital de Clínicas de la Ciudad de Montevideo, Uruguay**

**Introducción:** Las complicaciones cardiovasculares asociadas a la infección SARS-CoV-2 han sido reconocidas en el curso de la enfermedad aguda y en forma alejada. Aunque se han reportado diversos cambios persistentes a nivel vascular y autonómico, su correlato electro-vectocardiográfico basal y en respuesta a diferentes estímulos ha sido escasamente descrito.

**Objetivos:** Evaluar las alteraciones electro-vectocardiográficas basales y los cambios asociados al estrés vasodilatador en sujetos con antecedentes de COVID-19 derivados a gammagrafía de perfusión miocárdica (GPM).

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, unicéntrico, en pacientes que cursaron COVID-19 en al menos 2 semanas previas derivados a GPM. Para la sensibilización se utilizó un protocolo de estrés-reposo en dos días separados con dipiridamol (0,56 mg/kg en 4 minutos). Las imágenes se adquirieron en un equipo híbrido SPECT-CT (General Electric Infinia Hawkeye). Se excluyeron los pacientes en ritmo no sinusal, con marcapasos o BCRI. Los ECG de superficie basales se registraron con un equipo digital en 6-9 latidos promediados. Se obtuvieron también parámetros del vectocardiograma offline (transformada de Dower) en el plano frontal. Las medidas basales se contrastaron con las observadas en una cohorte histórica prepandemia (2015-2018) comparables por sexo, edad, diabetes e intervencionismo coronario previo, en pacientes con y sin defectos de perfusión sugestivos de isquemia por imágenes. La aparición de síntomas y las alteraciones ST sugestivas de isquemia en respuesta al dipiridamol se compararon entre ambos grupos.

**Resultados:** Los electro-vectocardiogramas basales y el comportamiento clínico-ECG al estrés se compararon entre 52 pacientes con COVID-19 previo y 62 pacientes de la cohorte histórica. Entre la infección por SARS CoV-2 y la GPM transcurrieron 2-64 semanas. La mayoría de las infecciones fueron asintomáticas/leves (89%). Los pacientes con COVID-19 previo presentaron PAS y PAD basales más elevadas (mediana[RIQ25-75] de  $152.5[140.0-165.0]$  vs.  $130.0[120-130]$  mmHg,  $85[76.3-95.0]$  vs.  $70[60.0-80.0]$  mmHg,  $p < 0,0001$ ) y FC basal similar ( $76.3 \pm 14.00$  vs.  $73.9 \pm 11.9$  lpm,  $p = 0,33$ ). Se detectaron diferencias en la amplitud de la onda P y el ángulo P frontal ( $p = 0,008$  y  $p = 0,004$ , respectivamente), la duración del QRS ( $0.086[0.080-0.099]$  vs.

0.096[0.089-0.106]ms,  $p=0.0017$ ), el nivel-ST ( $p=0.0002$ ) y la duración de la onda T ( $p<0.0001$ ). La única variable que mostró diferencias entre los grupos en toda la muestra y en los subgrupos de pacientes con isquemia de cualquier intensidad e isquemia moderada/severa fue la duración del QRS. Dicha variable fue similar en pacientes con COVID reciente vs. alejado ( $>10$  semanas). En los pacientes con defectos de perfusión compatibles con isquemia por imágenes se observó una tendencia a menor intervalo QTc basal en quienes cursaron COVID ( $p=0,07$ ). Los signos de isquemia clínico-ECG en respuesta al insulto vasodilatador y la tasa de defectos sugestivos de isquemia no difirieron entre los grupos.

**Conclusiones:** Los pacientes derivados a GPM que cursaron COVID-19 exhiben una tendencia a la hipertensión arterial y diversas alteraciones electro-vecocardiográficos basales a nivel de la conducción auricular, el ventriculograma, la repolarización ventricular y el QTc. Estos hallazgos podrían sugerir un estado de descarga adrenérgica mantenida tras la convalecencia. Se requieren más estudios para evaluar los mecanismos que subyacen a estos cambios y sus impactos diagnósticos y pronósticos.

## **0055 - UTILIZACIÓN DE ESTATINAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA. ANÁLISIS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | D' IMPERIO, Herald(1) | **MONTENEGRO, Sergio** (2) | CHARASK, Adrian(1) | RUDERMAN, Andres(1) | PÉREZ, Pedro(3) | PÉREZ, Juan Manuel(3) | RACCA, Federico(3)

**Áreas SAC: Área de Investigación (1); Integrand(2); Tres Sigmas (3)**

**Introducción:** La prevención secundaria con estatinas es un pilar fundamental para disminuir el riesgo de nuevos eventos en los pacientes vasculares. Se recomienda el uso de estrategia de alta intensidad en pacientes de entre 40 y 75 años de edad diabéticos y/o con antecedentes vasculares. La historia clínica electrónica (HCE) de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) es una herramienta que nos permite analizar datos preestablecidos en el manejo ambulatorio de los pacientes seguidos por cardiólogos.

**Objetivos:** 1) Analizar el porcentaje de uso de estatinas y ezetimibe en prevención secundaria y diabetes. 2) Analizar el porcentaje de utilización de la estrategia de alta intensidad utilizado en esta población.

**Materiales y Métodos:** La HCE es una plataforma de registro de pacientes ambulatorios que la SAC le brinda gratuitamente a sus socios para que puedan utilizarla en sus consultorios. Cumple con todos los requisitos legales de una historia clínica y a la vez permite que la información contenida (anonimizada tanto de datos del paciente como del profesional) puede extraerse, exportarse en excel y ser analizada con cualquier paquete estadístico. Está estructurada en "fichas" de primera consulta y ulteriores y en la primera hay casilleros que se tildan ante la presencia de antecedentes y factores de riesgo. Para el análisis de datos puede cruzarse la información de la ficha de primera vez con los datos contenidos en las fichas ulteriores que contienen datos de signos, síntomas, diagnósticos, evoluciones y prescripciones farmacológicas. Este cruzamiento de datos permite registrar también cambios evolutivos. Para este trabajo, se seleccionaron los pacientes que tenían entre 40 y 75 años.

**Resultados:** De una base de 19621 pacientes con datos desde el 1 de julio 2014 hasta el 1 de julio de 2021, 13527 pacientes tuvieron entre 40 y 75 años. 2348 (un 17,4%) eran diabéticos y 6570 tenían algún antecedente vascular (48,6%). El 54% de los diabéticos tenía además antecedente vascular. En los pacientes con antec vasculares, el uso de estatinas fue del 38,3% y de ezetimibe del 5,5%. Mientras que en los diabéticos fue del 40,5% y del 4,9%, respectivamente. Los diabéticos que además tenían antecedentes vasculares fueron tratados con estatinas en el 49,7% de los casos, considerablemente más que los diabéticos sin antecedentes vasculares 29,4%,  $p<0,001$ . De los 951 pacientes diabéticos con estatinas, un 32,6% utilizaban estrategia de alta intensidad. Entre los pacientes vasculares que usaban estatinas (n:2520) las de uso más frecuente fueron la rosuvastatina en el 58% de los casos, la atorvastatina en el 33% y la simvastatina en el 10% restante. Sólo un 34% de los que tomaban estatinas se encontraban en estrategia de alta intensidad (43% en los de rosuvastatina, 26% en los que utilizaban atorvastatina y 3% en el grupo simvastatina)

**Conclusiones:** el análisis de la HCE permite analizar los datos solicitados (edad, sexo, antecedentes, uso de drogas y dosis). La calidad de los datos obtenidos depende de la forma en que fueron completados los casilleros por los médicos tratantes. Se observa una subutilización importante de estatinas tanto en diabéticos como en prevención secundaria. Asimismo, también es muy subutilizada la estrategia de alta intensidad. Se requiere un trabajo prospectivo para confirmar estos hallazgos e incursionar en las potenciales razones que lo determinan.

## **0277 - LA ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA NOS PERMITE DETECTAR INDIVIDUOS DE MUY ALTO RIESGO ENTRE PACIENTE CON LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

*Unidad Temática 2: Cardiología Clínica*

LYNCH, Santiago | STAMPONE, Gustavo | MASSON, Gerardo | COMTESSE, Daniel | STUTZBACH, Pablo  
Guillermo

**Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)**

**Introducción:** La Lipoproteína (a) (Lp (a)) elevada es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, estos pacientes no constituyen una población homogénea y es necesario identificar a los de mayor riesgo, para establecer tratamientos más intensivos. La ateromatosis subclínica, constituye una herramienta útil para la identificación de pacientes de mayor riesgo en prevención primaria. Resulta interesante conocer la utilidad de esta herramienta entre pacientes con Lp(a) elevada.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre aterosclerosis carotídea (AC) y el antecedente de eventos vasculares mayores en una población con Lp (a) elevada.

**Materiales y Métodos:** Incluimos en forma prospectiva a pacientes mayores de 18 años que fueron evaluados en nuestro centro y presentaban Lp (a) mayor a 75 nmol/l. Se considero evento vascular mayor al antecedente de enfermedad coronaria, cerebrovascular o vascular periférica. A todos los pacientes se les realizó ecografía de vasos de cuello con Doppler para determinar presencia de aterosclerosis subclínica.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 61 pacientes. La media de edad fue de 54 años ( $\pm 13$ ), 13 eran mujeres (21%), 27 pacientes (44%) presentaban eventos cardiovasculares previos. La presencia de AC (68.8% vs 12%,  $p < 0.001$ ) y el sexo masculino (53% vs 15%,  $p 0.015$ ) se asociaron a la presencia antecedentes vasculares. En el modelo multivariado, se sostuvo la asociación significativa entre eventos vasculares mayores y la presencia de AC OR 16.7 (IC95 3.8 - 73,  $p < 0.0001$ )

**Conclusiones:** Según nuestros resultados, la presencia de AC en pacientes con Lp (a) elevada nos permitiría detectar individuos de mayor riesgo.

## **0292 - ASOCIACION DE LIPOPROTEÍNA (A) Y EVENTOS VASCULARES**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

*Unidad Temática 2: Cardiología Clínica*

LYNCH, Santiago | STAMPONE, Gustavo | MASSON, Gerardo | COMTESSE, Daniel | STUTZBACH, Pablo  
Guillermo

**Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)**

**Introducción:** La lipoproteína (a) (Lp (a)) elevada es un factor de riesgo de enfermedad vascular aterosclerótica. La misma se mantiene con valores estables a lo largo de la vida, lo cual nos permite identificar a aquellos individuos con mayor riesgo. Las guías actuales sugieren medirla una vez en la vida. No contamos en nuestro medio con evidencia que muestre el grado de asociación entre este marcador sérico y el riesgo vascular

**Objetivos:** Evaluar el grado de asociación de la Lp(a) e historia de eventos vasculares mayores en una población local.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron de manera prospectiva a pacientes mayores de 18 años que consultaron a consultorios externos de cardiología, en quienes su médico tratante le solicitó dosaje de Lp(a). La misma se expresó en nmol/l. Se considero historia de enfermedad vascular al antecedente de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o enfermedad vascular periférica. Se compararon medianas mediante prueba de U de Mann-Whitney, medias mediante test T de Student y se utilizó Chi2 para evaluar variables categóricas. Se realizó un modelo de regresión logística escalonada hacia atrás para determinar las variables independientes asociadas a eventos cardiovasculares. Se tomó como significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 142 paciente. La edad promedio fué de 57 años ( $\pm 13$ ), con un 27% de mujeres (n=38) y un 33% de pacientes en prevención secundaria (n=44). Los pacientes con antecedentes

cardiovasculares tuvieron mayor edad (60 vs 54 años, p 0.02), y se observó un mayor porcentaje de sexo masculino (39% vs 16%, p 0.014). En el modelo de regresión logística múltiple (en donde se incluyeron estas variables y otras forzadas como HTA, TBQ y DM2) la Lp(a) estuvo asociada de manera independiente a eventos cardiovasculares (OR 1.005: IC95 1.002 - 1.009, p 0.005).

**Conclusiones:** Encontramos una asociación significativa e independiente entre los niveles elevados de Lp (a) y el antecedente de eventos vasculares mayores.

## 0463 - ¿INFLUYE EL ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR COVID-19 EN EL REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL? DATOS DE UN REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN QUE CONCORRE AL HOSPITAL.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Hipertensión Arterial*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

**HELGUERA, Lucía** | VOLPATO, Jessica | ZILBERMAN, Judith Miriam | LACUSANT, Jeanette | CONTRERAS, Víctor Fabián | GARCÍA GIMENEZ, Priscila | GONZALEZ, Ana Liliana | GAGLIARDI, Juan Alberto

**Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich**

**Introducción:** Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 se ha relacionado el antecedente de la infección con distintos eventos cardiovasculares e incluso con registros elevados de presión arterial (PA) tanto en la población hipertensa como en los normotensos.

**Objetivos:** Durante la campaña "Conoce y Controla tu presión arterial" del año 2021 consultamos sobre el antecedente de infección por COVID-19 con el objetivo de relacionar los resultados obtenidos con el antecedente de infección referido por la población incluida.

**Materiales y Métodos:** En el marco de la campaña de concientización de hipertensión arterial (HTA) de la SAHA "Conoce y controla tu presión arterial", se analizaron los registros de los individuos que asistieron al hospital y voluntariamente contestaron la encuesta durante el año 2021.

	COVID 19 (-)		COVID 19 (+)		p
	n	%	n	%	
N	331	68,4	153	31,6	
Edad	50,4 ± 17,8		48,2 ± 17,2		0,20
Sexo Femenino	201	60,7	85	55,6	0,28
Promedio PAS (mmHg)	135,8 ± 19,5		131,4 ± 19,0		<b>0,056</b>
Promedio PAD (mmHg)	80,9 ± 19,9		82,5 ± 12,3		0,35
FC (lpm)	75,7 ± 12,3		78,7 ± 13,2		<b>0,01</b>
IMC	28,8 ± 6,1		29,4 ± 5,8		0,36
HTA Conocida	189	57,1	84	54,9	0,65
HTA No Conocida	32	9,7	11	7,2	0,37
HTA Total	221	66,8	95	62,1	0,31
Tratados	171	51,9	81	52,9	0,84
Tratados controlados	77	45,0	35	43,2	0,78

**Resultados:** De los 494 individuos registrados, se analizaron 484 que respondieron la encuesta. La edad promedio fue 49,7 ± 17,6 años y el 59,1% eran de sexo femenino. El 31,6% (n=153) refirió el antecedente de infección por COVID-19.

**Conclusiones:** Los individuos que refirieron el antecedente de haber tenido infección por COVID-19 presentaron valores promedios de PAS más bajos y mayor frecuencia cardiaca. Sin embargo la prevalencia de HTA, tratamiento y control de la misma fue similar a los que no tuvieron la infección.

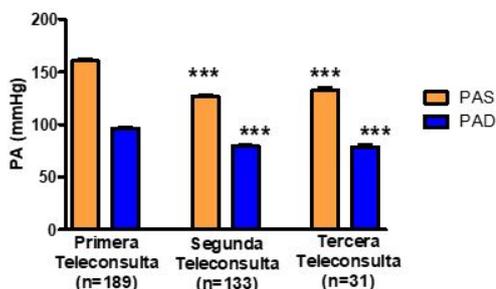
## 0597 - TELEMEDICINA COMO HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

*Modalidad: Tema Libre*

## Unidad Temática: Hipertensión Arterial

CARRIZO, Alvaro Daniel | LOPEZ, María Eugenia | MARAÑÓN, Rodrigo Oscar | PERAL DE BRUNO, María | JOO TURONI, Claudio

Universidad Nacional de Tucumán



\*\*\*:  $p < 0,001$  vs Primera Teleconsulta

**Introducción:** Durante la pandemia de COVID-19 se afectó el control de las enfermedades crónicas prevalentes como la hipertensión arterial (HTA). En este contexto, se potenció el Servicio de Telemedicina del Sistema Provincial de Salud de Tucumán (SIPROSA) creándose consultorios virtuales de especialidades, incluyendo Cardiología. Dadas las condiciones tecnológicas actuales, un médico entrenado en Telemedicina puede convertir esta práctica en una labor con un alto índice de calidad.

**Objetivos:** Evaluar el seguimiento de pacientes con HTA a través del Consultorio de Cardiología del Servicio de Telemedicina del SIPROSA.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron los pacientes con diagnóstico previo de HTA que consultaron por primera vez, de manera voluntaria, al Consultorio de Cardiología del Servicio de Telemedicina del SIPROSA durante junio a septiembre de 2021 por presión arterial (PA) elevada. Se descartaron aquellos pacientes que, de acuerdo a criterio médico, necesitaban un control médico presencial de manera urgente o diferida. En la primera Teleconsulta se registró los valores de PA por los que consultó, la medicación antihipertensiva actual. Se dieron pautas higienicodietéticas y, en caso de ser necesario, se realizaron ajustes de la medicación. A los 10 días se realizó el seguimiento por parte del médico (segunda Teleconsulta) volviéndose a registrar los parámetros anteriormente descritos. A aquellos pacientes que en la segunda Teleconsulta continuaban con valores de PA elevados, se les realizó un nuevo ajuste de medicación y se los citó a una tercera Teleconsulta. Análisis Estadístico: Los resultados se expresaron como promedio  $\pm$  error estándar. Se utilizó ANOVA con Post Test de Newman Keuls o Chi cuadrado ( $X^2$ ) según fue necesario. Los resultados fueron considerados significativos con una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 189 pacientes (67 varones y 122 mujeres) de  $52 \pm 1$  años de edad. Los valores de PA fueron de  $160 \pm 2 / 97 \pm 1$  mmHg. Al momento de la consulta los pacientes recibían  $1,2 \pm 0,1$  medicamentos. No se encontraron diferencias en estas variables entre varones y mujeres. 133 pacientes (70% del total) respondieron la segunda Teleconsulta. 102 pacientes (77% de los que respondieron) presentaban controladas las cifras de PA. Los 31 pacientes restantes se les ajustó medicación y régimen higienicodietético y se los citó a una tercera Teleconsulta. En esta oportunidad los 31 pacientes (100%) respondieron, y de estos, 20 pacientes (64%) estaban con cifras de PA controladas. La Figura 1 indica los valores de PA en las tres Teleconsultas. Tanto la PA sistólica como la PA diastólica disminuyeron en la segunda y tercera con respecto a la primera Teleconsulta. En la primera Teleconsulta 36% de los pacientes indicaron que realizaban dieta hiposódica. En la segunda y Tercera Teleconsulta la realizaban 86% ( $X^2: 81,1; p < 0,001$ ) y 72% ( $X^2: 4,6; p < 0,05$ ) respectivamente. La medicación antihipertensiva aumentó a  $1,6 \pm 0,1$  en la segunda y a  $2,4 \pm 0,2$  medicamentos antihipertensivos en la tercera Teleconsulta ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los resultados indican que el control por Telemedicina es una herramienta válida para el seguimiento de los pacientes con HTA. Ya en la segunda Teleconsulta se logró controlar un 77% de los pacientes y el descenso de la PA se vio acompañada por un mayor número de medicamentos antihipertensivos y aumento de la compliance a la dieta hiposódica. Se hipotetiza que este seguimiento debe ser realizado por un profesional entrenado que pueda evaluar y corregir, en caso que sea necesario, la medicación administrada y que realice un abordaje higienicodietético integral.

### 0615 - LA BAJA ADHERENCIA A MEDICACIONES CARDIOVASCULARES ES FRECUENTE EN UN SERVICIO AMBULATORIO DE CARDIOLOGÍA

Modalidad: Tema Libre

## Unidad Temática: Cardiología Clínica

### Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

PEREZ, María Florencia | SCHITTER, Martín | MAIDANA, Martín | ESPARZA IRAOLA, Rodrigo | MÜLLER, Lucas Iván | GIUNTA, Gustavo | HERSHSON, Alejandro Rubén

#### Fundación Favaloro

**Introducción:** El tratamiento farmacológico de los pacientes (pac) con enfermedad cardiovascular ha demostrado mejorar el pronóstico considerablemente. La falta de adherencia es una de las principales limitantes para la implementación del tratamiento farmacológico en prevención cardiovascular. Existe limitada evidencia sobre la adherencia terapéutica y sus determinantes en nuestro medio.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo fue establecer el nivel de adherencia de los pac que reciben medicación cardiovascular y describir las características de la población no adherente

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, realizado en el marco de los consultorios externos de Cardiología de una institución de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre enero y marzo del 2022. Se invitó a participar a pac mayores de 18 años que concurrieron a una consulta cardiológica. Se excluyeron los pac que no recibían medicación cardiovascular. La encuesta consistió en un auto reporte de datos antropométricos y clínicos. Se utilizó el Test de Morisky-Green de ocho preguntas como escala validada para evaluar adherencia. Se consideraron no adherentes los pac que obtuvieron resultados con menos de seis puntos.

	Adherentes (n=170)	No adherentes (n=44)	p
Edad (años)	65,1 ± 12,9	64,8 ± 13,6	ns
Sexo femenino (%)	38,2	61,4	<0,01
BMI	27,8 ± 4,5	27 ± 4,6	ns
Cantidad medicamentos que toma (n)	4 ± 2,2	3,4 ± 2	ns
HTA (%)	63,6	62,4	ns
DLP (%)	27,6	27,3	ns
TBQ (%)	13,5	6,8	ns
DBT (%)	20,6	25	ns
Prevención secundaria (%)	31,8	20,5	ns
Jubilado (%)	59,1	55,3	ns
Vive solo (%)	20,5	22,2	ns

**Resultados:** Un total de 214 pac completaron la encuesta. La edad promedio de esta población fue 65 ± 13, 108 (50,4%) de sexo femenino. Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares presentaron hipertensión arterial 62%, colesterol elevado 27%, el 53% manifestó haber fumado, de los cuales 12,1% refirieron ser tabaquistas activos. El 15% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. Ante la pregunta "¿Olvida tomar su medicina algunas veces?" 31,3% contentaron que sí. El 12,6% respondieron que alguna vez ha tomado menos pastillas o ha dejado de tomarlas sin decirselo al médico. Reconocieron no recordar sus medicamentos un 15% del total, y no haber tomado su medicación completa el día anterior el 7,5%. Se observó baja adherencia en 44 pac (20,7%). En la tabla 1, se comparan las características de los pac adherentes y no adherentes. Se observó una asociación entre el sexo femenino y la no adherencia. No se evidenciaron otras diferencias clínicas significativas en las variables medidas.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, 1 de cada 5 pac mostraron baja adherencia. Los parámetros clínicos habituales no parecen identificar claramente a los no adherentes, resaltando la importancia de utilizar herramientas validadas con este fin. Estos resultados constituyen una alarma para el médico cardiólogo, que posiblemente, tenga una idea equivocada de cómo se siguen sus instrucciones.

## 0172 - OBSERVACIONES PRAGMATICAS A PARTIR DEL REGISTRO DE EVALUACION CARDIOLOGICA POST-COVID-19. PARTE 1: PREVALENCIA DE ALTERACIONES CARDIOLOGICAS.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Covid-19

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

RUIZ, Graciela Aurora | MAKHOUL, Silvia Susana | CARNUCCIO, María Teresa | PELLEGRINI, Alejandro Jose | PEREZ PRADOS, Graciela | SALZBERG, Simón Mario | ZARATE, Julia Amanda | TOMBESI, Paola

**Introducción:** En la pandemia por COVID-19, tempranamente llamó la atención la persistencia de diversos síntomas más allá de la etapa aguda de la infección. Simultáneamente con el pico de la primera ola de la pandemia en la Ciudad de Buenos Aires (2020), nuestro centro habilitó un consultorio para realizar la evaluación cardiológica clínica post-COVID, de manera ambulatoria y a partir de los 30 días del momento del alta.

**Objetivos:** 1) Determinar la prevalencia de alteraciones cardiológicas “de novo” (HDN) en la población recuperada de COVID-19 mediante una secuencia básica de evaluación cardiológica. 2) Determinar variables clínicas asociadas a HDN.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes (ptes) que cursaron COVID-19 confirmado por PCR (+), hospitalizados o de curso domiciliario que concurren de manera ambulatoria a un consultorio partir de los 30 días post-alta de COVID. Se realizó entrevista personal: interrogatorio, examen físico, rutina de laboratorio, proteína C reactiva y ECG. Se solicitaron ecocardiograma y biomarcadores cardíacos. Otros estudios complementarios (Holter, RMI, CCG) fueron solicitados en función de los resultados previos. Se consideró HDN a la detección alteraciones cardiológicas en ptes sin cardiopatía previa conocida o a la progresión de enfermedad cardiológica conocida. Se describe la prevalencia de HDN. Se compararon distintas variables en el grupo con y sin HDN. Se estableció un modelo de variables independientemente asociadas a HDN mediante un análisis multivariado.

**Resultados:** Entre los meses de agosto del año 2020 y diciembre de 2021, fueron evaluados 246 ptes post-COVID (edad:  $52 \pm 13$  años; mujeres: 47.8%; etnia blanca: 60.6%; sobrepeso u obesidad: 79%; algún antecedente patológico: 71.5%; cardiopatía previa: 15.4%; curso de COVID con hospitalización: 78.8%; Covid leve: 37%, Moderado: 39%, Grave: 24%; lapso entre el alta y la evaluación post-COVID:  $68 \pm 42$  días). Se detectaron HDN en 62 ptes (25.2%). En 42 ptes (17%) se detectaron trastornos del ritmo (taquicardia sinusal en 25 (en 20 pts como único hallazgo), bradicardia sinusal en 3, arritmia ventricular en 18, fibrilación auricular/arritmia supraventricular en 6 y trastornos de conducción de 8 ptes), disfunción ventricular en 20 pts (8%), TEP post-COVID en 10 ptes. Seis ptes (2.4% de los ptes evaluados, 10% de los ptes con HDN,) debieron ser re-hospitalizados. La comparación entre ptes con y sin HCD muestra: Edad:  $56.9 \pm 14$  vs  $50.3 \pm 12$ ,  $p < 0.001$ ; Mujeres 43.5% vs 49.4%,  $p 0.46$ ; Antecedentes patológicos: 79% vs 69%,  $p 0.13$ ; Cardiopatía previa 19.4% vs 14%,  $p 0.32$ ; COVID leve: 37% vs 37%,  $p 1$ ; COVID moderado: 35.5 vs 40.2,  $p 0.54$ ; COVID grave: 27.4 vs 22.8,  $p 0.49$ ; Complicación cardiológica intra-COVID: 30.6% vs 14.1%,  $p < 0.01$ . Otras variables relacionadas fueron los antecedentes de HTA, diabetes y EPOC. En el análisis multivariado, la complicación cardiológica intra-Covid (OR: 2.86-IC:1.24-6.54), EPOC (OR: 3.20-IC:1.02-9.99) e Intervalo QTc (OR:5.10- IC:1.91-13.63) se asociaron independientemente a HCD.

**Conclusiones:** 1) La evaluación cardiológica post-COVID mostró hallazgos anormales en una cuarta parte de la población estudiada. Sin embargo, sólo el 2% presentó una trascendencia clínica mayor. La relación causal entre cardiopatía y COVID-19 previo no puede ser fehacientemente afirmada. 2) La detección de HDN no se asoció a la gravedad del COVID-19 pero si a algunas variables clínicas como la complicación cardiológica intra-COVID y el antecedente de EPOC.

## 0297 - DEPRESIÓN TRAS EL ALTA DE UNIDAD CORONARIA: UNA PROBLEMÁTICA SUBDIAGNOSTICADA.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Aspectos Psicosociales*

*Unidad Temática 2: Cardiología Clínica*

BOTTINI, Franco | RAFFAELI, Alesis | ROMERO, Gonzalo Eduardo | RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina | OLGUIN JOSEAU, Lisandro | LALOR, Nicolás

Sanatorio Anchorena

**Introducción:** La Depresión Mayor (DM) es hoy en día una de las patologías más comunes con una prevalencia global del 5% al 9% de la población general. A su vez, ha sido relacionada con la Enfermedad Cardiovascular (ECV) como patologías comórbidas. Sabemos que la internaciones por ECV pueden desencadenar un Episodio Depresivo Mayor independientemente de la gravedad del evento índice y sin embargo éstos suelen pasar desapercibidos dada la falta de sospecha clínica.

**Objetivos:** Nos propusimos evaluar la prevalencia de DM luego del alta en una población de pacientes internados en Unidad Coronaria por ECV mediante la aplicación de la Escala de Depresión Cardíaca (EDC).

**Materiales y Métodos:** El presente es un estudio de tipo transversal en pacientes adultos realizado desde junio a Diciembre de 2021 en un Sanatorio de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron un total de 72 pacientes. Se

diagnosticó DM cuando el puntaje de la EDC en el primer control a las dos semanas del alta alcanzó los 95 puntos. Esta herramienta diagnóstica tiene una especificidad del 85% y una sensibilidad del 97% para el diagnóstico de DM en caso de alcanzar un puntaje total mayor o igual a 95.

**Resultados:** Se diagnosticó DM en un 27,8% (20 pacientes). La edad media fue 62+-13,2 años, los principales diagnósticos de ingreso a UCO fueron Síndromes Coronarios Agudos 63%, Insuficiencia Cardíaca Descompensada 12,5% y Cirugías Cardíacas Electivas 13,9%. Solamente un 1,4% (1 paciente) presentaba antecedente conocido de DM.

**Conclusiones:** Los pacientes evaluados tras el alta de internaciones por diversas ECV presentaron una alta prevalencia de DM, sin embargo esta comorbilidad sigue siendo subdiagnosticada por los cardiólogos.

## 0300 - TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN Y CÁNCER ¿DEBE UTILIZARSE EL PUNTAJE DE PESI Ó PESI SIMPLIFICADO?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Cardiología Crítica*

TORRES, Nicolás Arturo | **SPAINI, Emilia Macarena** | BRANC, Tomas | IWANOWSKI, Mateo | BONORINO, Jose | BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BARATTA, Sergio

**Hospital Austral**

**Introducción:** En pacientes con tromboembolismo de pulmón (TEP) el puntaje de Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar (PESI) simplificado es una herramienta útil para categorizar rápidamente el riesgo del mismo. Los pacientes con cáncer presentan indefectiblemente un valor de PESI simplificado alto ya que dicho antecedente es considerado una variable de riesgo en su definición original. En la estratificación de riesgo propuesta por la Sociedad Argentina de Cardiología y la Sociedad Europea de Cardiología se propone el uso indistinto del PESI o PESI simplificado. Sin embargo, en pacientes con cáncer se desconoce si alguna de ellas es más apropiada para predecir riesgo de eventos adversos y mortalidad intrahospitalaria.

**Objetivos:** Determinar en una población de pacientes con TEP y puntaje PESI intermedio o más (mayor o igual a 86), la ocurrencia de muerte intrahospitalaria (MIH), requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y/o uso de drogas vasoactivas, en función de la existencia o ausencia de cáncer.

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un Hospital Universitario Argentino, sobre pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022 que tuvieron un puntaje PESI intermedio o más. Se evaluó la ocurrencia de MIH, uso de drogas vasoactivas y/o ARM en función de la existencia o ausencia de cáncer.

	NO CA (N=83)	CA (n=126)	P
EDAD	70	65	<0.05
FEM	38(45%)	62(49%)	NS
HTA	60(72%)	61 (48%)	<0.05
DBT	7(8%)	24 (19%)	<0.05
EPOC	7 (8%)	6(5%)	NS
TBQ	31 (37%)	54 (43%)	NS
DLP	27 (32%)	46 (36%)	NS
TnTUS > 14	53(63%)	63(50%)	NS
TTO Anticoagulante	81(97%)	123(97%)	NS
PESI SIMP 1	70 (84%)	126 (100%)	<0,05

**Resultados:** Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 209 que presentaron un puntaje PESI intermedio o mayor. La población de pacientes con cáncer resultó ser más joven que la de aquella sin cáncer (65 vs. 70 años;  $p < 0.05$ ), respectivamente. Los pacientes con cáncer presentaron una menor prevalencia de hipertensión arterial pero más diabetes (48% vs. 72%;  $p < 0.05$ ) y (19% vs. 8%;  $p < 0.05$ ), respectivamente. Los pacientes con cáncer tuvieron un puntaje PESI simplificado mayor respecto de los pacientes sin cáncer (100% vs. 84%;  $p < 0.05$ ), respectivamente. Tabla 1. Asimismo, los pacientes con cáncer tuvieron menor requerimiento de ARM y menor uso de drogas vasoactivas (9% vs. 24%;  $p < 0.05$ )

(11% vs. 23%;  $p < 0.05$ ), respectivamente. Sin embargo, no se observaron diferencias en las tasas de MIH entre los pacientes con cáncer vs. sin cáncer (12.7% vs. 8%;  $p = ns$ ), respectivamente. Tabla 2.

**Conclusiones:** Los pacientes con TEP y cáncer que presentan un puntaje PESI intermedio o más, no tendrían mayor mortalidad y tendrían menor requerimiento de ARM o uso de drogas vasoactivas. La utilización del puntaje PESI en vez del PESI simplificado podría proporcionar mayor precisión pronóstica en esta población.

## 0497 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES CLÁSICOS, EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CHAGÁSICOS Y SU RELACIÓN CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Enfermedad de Chagas*

JULIO, Agustina | **CHIRINO, Daniel** | VARGAS, Kaytleen | DIZEO, Claudio | GUTHMANN, Maria Gabriela

Sanatorio Franchín

	Estadio 0 (n=376)	Estadio I (n=75)	Estadio II (n=25)	Estadio III (n=25)	P
Sin FRC	73% (277)	64% (48)	72% (18)	36% (9)	0.01
1 FRC	19% (72)	23% (17)	4% (1)	28% (7)	<0.01
2 o más FRC	8% (27)	13% (10)	24% (6)	36% (9)	<0.01

**Introducción:** La enfermedad de Chagas (ECh) es una importante causa de cardiopatía en nuestra región. En nuestro país se estima que hay entre 1.5 - 2.5 millones de infectados, de los cuales, entre 350.000 y 500.000 presentan algún grado de cardiopatía estructural. La ECh presenta una etapa indeterminada sin síntomas ni evidencia de la enfermedad, que puede durar para toda la vida, sin embargo, el 30% de los pacientes desarrollarán la enfermedad crónica con diversos grados de cardiopatía estructural y alteraciones digestivas. Por otro lado, se sabe que la dislipidemia, hiperglicemia y hipertensión arterial, son uno de los mayores retos para la salud pública por asociarse a un importante riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. La relación entre la presencia de estos factores de riesgo cardiovascular (FRC) y los diferentes estadios de la ECh ha sido poco estudiada.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovasculares en una población de pacientes chagásicos y su relación con los diferentes estadios de la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo observacional de una base de datos que incluye pacientes ambulatorios con serología positiva para Chagas. Se analizó la presencia de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (FRC): hipertensión, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo actual. Se analizó la prevalencia de pacientes con 2 o más FRC y su asociación con los diferentes estadios de la ECh. Definiciones: Tensión arterial: se realizó con esfigmomanómetro anerode, según la técnica: paciente sentado, previo a reposo físico mayor a 5 minutos, y con lapso mayor a 30 minutos de no haber ingerido líquidos o alimentos. Con el brazo no dominante apoyado sobre superficie dura, se realizó la toma de tensión a nivel de la arteria braquial, se consideró como hipertensión a valores de PAS > 140 mmHg, PAD > 90 mmHg, o ambas. Diabetes mellitus: nivel de glucosa en ayunas de 126 mg/dl (7.0 mmol/L) o hemoglobina glicosilada > 6.5%. o estar recibiendo tratamiento hipoglucemiante. Dislipemia: perfil lipídico que presente colesterol total > 200 mg/dl, colesterol LDL > 130 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl y triglicéridos > 150 mg/dl o estar recibiendo tratamiento hipolipemiente. Fases evolutivas de la enfermedad de Chagas: los pacientes fueron clasificados en 4 estadios de acuerdo con la clasificación de Kuschnir, la cual divide la cardiopatía chagásica según su gravedad. El estadio 0 incluye a pacientes con serología positiva, ECG normal, sin cardiomegalia y asintomáticos. El estadio I, pacientes con serología positiva y ECG patológico, especialmente portadores de alteraciones de conducción intraventricular y/o arritmias, sin cardiomegalia ni insuficiencia cardíaca. El estadio II, pacientes que, además de la serología y de las alteraciones ECG, presenta cardiomegalia sin síntomas ni signos de insuficiencia cardíaca. El estadio III, pacientes con insuficiencia cardíaca clínica.

**Resultados:** Se incluyeron 501 pacientes con una edad de  $47 \pm 7$  años, 30% mujeres. La distribución por estadios fue: Estadio 0= 75% (n=376), Estadio I: 15% (n=75), estadio II: 5% (n=25) y Estadio III: 5% (n=25). El 70% (n=352) no presentó ningún FRC, el 20% (n=97) presentó un FRC y el 10% (n=52) presentó  $\geq$  FRC. En la tabla se muestra la relación entre los estadios y los FRC.

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes chagásicos, sólo el 10% presentó 2 o más FRC. Se evidenció un aumento de la prevalencia de FRC en los estadios más avanzados de la ECh respecto al estadio 0.

## 0587 - PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEGUIMIENTO CARDIOLÓGICO INTERNADOS EN SALA GENERAL.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

CIAMBRONE, Graciana María | **CORIGLIANO, Ornella** | DEFELITTO, Octavio | DONATO, María Sol | HIGA, Claudio | PASTORINO, Ana | SANCHEZ, Mariangel | SERRA LYNCH, Alejandro Gabriel

### Hospital Alemán

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las primeras causas de muerte en el mundo. Además de ser un desenlace de importancia para el paciente, la mortalidad intrahospitalaria (MI) es considerada un indicador de calidad de atención utilizado en la planificación y gestión sanitaria.

Variable	B	ES	p	OR (IC 95%)
Edad	0.01	0.44	0.68	1.1 (IC 95% 0.50-2.8)
Mujer	0.78	0.44	0.68	1.94 (IC 95% 0.5-2.8)
Traslado de área cerrada	0.42	0.46	0.36	1.96 (IC 95% 0.61-3.7)
Interconsulta	0.89	0.51	0.08	2.4 (IC 95% 0.88-6.7)
<b>Insuficiencia renal</b>	<b>1.39</b>	<b>0.49</b>	<b>0.005</b>	<b>4.02 (IC 95% 1.5-10)</b>
<b>Hiponatremia</b>	<b>0.74</b>	<b>0.44</b>	<b>0.031</b>	<b>2.1 (IC 95% 1.88-5)</b>
Hiper glucemia	0.33	0.47	0.47	1.4 (IC 95% 1.55-3.5)
<b>Leucocitosis</b>	<b>0.99</b>	<b>0.43</b>	<b>0.02</b>	<b>2 (IC 95% 1.11-6.2)</b>
<b>Sangrado</b>	<b>1.4</b>	<b>0.48</b>	<b>0.003</b>	<b>4.2 (IC 95% 1.6-11)</b>

**Objetivos:** Evaluar predictores de MI de pacientes internados en sala general con seguimiento por un Servicio de Cardiología de un Hospital de Comunidad.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron pacientes incluidos consecutivamente en una base de datos que fueron internados y seguidos en sala por Cardiología, pertenecientes a un Hospital de Comunidad. Las variables incluidas fueron: edad, género, presencia o no de insuficiencia renal (IR), anemia, arritmias, sodio y potasio plasmático, glucemia, sangrado, seguimiento como interconsultores, motivo de internación y seguimiento luego de internación de Unidad coronaria u otra área cerrada y diagnóstico de egreso hospitalario. Definiciones: Hiponatremia: sodio sérico menor a 135 mEq/L. Hiper glucemia: glucemia igual o mayor a 110 mg/dl. Insuficiencia renal: creatinina sérica mayor 1.2 mg/dl en hombres y mayor a 1.1 mg/dl en mujeres. Sangrado: requerimiento de transfusión de glóbulos rojos o inestabilidad hemodinámica.

Análisis univariado de cada variable con mortalidad hospitalaria	
Edad fallecidos	77 f/13
Edad sobrevivientes	74 f/14
Mujer	2.5%
Hombre	3.5%
Derivado de unidad cerrada	3.3%
No derivado de unidad cerrada	2.9%
Interconsulta	4.6%
Seguimiento Cardiología	1.6%
Fibrilación auricular	10%
Arritmias	12%
Anemia	2%
Sin anemia	4.4%
Insuficiencia Renal	6.6%
Sin insuficiencia renal	1.0%
Hiponatremia	7.4%
Sin hiponatremia	2.2%
Hiper glucemia	5.5%
Sin hiper glucemia	2.6%
Hipokalemia	3.9%
Sin hipokalemia	2.9%

**Resultados:** Se analizaron 1206 pacientes ingresados desde junio del 2017 hasta febrero del 2022. La edad fue de  $73 \pm 15$  años, 42 % fueron mujeres, 43% fueron trasladados de áreas cerradas y un 39% seguidos por interconsulta, 43% presentaron anemia, 37% insuficiencia renal, 11% hiponatremia, 17% hiper glucemia, 15% hipokalemia, 32% leucocitosis, 4% sangrado. La MI fue del 3.1%. En la Tabla 1 se muestra el análisis univariado de las variables y su asociación con mortalidad. En la Tabla 2 se detalla el resultado del análisis de regresión multivariado, siendo las variables asociadas independientemente a mortalidad hospitalaria: insuficiencia renal OR 4.02 (IC 95% 1.5-10), hiponatremia OR 2.1 (IC 95% 1.88- 5), leucocitosis OR 2 (IC 95% 1.1-6.2), y el sangrado OR 4.2 (IC 95% 1.6-11).

**Conclusiones:** En pacientes internados en sala con seguimiento cardiológico, la insuficiencia renal, la hiponatremia, la leucocitos y las complicaciones hemorrágicas fueron predictores independientes de mortalidad hospitalaria.

### 0611 - HIPERGLUCEMIA, PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA, LO QUE NO MIRAMOS

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

PÉREZ TERNS, Paula | SORICETTI, Julieta | LESCANO, Adrian | FERNANDEZ, Alberto | HIRSCHSON PRADO, Alfredo | CARUSO, Nicolas | SORASIO, Guillermina

Áreas SAC: Área de Investigación

Variables	Valores
Edad media (años)	73 (14.2)
Sexo Masculino (%)	57
HTA (%)	76.66
Diabetes Mellitus (%)	33.1
Tabaquismo (%)	29.5
Dialpernia (%)	46.37
KD Previa (%)	37.07
Fibrilación auricular crónica (%)	37.46
Obesidad (%)	18.96
IRC (%)	9.46
EPOC (%)	14.5
ACV (%)	4.3

**Introducción:** Introducción: La diabetes (DM) y la prediabetes (pre DM) en pacientes con diversas patologías cardiovasculares son considerados factores de riesgo independientes para mayor mortalidad y hospitalización. Sin embargo, disponemos de escasa información en nuestra región y en los pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) y el accionar médico sobre esta subpoblación

**Objetivos:** Objetivos: Determinar las características de los trastornos del metabolismo hidrocarbonado, la mortalidad intrahospitalaria y las medidas terapéuticas implementadas al alta en pacientes (p) admitidos por insuficiencia cardíaca aguda.

**Materiales y Métodos:** Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional y descriptivo que incluyó la información provista por 18 provincias entre el periodo de 2018-2021; se incorporaron en este análisis los p. con diagnóstico de ICA mayores de 18 años. Se definió como alteración del metabolismo hidrocarbonado a la presencia de una de las 3 variables: antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) previo, DM diagnosticados durante la internación y el estado de prediabetes definido según los criterios de la ADA. Se evaluó las características de la población, el tratamiento previo y al alta, además de mortalidad global durante la fase nosocomial. Los datos fueron cargados en un CRF electrónico y con monitoreo de datos. El análisis estadístico se basó en la información descriptiva e inferencial. En relación con la distribución y la calidad de las variables, se utilizaron el Chi-cuadrado, la prueba T o Wilcoxon. En el análisis multivariado se utilizó regresión logística cumpliendo con los supuestos del método.

**Resultados:** Resultados: De los 1773 p, el 75% tenían alteración del metabolismo hidrocarbonado (AMH): 33% DM, y 42% estado de Pre DM. Al egreso el valor promedio de glucemia fue de 118mg/dl DS 40.9 y un 25% de la población con un valor mayor de 135 mg/dl. Respecto a las características basales, ver la tabla 1 y comorbilidades presentes estas últimas en el 46,2%. En cuanto al tratamiento: HGO 23% 19% metformina, 0,3 % inhibidores del cotransporte sodio glucosa (ISGLT2), y 9% insulina terapia. El tratamiento farmacológico dirigido al control metabólico al alta, los p con pre DM no recibieron fármacos específicos, aquellos con antecedentes de DM no realizaron modificaciones y sólo al 3% de las DM diagnosticados durante la internación

recibieron una HGO. El valor de glucemia (148 vs 135 mg/dl,  $p=0.032$ ) se asoció con incremento de la mortalidad en forma significativa, en conjunto con la edad ( $p=0.0002$ ) y el valor de creatinina (1.47 vs 1.86 mg/dl;  $p=0.009$ ). El análisis multivariado demostró que la AMH (OR 1.49, IC 95% 1.00-2.20,  $p=0.04$ ) y por cada año de incremento de la edad se observa un incremento del OR de 1.05, IC 95% 1.03-1.07,  $p=0.001$ , que se asocian con mortalidad intrahospitalaria.

**Conclusiones:** Conclusión: En nuestra población observamos una alta prevalencia de AMH y valores elevados de glucemia al alta, la DM y estadios intermedios se asocian con incremento de la mortalidad hospitalaria y una escasa optimización farmacológica al egreso. Estas asociaciones, tienen implicancia pronósticas adversas, es de vital importancia implementar las estrategias adecuadas disponibles con el objetivo de cambiar la evolución de la enfermedad y la realidad de nuestra región

## 0126 - CUMPLIMIENTO DE METAS DE LDL Y USO DE ESTATINAS AL INGRESO A UNIDAD CORONARIA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN PACIENTES CON ANTECEDENTES VASCULARES DOCUMENTADOS

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | COHENDOZ, Sofía Laura (1) | MAURO, Victor(1) | CHARASK, Adrian(1) | FAIRMAN, Enrique(2) | MERETTA, Augusto(1) | ANQUIZ, Mateo(1) | BARRERO, Carlos(1)

Clínica Bazterrica (1); CLINICA SANTA ISABEL (2)

	Con AVD N: 214	Con AVD y estatinas N: 160 (%)	CON AVD sin estatinas N: 55 (%)	p
LDL mediana (RIC 25-75%)	80 (60-105)	78 (56-97)	104 (79-125)	<0,001
LDL<=100 mg/dl (%)	68,7	77	44,4	<0,001
LDL<=70 mg/dl (%)	32,2	38,7	13	<0,001
LDL<=55 mg/dl (%)	17,7	21,9	5,6	<0,001

**Introducción:** Los pacientes con antecedentes vasculares documentados (AVD) tienen indicación clase 1A de recibir estatinas para su prevención secundaria. De hecho, deben hacerlo con estrategia de alta intensidad para lograr valores bajos o muy bajos de LDL. Sin embargo, estos fármacos son en ocasiones subutilizados y los pacientes no alcanzan los valores de LDL deseados.

**Objetivos:** 1) Analizar la frecuencia de uso de estatinas en pacientes con AVD ingresados por un SCA sin ST. 2) Evaluar la prevalencia de pacientes con AVD que cumplen las metas de colesterol LDL propuestas por las guías de acuerdo al uso/no uso de estatinas

**Materiales y Métodos:** Se analizaron los pacientes que fueron internados por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCAsinST) en el período 2017-2021 en los que se contaba con perfil lipídico obtenido dentro de las 24 hs de la internación. Se analizó la frecuencia de uso de estatinas en los pacientes con AVD y se calculó en ellos la prevalencia de pacientes con LDL <=55 mg/dl, LDL <=70 mg/dl y <=100 mg/dl en el laboratorio de ingreso de acuerdo al uso de estatinas. Se consideró AVD a los pacientes con antecedentes de angioplastia, cirugía de revascularización, infarto, accidente cerebrovascular y/o enfermedad vascular periférica.

**Resultados:** Se incluyeron 528 pacientes con SCAsinST y perfil lipídico disponible. Un 41,6% (n=214) tenía AVD y de éstos, un 75% (160p) se encontraba bajo tratamiento con estatinas. Su edad mediana fue de 67 (RIC 25-75%: 60-78) años, un 79% fueron hombres, 80% HTA, DBT 30,3%. Los pacientes bajo tratamiento con estatinas tenían similares características clínicas que no las utilizaban a excepción de que tenían más prevalencia de dislipemia como FRC (73 vs 46%,  $p<0,001$ ). En la tabla se observa el perfil lipídico y % de pacientes con LDL objetivo.

**Conclusiones:** A pesar de que el uso de estatinas es el pilar fundamental de la prevención secundaria, casi un tercio de los pacientes con antecedentes vasculares documentados no se encontraban bajo sus efectos al momento de una internación por un SCAsinST. Asimismo, solo un tercio de los pacientes con AVD que se encontraban bajo tratamiento con estatinas tenían LDL menor a 100 mg/dl. Un valor ideal, menor de 70 o 55 mg/dl fue logrado solo en 2-3 de cada 10 pacientes tratados. Mejorar la prevención secundaria es un objetivo fundamental en el manejo de los pacientes con antecedentes vasculares documentados.

## 0238 - RESPUESTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL A LA DIETA HIPOSÓDICA EN SUJETOS NORMOTENSOS.

*Modalidad: Tema Libre*

## Unidad Temática: Hipertensión Arterial

MARGULIS, Fernando | SABBATIELLO, Roberto | GOLGLID, Veronica | CUEVAS, Carlos | CASTRO, Claudia | AGUIRREZABALA, Veronica | MARTINEZ, Miriam | SCHIAVELLI, Ruben

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción:** El beneficio de la restricción salina para reducir la PA en la población general ha sido causa de debate por décadas. La respuesta de la presión arterial (PA) a la ingesta de sal varía entre los individuos. El término sal sensibilidad (SS) ha sido empleado para mostrar un incremento de la PA en respuesta a la sobrecarga salina tanto en normotensos como en hipertensos y se han propuesto como factores predisponentes a la edad, el sexo y la obesidad.

**Objetivos:** Evaluar la respuesta de la PA de consultorio (PAC) y la PA ambulatoria (PAa) a los cambios en la ingesta de sal, en sujetos sanos normotensos.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron 193 sujetos que participaron en la evaluación como posibles donantes de riñón, ninguno tenía antecedentes de hipertensión, diabetes, enfermedad renal ni cardiovascular. Recibieron dos dietas estandarizadas consecutivas una con 300 mEq y la otra con 30 mEq de Na/día. El último día de cada dieta se realizó laboratorio con recolección de orina de 24hs y se colocó el holter de presión por 24hs en el brazo no dominante, previo control de la PAC. Los datos se expresaron como media y desvío estándar (DS), se utilizó test de Student y ANOVA de una vía para la comparación de medias, se consideraron diferencias estadísticamente significativas valores de  $p < 0.05$ .

Variación Dieta Cs/Ss	Masculino-SR	Masculino-SS	Femenino-SR	Femenino-SS	p
Variación PASc	2,56 ± 8	10,4 ± 14	2,57 ± 8	8,98 ± 10	0.0001
Variación PADc	- 1,1 ± 5	3,15 ± 8	- 0,8 ± 5	1,33 ± 6	0.008
Variación PAS 24hs	1,59 ± 5	12,66 ± 6	2,01 ± 4	13 ± 8	0.0001
Variación PAD 24hs	- 0,59 ± 3	6,14 ± 5	0,83 ± 3	6,98 ± 4	0.0001
Variación PAS Diurna	1,91 ± 6	11,66 ± 6	1,73 ± 5	13,4 ± 8	0.0001
Variación PAD Diurna	- 0,75 ± 4	5,24 ± 4	- 0,49 ± 4	7,36 ± 5	0.0001
Variación PAS Nocturna	1,12 ± 9	13,97 ± 12	1,5 ± 8	10,93 ± 14	0.0001
Variación PAD Nocturna	- 0,44 ± 5	6,62 ± 7	0,47 ± 5	5,73 ± 6	0.0001

**Resultados:** Pertenecían al sexo femenino 120 (62%) y 71 (37%) eran sal sensibles (SS). La edad media fue  $46,9 \pm 10$  años (20 – 72). No encontramos diferencias significativas de la edad entre los sexos. ( $F = 46,7 \pm 10$  vs  $M = 47,3 \pm 9$   $p = 0.704$ ), pero la edad en los SS fue significativamente más alta que los sal resistentes (SR) ( $49,8 \pm 9$  vs  $45,3 \pm 10$   $p = 0.002$ ). El índice de masa corporal (IMC) se encontró aumentado  $27,7 \pm 4$  pero no encontramos diferencias significativas entre los sexos ni de acuerdo a la SS ( $F = 27,5 \pm 4$   $M = 28,1 \pm 4$   $p = 0.248$  y  $SS = 27,9 \pm 4$   $SR = 27,6 \pm 4$   $p = 0.624$ , respectivamente). No encontramos asociación entre el sexo y la SS ( $p = 0.509$ ). Entre la dieta hipersódica y la hiposódica, la diferencia media de la excreción urinaria de  $Na^+$  fue  $165,2 \pm 83$  mEq/24hs, entre los hombres fue significativamente más alta que entre las mujeres ( $201,6 \pm 84$  vs  $142,3 \pm 75$   $p = 0.0001$ ) sin encontrar diferencias según la SS. No encontramos diferencias significativas de la variación de la PAC ni de la PAa, con los cambios de la dieta de acuerdo al sexo, pero sí de acuerdo a la SS. (Tabla-1). La reducción media de la PASc fue  $6,13 \pm 10$  y de la PADc  $0,35 \pm 5$ , siendo significativamente más alta en los SS que en los SR ( $9,69 \pm 12$  vs  $2,57 \pm 8$  y  $2,24 \pm 7$  vs  $-0,95 \pm 5$   $p = 0.001$ ); mientras que la reducción media de la PASa fue  $7,13 \pm 8$  y de la PADa  $3,33 \pm 5$ , también observamos una reducción significativamente mayor en los Ss que en los Sr ( $12,83 \pm 7$  vs  $1,8 \pm 5$  y  $6,56 \pm 5$  vs  $0,12 \pm 3$   $p = 0.001$ ).

**Conclusiones:** La sal sensibilidad determinaría la reducción tanto de la PAC como de la PAa con la dieta hiposódica en sujetos normotensos, independientemente del sexo y del sobrepeso.

## 0255 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA ARGENTINOS

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

AVALOS ODDI, Alejandra Karina (1) | CROSA, Veronica Lia(1) | VERDUGO, Silvina(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(2) | CÁCERES, Leonardo Luis(2) | RUBILAR, Alejandra Bibiana Noemi(1)

Áreas SAC: Área de Corazón y Mujer (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2)

**Introducción:** Los médicos y médicas especialistas en cardiología cumplen un rol fundamental en la concientización y el control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes. Sin embargo, poco se sabe acerca de su propio perfil de riesgo cardiovascular.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de los factores de riesgo (FR) en especialistas en cardiología argentinos y su diferencia por sexo.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal a través de una encuesta anónima realizada en septiembre de 2021 a los especialistas del padrón de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se recabaron FR convencionales y no convencionales.

**Resultados:** Participaron 611 profesionales, 59,5% hombres y 40,5% mujeres. El 75% tenía entre 30 y 60 años. Refirieron hipertensión arterial (HTA) el 19%, el 3% fumaba y un 28% era ex tabaquista (TBQ); el 4% eran diabéticos. Los varones refirieron mayor sobrepeso (67% hombres vs 34% mujeres,  $p < 0,01$ ) y obesidad (16% vs 11%,  $p < 0,01$ ). Un 48% refieren ser sedentarios, con mayor prevalencia en las mujeres (53% mujeres y 45% hombres,  $p < 0,01$ ). El perímetro de cintura es mayor a lo recomendado en el 30% de los casos. Un 50% refiere tener antecedentes hereditarios (AHF) Los médicos varones refieren mayor control cardiológico que las mujeres (81% vs 73%,  $p < 0,01$ ). El 78% refiere cumplir medidas higiénico-dietéticas.

**Conclusiones:** A pesar de contar con el conocimiento sobre ECV y FR los especialistas encuestados tienen una alta prevalencia de FR, sobre todo de sobrepeso, obesidad y sedentarismo con déficit en la implementación de conductas saludables y de control, poniendo en evidencia la brecha que existe entre el saber y el hacer, donde el consejo preventivo no logra en muchas oportunidades internalizarse.

## **0263 - IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE LOS NIVELES Y FUNCIONALIDAD DE LAS LIPOPROTEÍNAS PLASMÁTICAS.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

LOZANO CHIAPPE, Ezequiel (1) | MARTIN, Maximiliano(1) | GÓMEZ ROSSO, Leonardo(1) | SÁEZ, María Soledad(2) | BESKOW, Axel Federico(2) | GUTT, Susana(2) | WOO, Dong Hoon(2) | BRITES, Fernando(1)

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA) (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2)

**Introducción:** La obesidad se asocia a una serie de comorbilidades, entre las cuales se distinguen la dislipemia y la consecuente enfermedad cardiovascular aterosclerótica, en la cual el componente inflamatorio juega un rol crucial. La obesidad mórbida representa la forma más extrema y la intervención quirúrgica es la opción terapéutica más exitosa. En particular, la cirugía bariátrica podría generar distintas modificaciones en el metabolismo y potencial aterogénico/antiaterogénico de las lipoproteínas circulantes.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo consistió en evaluar el efecto de la cirugía bariátrica sobre aspectos cuantitativos y funcionales de las lipoproteínas.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 24 pacientes con obesidad mórbida provenientes del Equipo Multidisciplinario de Cirugía Bariátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, los cuales fueron sometidos a cirugía y evaluados, 12 de ellos a los 6 meses y los otros 12 a los 12 meses, luego de la intervención. Se registraron el peso, la talla, el porcentaje de peso perdido, y la tensión arterial diastólica y sistólica, y se calculó el índice de masa corporal (IMC). Se determinaron los niveles plasmáticos de glucosa, proteína C reactiva ultrasensible (PCRus), triglicéridos (TG), colesterol total (CT), C-HDL, y C-LDL por medios automatizados. Se calculó el índice TG/C-HDL. La actividad de la enzima antioxidante asociada a HDL, PON1, se analizó por método espectrofotométrico, empleando fenilacetato como sustrato. Los datos se analizaron mediante tests paramétricos y no paramétricos para muestras pareadas, según correspondiese.

**Resultados:** Tanto luego de 6 como de 12 meses de realizada la cirugía bariátrica, el peso y el IMC disminuyeron significativamente, observándose un descenso de la TAS solo a los 6 meses. Por otro lado, se detectaron disminuciones en los niveles plasmáticos de glucosa, PCRus, y TG, y en el índice TG/C-HDL en ambos grupos de pacientes post cirugía. Cabe destacar que la concentración de C-HDL aumentó luego de 12 meses ( $43 \pm 7$  vs.  $57 \pm 9$  mg/dl;  $p < 0,001$ ), al igual que la actividad de la enzima PON1 [ $145$  ( $116-236$ ) vs.  $154$  ( $113-173$ )  $\mu\text{mol/ml.min}$ ;  $p < 0,05$ ].

**Conclusiones:** Como era esperado, la cirugía bariátrica produjo mejoría de los parámetros antropométricos luego de 6 y 12 meses. A ambos tiempos evaluados, el perfil lipoproteico disminuyó su potencial aterogénico, se redujo la PCRus, marcador de inflamación sistémica, y el índice TG/C-HDL, indicador de resistencia insulínica y de proporción de LDL pequeñas y densas. A su vez, la HDL, única lipoproteína con capacidad cardioprotectora, experimentó un incremento a los 12 meses post cirugía, existiendo, a su vez, un aumento de su función

antioxidante, reflejada por la enzima PON1. Estos cambios evidenciarían distintos beneficios de la cirugía bariátrica en individuos con obesidad severa frente al riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

## **O380 - ¿ES LA OBESIDAD UN FACTOR DE RIESGO PARA PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA CIRUGÍA CARDÍACA?**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular*

**ESPINOZA, Juan Carlos** | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Juan Mariano | CAGNONE, Leandro | GORINA, Marcia | NAVIA, Daniel

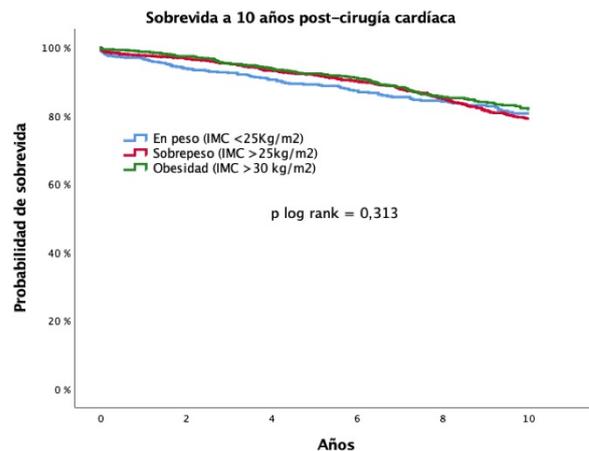
**ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires**

**Introducción:** La obesidad es una epidemia mundial en aumento que afecta a más del 10 % de la población adulta mundial y que puede complicar la anestesia y la cirugía con eventos letales y no letales. A pesar de que la obesidad es un factor de riesgo importante para desarrollar mediastinitis luego de una cirugía cardíaca, su asociación con mortalidad a corto y largo plazo no es tan clara. De hecho, las puntuaciones (scores) de riesgo actuales europeas (EuroSCORE II) ni norteamericanas (STS) interrogan directamente sobre la obesidad o el índice de masa corporal. Asumir que la obesidad aumenta el riesgo de muerte luego de una cirugía cardíaca cuando realmente no existe dicha asociación implicaría incurrir en un error tipo II. Es por este motivo que el objetivo del presente trabajo es la de evaluar si existe una asociación entre el índice de masa corporal y mortalidad alejada en pacientes sometidos a una cirugía cardíaca.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre el índice de masa corporal y mortalidad alejada en pacientes sometidos a una cirugía cardíaca

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional comparativo ajustado por riesgo durante el periodo 2001 y 2018 (n=4083). Se utilizó el índice de masa corporal (IMC) para estratificarlos según: En peso (>18,5 y <25kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (>= 25Kg/m<sup>2</sup>) y obesidad (>= 30Kg/m<sup>2</sup>). El punto final primario fue mortalidad (cualquier causa) a 10 años. Secundariamente se evaluaron los resultados tempranos, incluida la muerte intrahospitalaria, la infección esternal de la herida profunda (mediastinitis), el accidente cerebrovascular, la ventilación mecánica prolongada (>48h), la diálisis posoperatoria y el infarto de miocardio (IAM). Para ajustar por el riesgo basal, se realizaron 2 técnicas estadísticas: propensity score matching (n=2272), regresión proporcional multivariada de Cox. Las curvas de supervivencia libre de eventos se construyeron con el método de Kaplan-Meier. Las diferencias en las curvas tiempo-evento entre ambos grupos se analizaron mediante log rank test y Cox estratificado multivariado en la muestra apareada. Se usó valor p <0,05.

**Resultados:** No se observó una diferencia estadísticamente significativa en supervivencia a 10 años (En peso vs Sobrepeso vs Obesidad: 80,0% +/- 1,8 vs 79,1% +/- 1,3 vs 81,9 +/- 1,6, p log rank = 0,313), incluso luego de ajustar por confundidores según score de propensión (No Obesos vs Obesos: 79.2% +/- 1.7 vs 81.9 % +/- 1.6, p=0.218 univariado y p=0.361 Cox estratificado multivariado). El modelo de regresión proporcional de Cox no identificó ni al sobrepeso (HR 0,94; IC 95%: 0,75 – 1,12) ni a la obesidad (HR 0,823; IC 95%: 0,63 – 1,07; p=0,148) como determinantes de supervivencia a 10 años. Tampoco se observó una diferencia estadísticamente significativa en mortalidad hospitalaria entre los grupos (En peso vs Sobrepeso vs Obesidad: 2,8% vs 1,8% vs 1,4%; p=0,065); mientras que sí hubo diferencia significativa en mediastinitis en perjuicio de los obesos (1,2% vs 1,2% vs 2,6%, p=0,009). El análisis multivariado a 30 días identificó a la obesidad como predictor independiente de mediastinitis (OR 2,1; IC95% 1,0 – 4,3; p = 0,046) y no así el sobrepeso (OR 0,95; IC95% 0,45 – 2,0; p = 0,896).



**Conclusiones:** La obesidad preoperatoria se asocia a mayor riesgo de mediastinitis con similar riesgo de muerte a corto plazo (30 días) como a largo plazo (10 años) con respecto a los pacientes sin obesidad.

### 0433 - ESTUDIO FLAVICO (FLAVONOIDES EN LA VIDA COTIDIANA): ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD EN BIOMARCADORES DE SALUD ARTERIAL Y EJE TG/HDL.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

*Unidad Temática 2: Hipertensión Arterial*

**BOSCARÓ, Marcelo Víctor** | DELÍA, Camila | LOZADA, Alfredo Federico | OBREGON, Sebastian Eduardo | KOTLIAR, Carol

**Santa MARía de la Salud**

**Introducción:** La ingesta de flavonoides (FLAV) ha sido ampliamente asociada a salud cardiovascular (CV), a partir de su efecto en colHDL, antioxidante, vasodilatador, anti-inflamatorio. Sin embargo la inestable adherencia a estilo de vida saludable, el costo de los alimentos, las preferencias culturales, entre otros no han permitido el análisis de su efectividad en la vida cotidiana.

**Objetivos:** Evaluar si la ingesta cotidiana de FLAV se asocia a biomarcadores de salud arterial y eje TG/HDL.

**Materiales y Métodos:** En un estudio prospectivo de corte transversal se reclutaron 400 adultos consecutivos que asistieron a una evaluación cardiovascular ambulatoria programada. Los procedimientos del estudio incluyeron: consentimiento informado, encuesta de estilo de vida validada (WHO, STEPS) adaptada con frecuencia semanal y porciones diarias de la ingesta de 50 alimentos con FLAV, anamnesis, examen físico, PA braquial (PA-b) y aórtica (PA-c), distensibilidad vascular (DV) determinada por velocidad de onda de pulso (VOP) e índice de aumento aórtico (IAX), colesterol total-HDL-LDL, TG. Se efectuó análisis univariado (UNIV) y multivariado (MV) ajustado por edad, género, presión arterial, DBT, TG/HDL y eventos previos.

**Resultados:** Fueron incluidos 381 pacientes (51.2 % mujeres, 5313 años, 94% prevención primaria, DBT 7%; HTA 35.5%; DLP 43%; TBQ 11%; sedentarismo 27%). De los 50 alimentos evaluados se hallaron asociaciones significativas en los siguientes: la ingesta de ciruelas, manzanas, peras, espinaca y pimientos; se asoció a una significativa menor PAS-b (rango 10 a 20 mm Hg) entre 0 versus 3 porciones/día, y/o 0 versus 3 días/semana (MV); mientras que peras y pasas de uvas se asociaron con menor PAS-c (p 0,003); solo el brócoli (p 0,007) se asoció a menor PAD-b. La DV fue mayor según la ingesta de limón tanto en análisis UNIV como MV (p 0,0001), y se observó reducción de AIX asociada a ingesta de tomates (p 0,007). El consumo de bananas se asoció a reducción de TG y aumento de HDL; (p 0,023 y p 0,028), en cambio la ingesta de sandías (p 0,049), berenjenas (p 0,052), puerro (p 0,015) y zanahorias (p 0,028) solamente a la disminución de TG, y solo frutillas (p 0,011), espinaca (p 0,042), rúcula (p 0,049), champiñones (p 0,043), limón (p 0,027), durazno (p 0,028), nueces (p 0,021) se asociaron a aumento en el HDL. Todos los resultados enumerados fueron independientes de edad, género, PA, DBT, TG/HDL y eventos previos basales de los participantes.

**Conclusiones:** Los resultados identificaron efectividad sobre la salud arterial y eje TG/HDL de 17 de los 50 alimentos evaluados. Nuestro estudio aporta el análisis de la distribución cotidiana de ingesta real de FLAV y su impacto en biomarcadores surrogantes factibles de ser medidos a menor plazo que los eventos CV en una población predominantemente representada por personas con RCV bajo-intermedio y moderado.

## 0193 - "EVENTOS CARDIOCEREBROVASCULARES MAYORES DE PRESENTACION CERCANA A LA ULTIMA CONSULTA DURANTE UN PLAN DE PREVENCION CARDIOVASCULAR PRIMARIA -GENERALIDADES"

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

ABRIATA, Daniel José (1) | CAMINOS FUNDARO, Mario Exequiel(1) | TREVISAN, Mariano(2) | BOCIÁN, Jorge Luis(2) | ROMERO VILLAFANE, Marina(1) | GODOY, Casandra(1) | ROMERO, Horacio Aurelio(1) | GRILLI, Jorge Oscar(1)

HOSPITAL PRIVADO REGIONAL DEL SUR (HPR) DE BARILOCHE (1); Sanatorio San Carlos (2)

**Introducción:** En base a estudios epidemiológicos realizados en la ciudad de Bariloche podemos reafirmar que es crucial la prevención primaria de la manifestación clínica de la enfermedad cardiovascular, dada la alta letalidad de esta patología (incluso en su presentación inicial). Calandrelli y col reportaron que en la ciudad de Bariloche la mortalidad global del IAM fue del 46,2%, ocurriendo el 90% de estos decesos en la forma de muerte súbita

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes (p) que se encontraban en plan de prevención cardiovascular primaria y que presentaron un evento cardiocerebrovascular mayor ( Major Adverse Cardiocerebrovascular Event MACCE ) dentro de los siguientes 365 días desde su última visita médica.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se registró prospectivamente y en forma consecutiva a 2698 p, edad: 40-79 años, que acudieron al Servicio de Cardiología para prevención cardiovascular primaria desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2019; se incluyeron p que consultaron por HTA, dislipidemia o evaluación cardiovascular (chequeo). Paralelamente se realizó un registro prospectivo de la ocurrencia de MACCE en esta cohorte, el registro de MACCE finalizó el 31 de diciembre de 2020; se definió MACCE a la aparición de muerte súbita, angina inestable / infarto de miocardio (SCA) , stroke/tia (ACV), síndrome aórtico agudo (SAO). Para el presente estudio se seleccionaron los casos de MACCE que ocurrieron dentro de los 365 días (1 año) desde la última visita. Se recolectaron datos clínicos y de los estudios complementarios. Se definió a control/año a una visita registrada por año calendario .

**Resultados:** Edad de la población al momento de la inclusión promedio 54.94 años  $\pm$  10.27. Genero: 1353 varones (50,14%), 1345 mujeres (49,86%). El motivo de consulta de la primera visita fue: HTA 1369 p (51%), dislipidemia 462 p (17%), evaluación cv 867 p (32%). Realizaron 7334 controles/año. El promedio de controles/año por paciente fue de  $2.71 \pm 2.83$ , rango 1-19. Se registraron 49 MACCE, 37 (75%) varones y 12 (25%) mujeres. Edad promedio Varones  $60.16 \pm SD 11.35$  rango 41-76 años. Mujeres  $62,66 \pm SD 8.73$  rango 40-72 años. Tiempo al MACCE (días) desde la última visita: rango: 3-356 días, promedio 111.10 días  $\pm$  92.24, mediana 84 días. Los MACCE registrados fueron SCA 25 (51%), ACV 10 (20%), muerte súbita 9 (18%), SAO 3 (6%), takotsubo 2 (4%) Al mes del episodio se hallaban vivos 33 p y fallecieron 16 p, la letalidad del MACCE fue del 33%. De los 25 pacientes con SCA fallecieron en el hospital 3 p (12% letalidad hospitalaria). Asumiendo que los 9 pacientes con muerte súbita fueron SCA, los casos totales de SCA fueron 34 p y la mortalidad del SCA sería 35% (12 p=3 SCA + 9 MS). Tres p con SCA requirieron RCP avanzada por lo que la cuasiletalidad del SCA alcanza 44% (15 p= 3 SCA + 9 MS + 3 RCP). Mortalidad: ACV hemorrágico 50% (2/4 p), ACV isquémico 0% (0/6 p).Mortalidad SAO tipo A 100% (2/2), tipo B: 0% (0/1 p). Mortalidad takotsubo 0% (0/2 p) (pero un paciente requirió RCP avanzada)

**Conclusiones:** . Las estadísticas establecen que la primera manifestación de enfermedad cardiocerebrovascular puede ser extremadamente grave en términos de mortalidad. En nuestra cohorte, la mortalidad del MACCE se corresponde a lo reportado previamente en nuestra ciudad.

## 0227 - EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA COMO UN NUEVO FACTOR CONDICIONANTE DE RE-ANGIOPLASTIA EN EL SEGUIMIENTO POST EVENTO CORONARIO

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardio Oncología*

MELCHIORI, Renzo Eduardo | SZLAIEN, Lucas | RUBIO, Pablo Manuel | BIVORT HAIEK, Mateo | DIAZ, Sara | CENTENO, Gonzalo Ángel | ALEJANDRO, Hita

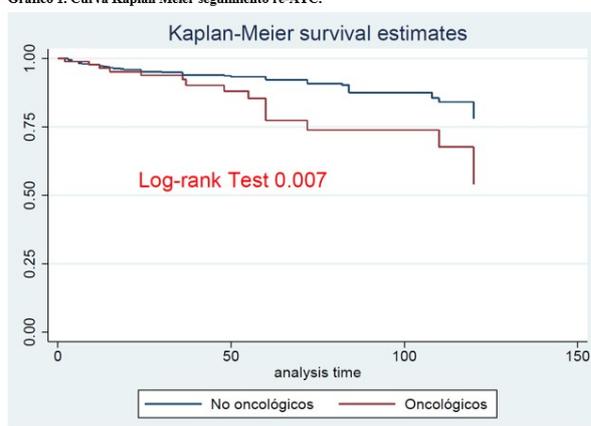
Hospital Universitario Austral

Tabla 1.

Característica	Resultado angiográfico	CA	No CA	P value
Nº de lesiones significativas	1 lesión	28(34%)	195 (45%)	NS
	2 lesiones	27 (33%)	153 (36%)	NS
	3 lesiones	15 (28.8%)	42 (16.4%)	NS
	Más de 3	9 (9%)	10 (1.1%)	0.001
Nº de lesiones tratadas	1 lesión	42(53%)	245 (57%)	NS
	2 lesiones	24(30%)	147(35%)	NS
	3 lesiones	13(32%)	36 (13%)	0.001

**Introducción:** Existe evidencia creciente que sostiene una fisiopatología proinflamatoria similar entre la enfermedad coronaria (EAC) y la progresión del cáncer (CA). Esto podría explicar una asociación entre ambas entidades. En la actualidad es escaso el conocimiento en relación a la incidencia acumulada de re-angioplastias en pacientes oncológicos en prevención secundaria luego del primer evento.

Gráfico 1. Curva Kaplan Meier seguimiento re-ATC.



**Objetivos:** Evaluar la incidencia acumulada de angioplastias programadas en el seguimiento. Determinar si la enfermedad oncológica constituye un factor de riesgo independiente re-angioplastia programada ajustado por factores de riesgo clásicos en prevención secundaria.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de supervivencia incluyéndose pacientes que ingresaron por síndrome coronario agudo a la Unidad Coronaria de un Hospital Universitario de 2008 a 2021 y requirieron angioplastia. Se dividió a la población en dos grupos, aquellos con antecedente cáncer activo o remitido (CA) y sin cáncer (sinCA). Criterios de exclusión: pacientes con neoplasia cutánea, CRM previa, ACV previo, IAM previo, pacientes sin seguimiento estrecho en el hospital. Se evaluaron los factores de riesgo cardiovasculares clásicos (FRCV) al ingreso, las características angiográficas y estrategias terapéuticas de la internación. Se definió como eventos a toda angioplastia programada (reATC) fuera del contexto de un nuevo síndrome coronario agudo. El tiempo de seguimiento se definió en meses desde la internación índice. Se realizó análisis univariado y bivariado para establecer las características poblacionales. Se realizó un análisis de supervivencia con métodos gráficos y estadísticos a fin de comparar la evolución de los pacientes oncológicos luego de su primer evento coronario. Se confeccionó manualmente un modelo de Cox de (reATC) en relación a los FRCV y la enfermedad oncológica.

**Resultados:** Se incluyeron 683 pacientes, de los cuales 94 tenían antecedente oncológico al ingreso. La prevalencia de enfermedad oncológica fue del 13.7%. En cuanto a las características poblacionales, se evidenció que los pacientes sin CA tenían más obesidad, sedentarismo, antecedentes heredo familiares y eran más jóvenes que los pacientes con CA [60 SD 10 vs 69 SD 11 p=0.0001]. Sin otras diferencias en FRCV tradicionales. La valoración de la severidad angiográfica de la EAC se observa en la Tabla 1. El con un seguimiento de hasta 120 meses (60 -RIQ 36-84), se realizó el análisis de supervivencia. La incidencia acumulada de re ATC en el grupo CA fue superior al grupo sin CA [15.9 % (n: 15) vs 8.6 % (n:50) p=0.022]. El análisis de supervivencia evidenció un incremento del riesgo de eventos en el grupo CA con un log-rank test =0.007. El cáncer resultó ser un factor predictor independiente de re ATC en el seguimiento, mediante un modelo multivariable de Cox ajustados por edad, sexo, DBT, HTA, DLP, TBQ, obesidad con un HR de 2.03 IC 95% 1.07- 3.86 , p= 0.031

**Conclusiones:** En nuestra población la prevalencia de cáncer fue del del 13.9%. El grupo oncológico no presentó diferencias en relación a las estrategias terapéutica en la internación índice. El antecedente de enfermedad oncológica se comportó como un factor predictor independiente de riesgo en el seguimiento de re-ATC en comparación con los no oncológicos. Son necesarios más estudios para ratificar estos hallazgos, así como para dilucidar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

## 0233 - ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE EMPATÍA EN MÉDICOS Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

SIGAL, Alan Rodrigo (1) | BARO VILA, Rocio(1) | MASSA, Maximiliano(1) | BENZADÓN, Mariano(1) | GELPI, Ricardo Jorge(2) | ALVES DE LIMA, Alberto E.(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2)

HCAPS	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Me explicó claramente mi preocupación o enfermedad					
Me explicó las opciones para mi tratamiento					
Dedicó el tiempo suficiente para mi consulta					
Mostró interés en mis problemas					
Me trató con respeto					

**Introducción:** La dinámica de la relación médico-paciente es cada vez más reconocida como un factor determinante de la satisfacción del paciente, como así también del comportamiento prescriptivo del médico y sus resultados clínicos. La empatía es un aspecto fundamental que compone esta relación.

**Objetivos:** En este estudio buscamos correlacionar los valores de empatía de los médicos del servicio con los resultados de las encuestas de satisfacción del paciente ambulatorio, medido mediante una herramienta llamada HCAPS.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo para evaluar la relación de la empatía del médico tratante con la satisfacción del paciente. Se incluyeron los médicos que realizaron actividad asistencial en el consultorio ambulatorio en el ICBA, desde Enero del 2017 hasta Mayo del 2021, sobre los cuales se dispone de resultados de encuestas de satisfacción de los pacientes. Los niveles de empatía se evaluaron mediante el uso de la escala de empatía médica de Jefferson (EEJ), que está compuesta por 20 ítems que deben ser contestados en una escala de Likert del 1 al 7. El puntaje máximo es de 140. A su vez, cuenta con 3 subcategorías: "Toma de Perspectiva" (Puntaje máximo 70), "Cuidado con compasión" (Puntaje máximo 49), y "Ponerse en los zapatos del paciente" (Puntaje máximo 21). La satisfacción del paciente se evaluó mediante las encuestas HCAPS. Estas constan de 5 preguntas dirigidas a la experiencia puntual, y una pregunta final que solicita una valoración global del 1 al 10. Se evaluó la relación entre los niveles de empatía con el porcentaje de pacientes que contestaron "Completamente de acuerdo" a cada ítem de los HCAPS.

**Resultados:** Se obtuvo el resultado de la EEJ de 65 médicos de atención ambulatoria del ICBA, de los cuales 20 (30.8%) fueron mujeres y 45 (60.2%), hombres. El 55.4% de ellos fueron menores de 50 años de edad y la edad media de los médicos que respondieron la encuesta fue de 48.8 años, con una edad mínima de 28 y máxima de 74. La mayoría (81.5%) habían recibido su título de especialista hace 5 años o más. La mediana del score total de empatía fue de 120,7 (DS 11,1) y para cada subescala fue de 62,3 (DS 5,9) para "Toma de perspectiva", 42,9 (DS 5,4) para "Cuidado con compasión" y finalmente, de 15.5 (DS 3,2) para "Ponerse en los zapatos del paciente". Encontramos que los pacientes percibían un mayor trato respetuoso y que se les explicaba mejor sus opciones de tratamiento por parte de los médicos con mayores niveles de empatía. No hubo diferencias significativas en los niveles de empatía de los médicos según su edad, sexo, o tiempo desde la obtención del título de especialista, aunque sí una tendencia que favorecía a las mujeres y a aquellos profesionales con mas tiempo de práctica.

**Conclusiones:** Los resultados validan a la empatía como una habilidad clave dentro de la relación médico-paciente, que favorece la experiencia del paciente y su satisfacción de la consulta.

## 0377 - PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LAS PRUEBAS ERGOMETRICAS GRADUADAS DE PACIENTES OCTOGENARIOS

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica

BARRAZA, Maximiliano | SUSHEK, Sol | LEONARDI, Mariela | IGLESIAS, Daniel Jose | CHIRINO NAVARTA, Daniel | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

## Hospital Cesar Milstein

**Introducción:** El envejecimiento poblacional se puede considerar un reflejo del buen funcionamiento de las políticas de salud pública y desarrollo socioeconómico, pero así también un reto para la sociedad, ya que debe adaptarse a ello para mejorar la salud y la capacidad funcional de los adultos mayores. La prueba ergométrica graduada (PEG) es uno de los métodos más utilizados en la evaluación de riesgo y de la capacidad funcional ya que es relativamente sencillo, reproducible y de menor costo para que el rendimiento diagnóstico sea óptimo, la PEG debe ser máxima y suficiente, lo que muchas veces no se logra. Igualmente, la limitación de la capacidad funcional de por sí, es un factor de peor pronóstico, independientemente si la prueba es suficiente o no. La evaluación del riesgo y de la capacidad funcional (CF) en pacientes octogenarios es un desafío creciente. Si bien este grupo etario presenta mayores limitaciones a la actividad física que los menores, muchas veces esta capacidad es subestimada por los profesionales a la hora de solicitar estudios de valoración de CF. La utilidad de la PEG en octogenarios ha sido poco estudiada.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de los diferentes factores de riesgo y los resultados obtenidos en las PEG de pacientes octogenarios versus menores de 80 años.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y comparativo de corte transversal. La población bajo estudio estuvo integrada por pacientes adultos mayores que realizaron una PEG en el servicio de Cardiología del Hospital Cesar Milstein durante el período de abril de 2021 hasta abril 2022, en los que se evaluó los registros de dichas pruebas ergométricas, realizándose comparaciones entre la población de octogenaria y no octogenaria, comprendida por adultos de entre 65 y 79 años. Previo al desarrollo del estudio se solicitó autorización a las autoridades del servicio de Cardiología del Hospital Cesar Milstein, explicándoles que la recolección de datos se realizó en forma individual y confidencial, extrayendo los datos necesarios del registro de PEG a través de una tabla de doble entrada. Durante la recolección estuvo presente una autoridad de la institución.

**Resultados:** Se incluyeron 497 pacientes en los que se realizó PEG, de los cuales 103 fueron octogenarios. El grupo de octogenarios presentó mayor antecedente de hipertensión arterial (61% vs 46%,  $p < 0.001$ ) y dislipidemia (48% vs 38%,  $p = 0.04$ ) sin diferencias en el resto. Respecto de los resultados de la PEG, en el grupo octogenario la CF fue de  $5.1 \pm 1.9$  METS y en el grupo de menores fue de  $7.0 \pm 3.8$  METS,  $p < 0.001$ . Sin embargo no hubo diferencias en el doble producto alcanzado ( $19864 \pm 4150$  vs  $19663 \pm 4340$ ,  $p = \text{NS}$ ) ni en la Frecuencia cardíaca (FC) máxima para la edad alcanzada ( $85 \pm 8$  vs  $86 \pm 12$ ,  $p = \text{NS}$ ). El 64% de los octogenarios superaron el 85% de la FC máxima para la edad, sin diferencias con el grupo de menores (65%). Respecto al resultado de la PEG, no hubo diferencia en la presencia de infradesnivel del ST (4% vs 3.8%,  $p = \text{NS}$ ), mientras que el grupo octogenarios presentó mayor tasa de arritmias que los menores (10 % vs 5.2%,  $p = 0.04$ ). Ningún paciente presentó eventos adversos ni complicaciones peri procedimiento.

**Conclusiones:** Los pacientes octogenarios presentaron mayor hipertensión arterial y dislipidemia que los menores. Si bien, como era esperable, presentaron menor CF que los menores, no hubo diferencias en alcanzar un PEG suficiente ni en la detección de isquemia. Los pacientes octogenarios presentaron más arritmias. La PEG en octogenarios es segura y presenta similar utilidad que los pacientes menores de 80 años.

## 0481 - IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

BONO, Leandro | MOLINA, Maria Cecilia | FILAZZOLA, Laura Soledad | CHABAN, Hassan | HELGUERA, Lucia | PADULA, Agustin Leonel | SZARFER, Jorge | GAGLIARDI, Juan

### Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción:** La pandemia SARS- COV 2 generó un efecto disruptivo en el sistema de salud que alteró la atención y el seguimiento de otras patologías no relacionadas a la misma.

**Objetivos:** Evaluar el efecto de la pandemia analizando las características de una población de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que ingresó a unidad de cuidados intensivos coronarios de un hospital de tercer nivel en una de las ciudades que sufrió más severamente este efecto.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron las características de los pacientes (p) que ingresaron de manera consecutiva a la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares por un SCA con (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST) entre dic. 2017 y dic. 2021. Se agrupó la población según fecha de ingreso en: grupo control (GC) constituido por p internados entre dic. 2017 y el 20 de marzo del 2020 y grupo pandemia (GP) a los

p ingresados entre el 20 de marzo del 2020 y dic. 2021. Se analizaron los datos demográficos, el tipo de SCA, los factores de riesgo (FRCV) y los valores de LDL y hemoglobina glicosilada (HbA1c) al ingreso. En el grupo de diabéticos se analizó también la prevalencia de p con HbA1c > 7% y en aquellos con historia de evento coronario previo (EP) de LDL > 70mg/dl. Las variables discretas se registraron como número y %, las continuas como media y DS o mediana e intervalo inter cuartil (IIC) según correspondiera. Se consideró significativa una p < a 0,05.

Tabla 1

	GC	GP	p
Hipertensión arterial	59.7% (280p)	43.8% (56p)	0.002
Tabaquismo	38.4% (180p)	26.6% (34p)	0.02
Diabetes	24.1% (113p)	20.3% (26p)	NS
Dislipemia	29% (136p)	15.6% (20p)	0.002

**Resultados:** Se analizaron 597 p con SCA , 469 en el GC y 128p en el GP, sin diferencias en la prevalencia de SCACEST entre grupos (54,8 y 54,7% respectivamente). La edad del GC fue de  $61.5 \pm 11$  años, 77.8% (365p) eran varones y el 60.3% (283p) no contaban con cobertura médica. En el GP la edad fue de  $60.3 \pm 12$  años, el 83.5% (107p) eran varones y el 60.2% (77p) no tenían cobertura. Los FRCV en ambos grupos se pueden ver en la tabla 1. El nivel de LDL en GC fue de  $102.6 \pm 42.1$  mg/dl vs  $90.9 \pm 34.8$  mg/dl en GP, p:0.07. La HbA1c fue de  $6.6 \pm 1.8\%$  vs  $6.3 \pm 1.6\%$ , p:0.24. Cuando analizamos solo los p diabéticos, en el GC el 22.1% (25p) tenía HbA1c > a 7% y en GP el 42.3% (11p), p:0.047. De los p con EP en el GC el 20.2% (43p) tenía LDL > a 70 y 28.8% (17p) en GP, p:0.16.

**Conclusiones:** A pesar que los datos demográficos de ambos grupos eran similares los p con SCA del GP tenían significativamente menor prevalencia de los FRCV evaluados. Sin embargo, en el GP los p con EP o diabetes tenían una tendencia a no alcanzar los objetivos terapéuticos. Esto podría deberse a la mayor atención de patologías agudas durante la pandemia dejando de lado el control de patologías crónicas y FRCV altamente prevalentes.

## 0508 - ROL DE LA PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA EN PACIENTES POST COVID.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

CATALANO, Maria Paula | **BERTOLINO, Tomas** | BAEZA, Lorena | SERRA LYNCH, Alejandro | NOVO, Fedor | GARCIA AGUIRRE, Alejandro | PASSAUER, Miguel | HIGA, Claudio

Hospital Alemán

Características basales	N=117
Edad	45 +- 17
Genero femenino	63 (54%)
Exceso de peso	51 (50,5%)
COVID LEVE	113 (96,5%)
COVID MODERADO	3 (2,5%)
COVID GRAVE	1 (0,8%)
Asintomáticos	100 (85%)
Diabéticos	2 (2%)
Hipertensión arterial	17(14,5%)
Dislipémicos	16 (14%)
Tabaquistas	12 (10%)
Antecedentes heredofamiliares	2 (2%)
CRM	0
Infarto previo	1 (0,8%)
ECG anormal (T negativas /ST alterado)	3 (2,5%)

**Introducción:** En pacientes que cursaron infección por COVID 19, con presencia o ausencia de síntomas persistentes, es frecuente una consulta médica posterior y solicitud de pruebas complementarias. Incluso en aquellos que tienen el calendario completo de vacunación.

Hallazgos en la prueba ergométrica	
FC max esfuerzo	166 +-20
TAS max esfuerzo	164 +-19
TAD max esfuerzo	70+-9
METS alcanzados	12 (+-2)
Infradesnivel del ST menor a 2 mm	4 (3%)
Supradesnivel del ST	0
Arritmia ventricular no sostenida	17 (14,5%)
Fibrilación o flutter auricular	0
Taquicardia ventricular	0
Angina o equivalentes	0
Arritmia supraventricular	9 (8%)
HTA reactiva	9 (8%)

**Objetivos:** Observar la aparición de eventos serios en la prueba ergométrica graduada en pacientes que fueron considerados para evaluación post infección por COVID 19.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva pacientes derivados para ergometría como evaluación post COVID 19 en un hospital de comunidad, desde febrero a abril del 2022. Los individuos seleccionados para dicha evaluación fueron: aquellos que presentaron síntomas persistentes más allá de la infección aguda, pacientes con enfermedad moderada o grave (es decir, que requirieron internación en sala general o UTI respectivamente), o según criterio del médico de cabecera. Debían contar por lo menos con 2 vacunas oficiales contra COVID 19 en su calendario de vacunación. Se midió la prevalencia de eventos serios: isquemia (infradesnivel del ST de al menos 2 mm medido a 80 mseg del punto j o supradesnivel del segmento

ST), aparición de fibrilación o flutter auricular, taquicardia ventricular sostenida o síntomas (angor o equivalentes anginosos).

**Resultados:** Se analizaron las ergometrías de 117 pacientes. La media de edad fue 45 años (+/-17). Un 54% (n=63) fueron mujeres; 96,5% (n=113) presentaron infección por COVID 19 leve y el 99 % (n=116) no tenía antecedentes cardiovasculares (TABLA 1). No se observaron eventos serios en la prueba ergométrica. La prevalencia de otros hallazgos fue: 3% infradesnivel no isquémico del segmento ST (n=4), 14,5% con arritmia ventricular no sostenida (n=17), 8% con arritmias supraventriculares (n=9), 8% hipertensión arterial reactiva (n=9) (TABLA 2).

**Conclusiones:** Nuestra cohorte de pacientes no presentó hallazgos patológicos clínicamente significativos en la ergometría. La consistencia de estos resultados con registros internacionales podría implicar la futura restricción de controles post COVID para detección de daño cardíológico a subgrupos de población de mayor riesgo.

## 0027 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LESIONES OCLUSIVAS CRÓNICAS:

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Enfermedad Coronaria*

*Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo*

COSTANTINI, Ricardo Andrés | **KRAUSE, Sofia** | TELAYNA, Juan Manuel Hijo | TELAYNA, Juan Manuel

Hospital Universitario Austral

Revasculariz	Grupo A: OTC No SCA (n= 279)		Grupo B: Grupo OTC SCA (n= 23)		p
	n	%	n	%	
Revascularización completa funcional	212	79,6	19	82,6	1
Revascularización completa anatómica	134	55,2	10	43,5	0,2
Éxito técnico	205	73,5	17	73,9	1
Mortalidad intrahospitalaria	0	-	1	4,3	0,07
Oclusión coronaria temprana	0	-	0	-	-
CRM urgente	0	-	0	-	-
Suprago total	1	0,4	1	4,3	0,1
Requerimiento de nueva revascularización	22	7,9	6	26,1	0,0118

Referencias: CRM: Grupo de Revascularización Miocárdica; SCA: Síndrome coronario agudo; OTC: Oclusión total crónica.

**Introducción:** Existen varias razones por las cuales el tratamiento endovascular de lesiones coronarias oclusivas crónicas (OTC) es beneficioso. Las mismas incluyen: reducir la necesidad de cirugía de by pass aorto-coronario; reducir síntomas anginosos; mejorar la fracción de eyección y la sobrevida a largo plazo tras lograr la revascularización completa coronaria.

**Objetivos:** Evaluar los resultados de la angioplastia de las OTC que se presentan en el escenario de un SCA en curso frente a procedimientos electivos en dichas lesiones.

**Materiales y Métodos:** Entre abril 2002 y mayo de 2021 se realizaron 302 ATC en lesiones de oclusión total crónica con una tasa de éxito creciente: 2010 – 2012: 16% vs 2019 – 2020: 83%. En el periodo de evaluación el tratamiento de estas lesiones ha representado el 7% del total de las angioplastias y el 1% de las ATC durante un SCA.

**Resultados:** Población definida como el grupo A (n=279) ATC de lesiones OTC electivas vs grupo B (n=23) ATC de lesiones OTC durante SCA con elevación del ST (n=4) / sin elevación del ST(n=19). Las características basales fueron respectivamente: edad 63.7 ± 10.32 vs 66.3±11.4; mujeres 25(9) vs 1(4); diabetes 91(33) vs 7(30); infarto de miocardio previo 161(58) vs 16(69); by pass coronario previo 26(9) vs 5(22); angioplastia coronaria previa 157(56) vs 9(39); fracción de eyección VI menor 50% 79(28) vs 14(61) p=0,002; enfermedad de múltiples vasos 105(38) vs 20(87) p=0,0001; OTC en arteria descendente anterior 85(31) vs 5(22); OTC en arteria circunfleja 79(28) vs 8(35); OTC en coronaria derecha 115(41) vs 10(43); acceso femoral 63(22) vs 15(65) p=0,001; técnica anterógrada 253(91) vs 23(100); mm de stents 51±39 vs 23±50; material de contraste 221+8 ml vs 243±88 ml; tiempo de fluoroscopia 33±19 min vs 28.6±14 min; requerimiento de nueva revascularización 22(8) vs 6(26) p= 0.0118.

**Conclusiones:** Los resultados de las intervenciones coronarias en OTC durante el curso de un SCA comparados con procedimientos electivos no han evidenciado diferencias en el éxito técnico o del procedimiento. La necesidad de obtener una revascularización completa durante el SCA en el procedimiento índice podría depender más del status hemodinámico y de la experiencia del intervencionista.

## **0236 - COMPARACIÓN ENTRE EL PLASMINÓGENO, FACTOR DE VON WILLEBRAND, FACTOR VIII, FIBRINÓGENO Y PRODUCTOS DE LA DEGRADACIÓN DEL FIBRINÓGENO PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCASEST) EN PACIENTES DE UNA UNIDAD PRECORDIAL.**

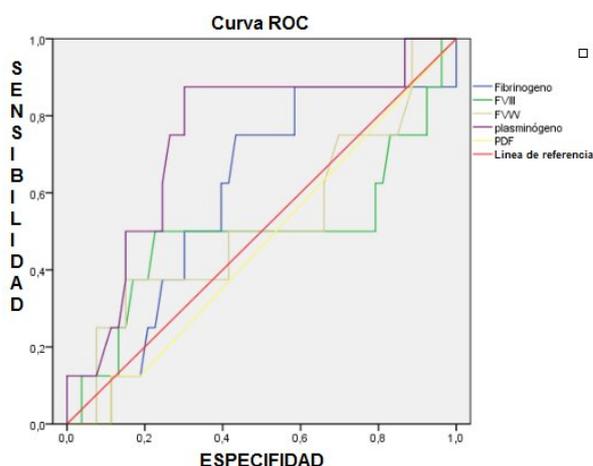
*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo*

*Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica*

DEFELITTO, Octavio | PASTORINO, Ana | ECIOLAZA, Sebastian | CLAVIJO, Maria Manuela | VENTURA, Adriana | GARATE, Gonzalo | HIGA, Claudio

Hospital Alemán



**Introducción:** La activación plaquetaria y la cascada de coagulación tienen un papel clave en la fase inicial y en la evolución de los síndromes coronarios agudos (SCA). En este sentido, la trombosis sobre una placa aterosclerótica es el mecanismo más frecuente en su fisiopatología. Sin embargo, existe muy poca evidencia disponible sobre el potencial valor diagnóstico de marcadores asociados a los procesos relacionados a la pro trombosis/trombolisis como fibrinógeno (FIBC), productos de degradación de fibrinógeno (PDF), plasminógeno (PL), factor VIIIc y factor de Von Willebrand (FVW) para descartar SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST) en pacientes ingresados a una Unidad de Dolor Pectoral (UDP).

**Objetivos:** Evaluar la utilidad diagnóstica del FIBC, PDF, PL, factor VIIIc y FVW para descartar SCASEST en pacientes ingresados a una UDP.

**Materiales y Métodos:** En este análisis preliminar, se analizaron pacientes (pts) incluidos consecutivamente en una UDP de un Hospital de Comunidad por dolor precordial sospechoso. Se incluyeron pacientes cursando SCASEST definido como dolor precordial típico, con electrocardiograma y troponina T ultrasensible (TnTus). Se dosó TnTus con algoritmo de 0h/3h y entre los marcadores de trombosis se evaluaron: FIBC, PDF, PL, factor VIIIc y FVW. Las muestras recolectadas fueron almacenadas a  $-70^{\circ}\text{C}$  y analizadas mediante sistemas de coagulación IL e instrumento ACL TOP 300 (WM Argentina). La TnTus se determinó con un analizador ROCHE ELECSYS. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes e intervalos de tiempo entre el dolor a la admisión y entre los dosajes de TnTus, estudios y evolución intrahospitalaria. Se evaluó la capacidad discriminativa de los tests para el diagnóstico de SCA mediante análisis del Área Bajo la Curva ROC. Se identificaron los mejores valores de corte por curva ROC para analizar los tests dicotómicamente y obtener la sensibilidad, especificidad, likelihood ratio positivo y negativo. La comparación de áreas bajo la curva ROC se realizó con el método de De Long. Se realizó un modelo de regresión logística para identificar tests asociados independientemente a dicho diagnóstico. Métodos bioquímicos de medición. Para los análisis estadísticos se usó el programa SPSS 23.0 Statistics (IBM Corporation, Armonk, NY). Se consideró como significativo a un valor de  $p < 0.05$ .

	Fibrinogeno	Factor VII	FVW	Plasminogeno	PDF
Mejor Valor corte por Curva ROC	352	140	125	66	3.7
Sensibilidad	63	60	41	66	0.00
Especificidad	51	47	48	62	0.92
Likelihood Ratio +	1.31	1.14	0.80	1.7	0
Likelihood Ratio -	0.71	0.84	1.21	0.53	1.08

**Resultados:** En este análisis preliminar, se evaluaron 156 pts, con una media de  $62 \pm 12$  años, 42% mujeres, el 53% eran hipertensos, el 28% tabaquistas, 9% diabéticos, el 39% dislipémicos, 16% IMC < 30, el 22% con antecedente de SCA, el 60% con electrocardiograma normal, 16% alteraciones de la onda T, 9% infradesnivel del ST, el 56% plasminógeno mayor a 65 y una media de  $70 \pm 2.7$ . El Área Bajo la Curva ROC para el FIBC fue de 0.59 (IC 95% 0.39-0.79), para el Factor VIII de 0.49 (IC 95% 0.22-0.76), para el FVW 0.52 (IC 95% 0.28-0.75), PL 0.74 (IC 95% 0.55-0.93) y para los PDF 0.46 (IC 95% 0.25-0.67) Ver Imagen/Tabla 1. En la Imagen/Tabla 2 se detalla la sensibilidad, especificidad, likelihood ratio + y - de los diferentes marcadores dicotomizándolos por el valor de corte obtenido por Curva ROC. Por el análisis de regresión logística multivariado, solo el PL resultó estar independientemente asociado al diagnóstico de SCASEST OR 0.69 (IC 95% 0.29-0.6)  $p=0.04$ .

**Conclusiones:** Según este análisis preliminar el plasminógeno tiene mayor capacidad discriminativa sobre FIBC, PDF, factor VIIIc y FVW y resultó ser el único marcador independientemente asociado al diagnóstico de SCASEST, en pacientes de una UDP.

### 0346 - ÍNDICE LEUCO-LÁCTICO AJUSTADO POR EDAD Y SU VALOR PRONÓSTICO EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

FRONTERA, Esteban | BARBOSA, Fernando | **CUELLAR, Maximiliano** | ARNEDO, Alicia | CARBALLO, Martin | CASTRO, Fernanda | GOLDSTRAJ, Leandro | MOYANO, Claudio

Clínica Pasteur

**Introducción:** Los biomarcadores inflamatorios en el postoperatorio (POP) de Cirugía Cardiovascular (CCV) son de gran utilidad para identificar pacientes de alto riesgo; además de las variables ya conocidas, descritas en el EuroScore. Nos planteamos conocer la relación entre los valores de glóbulos blancos y ácido láctico, ajustados por la edad.

**Objetivos:** Evaluar el valor pronóstico del índice leuco-láctico ajustado por edad (ILLe) en el POP de CCV.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, observacional y analítico que incluyó pacientes en POP de CCV entre Enero 2018 y Marzo 2022 en 1 centro patagónico. El cálculo se realizó en POP multiplicando ácido láctico (mg/dl) por leucocitos (mm<sup>3</sup>)/1000 por la edad. Se utilizó la curva ROC para variables cuantitativas. La población se dividió en 2 grupos según el mejor valor de corte del ILLe. El punto final fue mortalidad intrahospitalaria. Se excluyeron pacientes sin datos para el cálculo.

**Resultados:** Se incluyeron 480 pacientes, con edad mediana de 67 (RIC 59-72 años), predominó del género masculino (78%). La mayoría fueron a cirugía de revascularización miocárdica 62%, (n=299) y cirugía valvular 32% (n=153); la mediana de score STS 1,8 (RIC 1-3,1). El mejor valor de corte según curva ROC fue de 27291, con sensibilidad: 73% y especificidad: 80%, ABC 0,83 (0,75-0,91), con valor predictivo negativo de 97% y valor predictivo positivo de 19%. Según los grupos fueron G1: ILLe < 27290 con n=369 (77%) y G2  $\geq$  27291 con n=111 (23%). El G2 presentó mayor porcentaje de hipertensión arterial (89% vs 80%,  $p=0,02$ ), con mayor necesidad de cirugía de urgencia (28% vs 19%,  $p=0,02$ ), y tiempos de circulación extracorpórea (CEC) más prolongados (95 vs 73 minutos,  $p=0,002$ ). Durante la internación el G2 evolucionó con más complicaciones como, mortalidad (20% vs 2%,  $p<0,0001$ ) y bajo gasto cardíaco (28% vs 16%,  $p<0,0001$ ), entre otras. Las variables que se asociaron a mayor mortalidad en el análisis univariado fueron: antecedentes de hipertensión arterial, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, fracción de eyección severa por ecocardiograma, cirugía valvular, cirugía de urgencia, uso de CEC, al igual que tiempo de CEC, tiempo de clampeo aórtico y tiempo quirúrgico prolongado. En el análisis multivariado el ILLe fue predictor independiente mortalidad en la internación (OR: 10, IC 4-27;  $p<0,0001$ ) al igual que la Fracción de Eyección severa por ecocardiograma, la cirugía de urgencia y el tiempo de CEC prolongado.

**Conclusiones:** La utilización de estos biomarcadores obtenidos en POP de CCV ajustados por edad, resultó de gran utilidad, contribuyendo a las variables ya conocidas para categorizar pacientes con peor pronóstico. El índice leucoláctico ajustado por edad resultó ser predictor independiente de muerte.

### 0436 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DISCRIMINADA POR GENERO EN PACIENTES INTERNADOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL REGISTRO NACIONAL DE INFARTO ARGENTINO

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

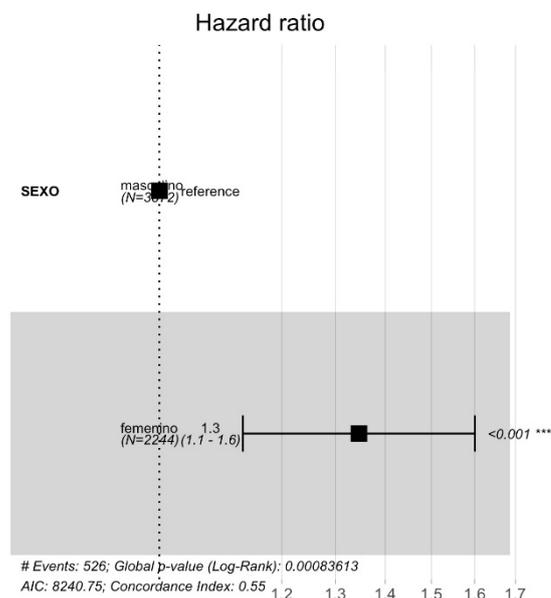
Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria

VILLARREAL, Ricardo Alfredo(1) | **FIORI, Evelyn Anabella** (1) | CORZO, Sofia María(1) | PEREA, Joaquin(2) | RAMOS, María Candelaria(1) | MACIN, Stella Maris(3) | COSTA, Diego(1) | MARTURANO, Maria Pia(1)

GRUPO ARGEN IAM ST (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)

	Masculino	Femenino	p-valor
Edad (mean (SD))	60.45 (11.65)	62.15 (12.18)	<0.001
Dislipemia (%)	1457 (41.6)	473 (48.7)	<0.001
Diabetes (%)	876 (22.9)	511 (23.7)	<0.001
Hipertension Arterial (%)	2254 (58.5)	1308 (59.5)	0.461
Tabaquista (%)	2482 (64.6)	609 (28.4)	<0.001
Antecedentes Infarto (%)	420 (12.2)	189 (9.2)	<0.001
Dolor consulta (median [IQR])	110.00 [50.00, 240.00]	120.00 [55.00, 300.00]	0.009
Dolor primer-ecg (median [IQR])	130.00 [60.00, 300.00]	155.00 [70.00, 370.00]	<0.001
Tiempo Puerta Balón (median [IQR])	112.00 [60.00, 229.00]	108.00 [55.25, 228.50]	0.504
Tiempo Ventana (median [IQR])	308.00 [185.00, 600.00]	302.00 [183.75, 590.00]	0.600
Angioplastia primaria (%)	2734 (88.5)	1498 (91.7)	<0.001
Insuficiencia Cardiaca (%)	493 (33.2)	309 (33.0)	0.951
Complicación mecánicas (%)	35 (1.2)	33 (4.3)	<0.001
Mortalidad	305 (7.9)	227 (10.1)	0.003

**Introducción:** Con la información que contamos de la evolución del infarto agudo de miocardio en la mujer y a pesar de los avances en el tratamiento, el pronóstico continúa siendo desfavorable para las mismas, atribuido inicialmente a diferencias en la edad, comorbilidades, entre otras.



**Objetivos:** Comparar características clínicas y de evolución hospitalaria de acuerdo al género en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Determinar predictores asociados a la mortalidad intrahospitalaria en el sexo femenino.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico en la República Argentina llevado a cabo en 247 centros (todas las provincias y CABA) incluyendo un total de 6116 pacientes con diagnóstico de IAMCEST de hasta 36 hs de evolución, realizado desde el año 2015 hasta la actualidad.

**Resultados:** El promedio de edad de las mujeres fue mayor (62 vs 60 años;  $p < 0.001$ ). La prevalencia de factores de riesgo coronario fue diferente; se observó menos tabaquismo (28% vs 64%;  $p < 0.001$ ), mayor dislipemia (48% vs 41%  $p = 0.001$ ), sin diferencias en diabetes (23 vs 22%,  $p = 0.48$ ) e HTA (58% vs 57%,  $p = 0.46$ ). Las

mujeres presentaron menos enfermedad coronaria (9% vs 12%; p=0.001) y ATC previa (13% vs 44%; p=0.001). Los tiempos dolor-consulta (120 vs 110 min) y dolor primer ecg (155 vs 130 min) fueron más prolongados en las mujeres, sin encontrarse diferencias en tiempo puerta balón y tiempo de isquemia total. La tasa de reperfusión fue similar con una leve tendencia a menor utilización de fibrinolíticos. La mortalidad hospitalaria fue mayor en las mujeres (10,1% vs 7,9%; p=0.003), con similar tasa de re-infarto y APIAM y mayor tasa de complicaciones mecánicas en las mujeres (4,3% vs 1,2% p=0,001). En el modelo de regresión de cox, el género femenino se comportó como un predictor independiente de mayor mortalidad (HR 1,36 IC95% 1,1-1,6 P=0.0001). En el análisis multivariable : la edad >70 años (HR= 2,87 IC 95%1,12-741 p=0.02), IS (índice de shock) >=0,67 (HR=1,90 IC 95%1,04-3,46 p=0.02) , complicaciones mecánicas (HR=6,33 IC 95%2,84-14,1 p=0.003) y valor de glucemia al ingreso entre 200 -400 mg/dl (HR=2,24 IC 95%1,16-4,35 p=0.01) fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria .

**Conclusiones:** Las mujeres ingresadas por IAMCEST tienen un perfil de factores de riesgo diferente a los hombres. La mortalidad hospitalaria fue mayor para las mujeres, asociándose a diferentes predictores independientes de mortalidad en los análisis estadísticos.

## 0505 - ¿CUÁL ES EL MEJOR PUNTAJE DE RIESGO PARA PREDECIR MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO Y CÁNCER?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Enfermedad Vascul ar Pulmonar*

*Unidad Temática 2: Cardiología Crítica*

TORRES, Nicolás Arturo | SPAINI, Macarena | **GALLEGOS, Agustina** | IWANOWSKI, Mateo | BONORINO, Jose | BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BARATTA, Sergio

**Hospital Austral**

**Introducción:** En pacientes con tromboembolismo agudo de pulmón (TEP) pueden utilizarse distintos puntajes de riesgo para la estratificación pronóstica. En la población de pacientes con TEP y cáncer la información respecto de cuál de ellos predice mejor mortalidad intrahospitalaria (MIH) es limitada

**Objetivos:** Determinar en una población de pacientes con TEP y cáncer, cuál de los diferentes puntajes de riesgo recomendados por sociedades científicas para la estratificación pronóstica de pacientes con embolia pulmonar, predice mejor MIH. Los puntajes de riesgo y valores de significancia utilizados fueron: el recomendado por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de riesgo intermedio-alto o alto; el FAST de riesgo intermedio-alto (igual o mayor a 3); el BOVA de riesgo alto (mayor de 4); el índice de shock (frecuencia cardiaca/presión arterial sistólica) mayor de 1; y el Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar (PESI) igual o mayor de 86.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo y descriptivo efectuado sobre un registro prospectivo unicéntrico de un Hospital Universitario, de pacientes con TEP. Se evaluó la totalidad de los pacientes hospitalizados por TEP que además tuvieran antecedentes de cáncer, entre los años 2008-2022. Se analizó la ocurrencia de MIH y se la comparó con la utilización de distintos puntajes de riesgo para determinar la existencia de una asociación entre ellos.

	NO MIH (n=134)	MIH (n=16)	P
EDAD	65	67	NS
FEMENINO	67 (50%)	6 (38%)	NS
HTA	61 (45%)	5(31%)	NS
DBT	22 (16%)	4 (25%)	NS
EPOC	5 (4%)	2 (12%)	NS
TBQ	54 (40%)	7 (44%)	NS
DLP	48(35%)	5(31%)	NS
TnTUS > 14	60 (45%)	8(50%)	NS
TTO Anticoagulante	115 (98%)	15 (94%)	NS

**Resultados:** Sobre un total de 410 pacientes internados con TEP, se incluyeron 150 con diagnóstico de cáncer. Respecto de las características basales de la población, no se hallaron diferencias entre aquellos que fallecieron durante la internación vs. los que sobrevivieron. Tabla 1. Los pacientes que fallecieron tuvieron mayor

requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y uso de drogas vasoactivas respecto de aquellos que sobrevivieron (50% vs 4%;  $p < 0.01$ ) y (63% vs.3%;  $p < 0.01$ ), respectivamente. En relación a los puntajes de riesgo, los pacientes fallecidos respecto de los sobrevivientes, tuvieron una mayor prevalencia de un índice de shock mayor de 1 (25% vs. 7%;  $p = 0.04$ ), y mayor puntaje ESC intermedio-alto o alto (100% vs. 82%;  $p = 0.02$ ). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de riesgo definidos para el FAST, BOVA y PESI entre los pacientes con cáncer fallecidos vs. sobrevivientes del TEP.

**Conclusiones:** En la población de pacientes con TEP y cáncer, un puntaje de riesgo intermedio-alto o alto de la clasificación de la ESC y un índice de shock mayor de 1, serían los mejores predictores de MIH. Los puntajes de FAST, BOVA y PESI tendrían una utilidad limitada para predecir MIH en esta población.

## 0570 - DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017-2022.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

BACIGALUPE, Juan Jose | TANCREDI, Valentina | **ABRAHAM, María Rosa** | SANTOS DAMASCENA, Juliane | FERREYRA, Maximiliano Eduardo | VIOLANTE, Ricardo M. | ZEBERIO, Nora Elisabet

### Hospital Municipal Héctor Cura de Olavarría

	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	p	OR	IC95%
N	152	40 (26.3%)	112 (73.7%)			
		n (%)	n (%)			
Edad (mediana RIC)	65 [56-72]	73 [62-77]	62 [54-69]	<0,001		
Mayor 75 años	21 (13.8)	14 (35)	7 (6.2)	<0,001	0,12	0,04-0,33
<b>Factores de riesgo</b>						
Tabaquismo	67 (44)	17 (42.5)	50 (44.6)	ns	1,09	0,52-2,26
Diabetes	24 (15.8)	5 (12.5)	19 (17)	ns	1,43	0,49-4,12
Hipertensión	87 (57.2)	26 (65)	61 (54.5)	ns	0,64	0,30-1,36
Dislipemia	52 (34.2)	12 (30)	40 (35.7)	ns	1,29	0,59-2,82
Obesidad	44 (28.9)	13 (32.5)	31 (27.7)	ns	0,79	0,36-1,73
Ex-TBQ	28 (18.4)	5 (12.5)	23 (20.5)	ns	1,8	0,63-5,13
Antec familiares	7 (4.6)	2 (5,0)	5 (4.5)	ns	0,88	0,16-4,76
<b>Antecedentes de enfermedad cardiovascular</b>						
Infarto previo	17 (11.2)	3 (7.5)	14 (12.5)	ns	1,76	0,47-6,48
Angina previa	4 (2.6)	1 (2.5)	3 (2.7)	ns	1,07	0,10-10,62
Angioplastia previa	9 (5.9)	1 (2.5)	7 (7.1)	ns	3	0,33-24,77
Insuf cardíaca	2 (1.3)	1 (2.5)	1 (0.9)	ns	0,35	0,02-5,75
Arteriopatía	4 (2.6)	1 (2.5)	3 (2.7)	ns	1,07	0,10-10,62

**Introducción:** El estudio de las desigualdades según género en el ámbito de salud nos alerta de la diferencia en la prevalencia, incidencia, evolución y letalidad de las patologías coronarias agudas.



**Objetivos:** Describir las características generales de los síndromes coronarios agudos (SCA) con elevación del ST (SCACEST) según género y analizar la repercusión de los factores de riesgo, antecedentes, implementación de reperusión y el grado de mortalidad.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo observacional, analítico, retrospectivo, donde se revisaron epicrisis de personas egresadas entre abril de 2017 hasta marzo del año 2022 en un hospital del interior de la provincia de Buenos Aires, Argentina, que representa el principal centro de salud público de la ciudad y cuenta con disponibilidad de hemodinamia.

**Resultados:** Se registraron un total de 152 pacientes ingresados con SCACEST de los cuales un 73,7% eran hombres con una mediana de edad de 62 años y las mujeres presentaron una mediana de 73 años ( $p < 0,001$ ).

No se evidenciaron diferencias en cuanto a factores de riesgo ni antecedentes cardiovasculares en entre ambos géneros. En cuanto al tratamiento de reperfusión se registró una tasa de 67.5% en mujeres y 83% en hombres, si bien se aprecian diferencias en cuanto al tratamiento administrado no resultó ser estadísticamente significativo (OR 0,81; IC 95% 0,46-1,42; p=ns). Se evidenció un 10% de fallecimientos en mujeres y 8% en hombres sin diferencias significativas entre ambos grupos (OR 0,78; IC 95% 0,22-2,71).

**Conclusiones:** En personas con síndrome coronario agudo el sexo femenino se asocia con mayor edad, no encontramos diferencias en los antecedentes y factores de riesgo cardiovascular como se evidenciaron en publicaciones previas. La selección de estrategias más conservadoras y menor utilización de tratamiento de reperfusión en mujeres no fue estadísticamente significativa, pero si hubo una tendencia. Las diferencias en el abordaje de los síndromes coronarios agudos entre géneros no se vió reflejada en una diferencia en cuanto a mortalidad.

## 0178 - EVALUACIÓN DE PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE MINOCA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria

BALLARI, Franco Nicolas | SCIANCALEPORE, Agustina | COSTABEL, Juan Pablo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

**Introducción:** El infarto de miocardio sin obstrucciones coronarias significativas (MINOCA), es una entidad con mucho protagonismo en la literatura médica, sin embargo no contamos con datos locales del tema. En registros de la población con infarto de miocardio (IAM), su prevalencia se encuentra entre el 5% y el 10%. Existen múltiples mecanismos que generan MINOCA y el manejo de estos pacientes varía según su fisiopatología. También es importante descartar otros diagnósticos diferenciales como el síndrome de Takotsubo y la miocarditis. Por estos motivos es necesaria una evaluación minuciosa por un equipo médico multidisciplinario especializado. Con este objetivo, en nuestro centro se creó la clínica de pacientes con sospecha de MINOCA en septiembre de 2020.

**Objetivos:** Describir la prevalencia y las características de los pacientes con sospecha de MINOCA en un centro monovalente de Cardiología. Objetivo secundario: Describir el seguimiento de los pacientes y la prevalencia y característica de aquellos con diagnóstico definitivo de MINOCA

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, a partir de datos consignados en historia clínica electrónica de pacientes internados en el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes que cursaron internación por IAM entre 09/20 y 12/22. Se definió IAM según la cuarta definición universal. Pacientes con sospecha de MINOCA: aquellos con infarto sin obstrucciones coronarias y pacientes con MINOCA definitivo: luego de excluir otras causas.

	Sosp de MINOCA (55)	IAM (542)	p
Edad	62±13	67±11	<0.01
IMC	25±4	28±4	<0.01
Sexo Masculino (%)	14 (25)	441 (81)	<0.01
Diabetes (%)	1 (1,8)	134 (30)	<0.01
Hipertensión (%)	23 (41)	311 (71)	<0.01
Dislipemia (%)	24 (43)	298 (68)	<0.01
Tabaquismo/Ex (%)	23 (41)	287 (65)	<0.01
Antecedentes HF (%)	8 (14)	103 (28)	<0.01
Días de internación	3 (2-4)	3 (3-5)	<0.01

MINOCA, Infarto de miocardio sin obstrucciones coronarias; IAM, Infarto agudo de miocardio; IMC, índice de masa corporal; HF, heredofamiliares.

**Resultados:** En el período evaluado se internaron 597 pacientes con diagnóstico de IAM. 55 (9.2%) egresaron con diagnóstico de sospecha de MINOCA. Al analizar las características de estos, encontramos un promedio de edad de 62 años con índice de masa corporal de 25. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, 23 (41%) tenían hipertensión arterial y la misma cantidad era tabaquista (actual o previo); 24 pacientes (43%) tenían dislipemia y 1(2%) era diabético. Los pacientes estuvieron internados una mediana de 3 días y presentaron un primer dosaje de troponina de 62, con una segunda muestra de 87. Al comparar estos datos con los de la población con IAM con obstrucciones coronarias encontramos diferencias significativas en todas ellas (Tabla 1). Se detectaron 8 disecciones coronarias en los pacientes con sospecha de MINOCA, en una de las cuales se colocó un stent. 34 pacientes (62%) fueron seguidos luego del alta en la clínica de MINOCA mientras que 21 (38%) no concurren al control pautado. A 28 de ellos se les realizó resonancia magnética cardíaca, a 4 cámara gamma con medición de reserva de flujo coronario y a 11 angiotomografía coronaria. Luego de la evaluación realizada, se concluyó que 23 pacientes (68%) tuvieron diagnóstico final de MINOCA, 4 (11%) miocarditis, 4 (11%)

Takotsubo y 3 (8%) permanecieron con diagnóstico desconocido. Hubo 3 reinternaciones (8%), 1 de ellos por angina y 2 por infarto de miocardio. Todos los episodios se produjeron dentro del mes del evento índice y no hubo casos de muerte cardiovascular.

**Conclusiones:** La población de pacientes con sospecha de MINOCA internada en ICBA en el período estudiado es más joven, con menor presencia de factores de riesgo cardiovascular e internaciones más breves que los pacientes con infarto de miocardio y lesiones coronarias. El seguimiento de estos por un equipo multidisciplinario es muy importante ya que nos permite llegar al diagnóstico final y de esta manera adaptar el tratamiento. Por todo lo dicho anteriormente y dada la gran cantidad de pacientes que no concurrieron al control post alta, es necesario crear una estrategia para evitar la pérdida de estos en el seguimiento.

## **0235 - ASISTENCIA VENTRICULAR EXTRACORPÓREA EN EL PARO CARDIACO INTRAHOSPITALARIO: UNA REALIDAD POSIBLE EN NUESTRO MEDIO?**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Crítica*

*Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca*

BURGOS, Lucrecia | **SPACCAVENTO, Ana** | SEOANE, Leonardo | FURMENTO, Juan Francisco | VRANCIC, Mariano | BARO VILA, Rocio | DIEZ, Mirta

**ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires**

**Introducción:** La reanimación cardiopulmonar extracorpórea (RCPE) es la utilización de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en pacientes en los que las medidas de reanimación cardiopulmonar convencional no logran un retorno sostenido de la circulación espontánea luego de un paro cardiorespiratorio (PCR). Existe limitada información en nuestro medio.

**Objetivos:** Evaluar las características y los resultados clínicos intrahospitalarios y a largo plazo de pacientes adultos tratados con RCPE después de un paro cardíaco intrahospitalario (PCR IH) en un centro de alta complejidad de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte unicéntrico. Se analizaron retrospectivamente pacientes adultos consecutivos que fueron asistidos con ECMO VA por PCR IH entre 2014 y 2022. Se incluyeron pacientes acorde al protocolo interno de RCPE: PCR IH presenciado, de probable causa cardíaca (principalmente con taquicardia ventricular o fibrilación ventricular como ritmo de inicio), que se extendieron más de 20 minutos, aún con una adecuada reanimación cardiopulmonar desde el inicio del mismo. Se excluyeron aquellos con PCR en cirugía cardíaca.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 8 pacientes, representando el 11,9% de los ECMO VA implantados en ese período en el centro. La mediana de edad fue de 46 años (RIC 30-58); el 66% eran mujeres. El 37,5% tenía antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, y el 12,5% diabetes. Ningún paciente presentó antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad renal crónica, accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad vascular periférica, fibrilación auricular o anemia. La canulación fue periférica en el 88% (n=7) y el 100% de los ECMO se implantaron con estrategia de puente a la recuperación. La mediana de duración de la asistencia circulatoria fue de 5 días (RIC 2-8). Se pudo extraer el ECMO VA de forma exitosa en el 62,5% (n=5) de los pacientes. La tasa de supervivencia en ECMO VA fue del 62,5% (n=5), y al alta del 37,5% (n=3). La causa de muerte fue no cardiovascular en el 80% de los pacientes. Las complicaciones reportadas incluyen: hemorragia mayor (66%), insuficiencia renal aguda no dialítica (66%), infección (33%), convulsiones (11%) y complicaciones tromboembólicas (33%). No se reportó ninguna muerte cerebral, y 1 paciente tuvo un accidente cerebrovascular isquémico. La mediana de seguimiento luego del alta fue de 14 meses (RIC 7-30). De aquellos que sobrevivieron, el 33% se encuentra en lista de trasplante cardíaco electivo y el 66% se encuentra en seguimiento con función biventricular conservada.

**Conclusiones:** El ECMO VA como tratamiento del PCR IH en nuestro centro presentó una sobrevida aceptable al alta hospitalaria, y comparable a los reportados por el registro internacional multicéntricos de la ELSO. El ECMO VA puede ser un tratamiento efectivo en pacientes altamente seleccionados cuando las terapias convencionales fallan, siendo útil y aplicable en un país de bajos y medianos ingresos con acceso limitado a los dispositivos de asistencia circulatoria.

## **0345 - "DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCION DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN DIFERENTES REGIONES DE ARGENTINA"**

*Modalidad: Tema Libre*

## Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

## Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria

GNOATTO GRIGOLATTO, Giuliana María (1) | MANSILLA, Juan Pablo(1) | VARGAS PARRAGA, Elena(1) | VILLARREAL, Ricardo Alfredo(1) | PEREA, Joaquín(2) | RIPA, Leonardo(3) | BELLUZZO, Valentina(3) | JIMENEZ, Lautaro(3)

GRUPO ARGEN IAM ST (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)

Regiones	Norte	Centro	Cuyo	Bs as	Patagonia	p
n	1442	1016	231	2920	505	
Edad (mean (SD))	62,52 (11,61)	61,62 (11,96)	59,47 (11,18)	60,44 (11,83)	60,18 (12,50)	<0.001
Sobrepeso (%)	573 (46,9)	696 (72,4)	37 (26,7)	1275 (46,9)	291 (62,4)	<0.001
Obesidad (%)	342 (44,4)	52 (3,4)	0 (0,0)	951 (38,0)	28 (6,0)	<0.001
Dislipemia (%)	691 (57,2)	301 (40,7)	74 (45,4)	753 (37,1)	111 (31,3)	<0.001
Diabetes (%)	407 (28,7)	207 (20,7)	61 (27,7)	593 (20,7)	119 (24,1)	<0.001
Hipertensión Arterial (%)	956 (66,5)	585 (57,6)	133 (59,4)	1595 (55,5)	293 (58,8)	<0.001
Tabaquismo (%)	762 (51,6)	475 (47,5)	130 (57,6)	1488 (52,3)	236 (47,7)	0,003
Antecedentes Infarto (%)	124 (9,8)	81 (8,3)	14 (6,9)	351 (13,6)	39 (8,1)	<0.001
Antecedentes Enfermedad Coronaria (%)	154 (12,3)	163 (16,7)	22 (10,9)	354 (13,8)	42 (8,8)	<0.001
Antecedentes Angioplastia Previa (%)	114 (22,8)	116 (28,5)	16 (20,3)	276 (23,7)	32 (18,5)	0,001
Antecedentes CIM Previa (%)	20 (2,8)	15 (3,7)	1 (1,3)	46 (4,6)	6 (3,5)	0,347
Antecedentes Insuficiencia Cardíaca (%)	34 (2,5)	17 (1,7)	7 (3,6)	61 (2,3)	11 (2,4)	0,495
Aspirina (%)	340 (24,4)	229 (22,7)	48 (23,8)	647 (23,3)	106 (22,1)	0,821
Iam inf (%)	550 (45,3)	383 (27,4)	93 (40,3)	1198 (39,7)	206 (40,8)	0,002
Iam inf (%)	537 (27,2)	415 (40,8)	90 (39,0)	1122 (38,4)	168 (32,9)	0,248
Dolor consulta (median [IQR])	120,00 [55,00, 283,75]	90,00 [30,00, 210,00]	120,00 [49,50, 300,00]	120,00 [53,75, 240,00]	120,00 [60,00, 300,00]	<0.001
Dolor primer eeg (median [IQR])	143,00 [60,00, 345,25]	99,00 [45,75, 227,00]	141,50 [60,00, 356,25]	135,00 [70,00, 305,00]	165,00 [70,00, 406,75]	<0.001
Tiempo Puerta Balón (median [IQR])	90,00 [47,00, 215,50]	53,00 [38,00, 95,75]	101,00 [30,25, 205,00]	159,00 [96,00, 291,00]	110,00 [60,00, 225,00]	<0.001
Tiempo Puerta Aguda (median [IQR])	NA [NA, NA]	60,00 [40,35, 80,00]	NA [NA, NA]	30,00 [20,00, 180,00]	NA [NA, NA]	0,288
Tiempo Ventana (median [IQR])	333,00 [180,00, 670,00]	227,50 [145,00, 416,25]	302,50 [175,00, 710,00]	330,50 [210,00, 615,00]	385,00 [185,00, 535,00]	<0.001
KK_A (%)	1116 (77,4)	849 (83,4)	37 (16,0)	2254 (77,2)	319 (63,2)	<0.001
KK_B (%)	107 (7,4)	120 (11,8)	47 (20,3)	467 (16,0)	142 (28,1)	<0.001
KK_C (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	85 (38,1)	0 (0,0)	4 (0,8)	<0.001
KK_D (%)	197 (13,7)	0 (0,0)	82 (35,5)	108 (3,7)	38 (7,5)	<0.001
Angioplastia primaria Primaria (%)	1083 (93,8)	819 (95,6)	167 (93,3)	1848 (95,3)	295 (96,3)	<0.001
Terapia Con Fibrinolíticos (%)	118 (8,2)	41 (4,1)	34 (14,7)	930 (21,7)	120 (23,9)	<0.001
Demoras Tratamiento (%)	754 (57,3)	465 (50,0)	114 (65,5)	1851 (72,4)	240 (64,7)	<0.001
Frecuencia de Ejección (mean (SD))	49,46 (11,42)	50,11 (11,37)	49,83 (12,89)	46,90 (11,33)	51,14 (11,69)	<0.001
Sangrado gpl (%)	236 (16,4)	17 (1,7)	4 (1,7)	92 (3,2)	9 (1,8)	<0.001
Muerte (%)	125 (8,7)	64 (6,3)	19 (8,2)	287 (9,2)	57 (11,3)	0,014

**Introducción:** Los factores de riesgo cardiovascular se encuentran presentes en la mayoría de los pacientes con infarto agudo de miocardio lo cual determina su evolución, sin embargo, la proporción de los mismos y la evolución del cuadro difieren en las diferentes regiones de Argentina.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue comparar las diferencias en los factores de riesgo y evolución del infarto de miocardio en diferentes regiones de Argentina.

**Materiales y Métodos:** El Argen-IAM-ST es un registro multicéntrico que evalúa las características de los pacientes hospitalizados por infarto con elevación del segmento ST (IAMST) en Argentina. Sobre la base de datos del registro global, desde el año 2015 hasta la actualidad, se dividieron los pacientes según las regiones para el desarrollo económico y social para un análisis comparativo de los factores de riesgo, antecedentes, terapia aplicada, evolución y complicaciones. El análisis estadístico fue el convencional para estadística descriptiva y comparativa. Se utilizó el estadístico Chi2. Se consideró un valor significativo de  $p < 0.05$  y se utilizó el programa estadístico Rstudio.

**Resultados:** Sobre el total de 6116 pacientes, el mayor número se encontró en la región BsAs ( $n=2920$ ). En cuanto a edad promedio no hubo grandes diferencias entre regiones. Factores de riesgo cardiovasculares: región norte: presente mayor porcentaje de obesidad (44.4%), dislipemia (57.2%) e hipertensión arterial (66.5%) ( $p < 0.001$ ). La prevalencia de diabetes fue similar en todas las regiones. La mayor prevalencia de tabaquismo se presentó en la región de cuyo (57.8%). Los antecedentes de infarto (13.8%) fueron más frecuentes en la región BsAs. En cuanto a la estrategia de revascularización, la más utilizada en las regiones Norte (93.8%), centro (95.6%) y cuyo (93.3%) fue la angioplastia primaria, la terapia con fibrinolíticos presentó mayor uso en la Patagonia (25.9%). Con respecto al tiempo puerta balón y tiempo ventana (isquemia) las mayores demoras se observaron en las regiones de BsAs y Patagonia. La mortalidad fue mayor en la región Patagonia ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** En los pacientes que cursaron con infarto agudo de miocardio, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los factores de riesgos clásicos y evolución del cuadro clínico, siendo la región norte con mayor prevalencia de obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial, en la región Cuyo el tabaquismo, y la prevalencia de la diabetes fue similar en todas las regiones. Los datos obtenidos del siguiente análisis, podrían aplicarse para enfocar las estrategias de educación y prevención cardiovascular en las diferentes regiones enfatizando el factor de riesgo más prevalente de las mismas.

## 0386 - PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO. 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Crítica

## Unidad Temática 2: Enfermedad Vasculat Pulmonar

TORRES, Nicolás Arturo | SPAINI, Emilia Macarena | **GARCIA, Guido** | IWANOWSKI, Mateo | BONORINO, Jose | BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BARATTA, Sergio

### Hospital Austral

**Introducción:** La población de pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) que fallece durante la internación, podría tener características clínicas propias y presentar puntajes de riesgo distintivos, sin embargo en nuestro medio la información es limitada.

**Objetivos:** Determinar en pacientes internados por TEP, la existencia de características clínicas propias y puntajes de riesgo asociados con mortalidad intrahospitalaria (MIH).

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes internados con TEP en un Hospital Universitario. Se evaluó la totalidad de los pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022. Se analizaron las características clínicas, puntajes de riesgo, uso de drogas vasoactivas, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y su asociación con mortalidad intrahospitalaria (MIH).

	NO MIH (N=360)	MIH (n=25)	P
EDAD	61,5	68,5	NS
FEM	182 (51%)	11 (44%)	NS
HTA	160(44%)	10 (40%)	NS
DBT	40 (11%)	5 (20%)	NS
EPOC	17 (5%)	3 (12%)	NS
TBQ	121(34%)	10 (40%)	NS
DLP	117 (33%)	9 (36%)	NS
TnTUS > 14	138 (38%)	16 (64%)	<0,05
TTO Anticoagulante	346(96%)	24 (96%)	NS
CANCER	134 (37%)	16 (64%)	0.01

**Resultados:** Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 385 con datos completos. Los pacientes fallecidos durante la internación respecto de los sobrevivientes, tuvieron mayor elevación de troponinas (64% vs. 38%;  $P<0.05$ ) y más antecedentes de cáncer (64% vs. 37%;  $p=0.01$ ). Tabla 1. Los pacientes que fallecieron respecto de los que sobrevivieron, tuvieron mayor requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y mayor uso de drogas vasoactivas (68% vs. 7%;  $p<0.01$ ) y (76% vs. 7%;  $P<0.01$ ), respectivamente. Respecto de los puntajes utilizados para estratificación de riesgo en pacientes fallecidos vs. sobrevivientes del TEP encontramos con mayor frecuencia valores de BOVA elevados (52% vs. 19%;  $p<0.01$ ), índices de shock altos (32% vs. 9%;  $p<0.01$ ), mayor frecuencia de puntajes ESC intermedio-altos o altos (56% vs. 17%,  $p<0.01$ ) y un mayor porcentaje de puntajes de PESI intermedio a más (93% vs. 52%,  $p<0.01$ ). No se encontraron diferencias en los puntajes FAST entre ambos grupos. (Tabla 2).

**Conclusiones:** La elevación de troponinas y el antecedente de cáncer se asociarían con mayor MIH en el TEP. También tendrían mayor MIH, los pacientes con puntajes de BOVA mayores de 4, un índice de shock mayor de 1, puntajes ESC intermedio-altos o altos y valores de PESI mayores de 86. La utilidad del puntaje de FAST para predecir MIH sería limitada en nuestro medio.

## 0418 - ALTERACIONES DEL METABOLISMO GLUCÍDICO DETECTADAS MEDIANTE HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Cardiología Crítica

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | **VERON DE OÑA, Vanessa Carolina** (1) | MAURO, Victor(1) | OLGUIN JOSEAU, Lisandro(1) | FAIRMAN, Enrique(2) | CHARASK, Adrian(1) | FERNANDEZ, Alejandro(1) | BARRERO, Carlos(2)

CLINICA SANTA ISABEL (1); Clínica Bazterrica (2)

**Introducción:** La diabetes y prediabetes son alteraciones del metabolismo glucídico (AMG) que incrementan el riesgo de sufrir un evento coronario y ensombrecen su pronóstico una vez que éste se ha producido. El dosaje de Hemoglobina glicosilada (Hb1AC) al ingreso a la unidad coronaria (UCO) del paciente sin antecedentes de diabetes conocida nos permitiría detectarlas, ayudándonos a estratificar mejor el verdadero riesgo vascular.

**Objetivos:** 1) Evaluar mediante el dosaje de HbA1C la prevalencia de AMG en los pacientes sin antecedentes conocidos de diabetes que ingresan por un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST.) 2) Analizar si existen diferencias en el perfil de riesgo clínico entre los pacientes con AMG y los que no.

**Materiales y Métodos:** Se analizó el valor de Hb1AC en los pacientes con SCASEST y sin antecedentes de diabetes conocida que ingresaron a UCO en forma consecutiva en el período comprendido entre mayo 2015 y enero del 2022. Se definió DBT: si HbA1C  $\geq$  6,5 mg/dl y preDBT si HbA1C mayor o igual a 5,7 y menor a 6,5 mg/dl. Alteración del metabolismo glucídico (AMG) a un valor de HbA1C mayor o igual a 5,7% en pacientes sin antecedentes de diabetes conocida. Se compararon las características clínicas de los pacientes y la forma de presentación del SCASST de acuerdo a la AMG.

**Resultados:** Se incluyeron 741 pacientes ingresados en la UCO de nuestro centro con el diagnóstico de SCASEST en los que estaba disponible el valor de HbA1C al ingreso. Fueron excluidos 185 (25%) por tener diabetes ya conocida al momento de la internación. De los 556 pacientes no diabéticos estudiados, 34% (n:187) tuvieron AMG por HbA1C, la mayoría con criterio de PreDBT (87,7%). El 12,3% restante cumplía criterios de DBT. Los pacientes con AMG tenían mayor edad (66 vs 61,  $p < 0,01$ ), más prevalencia de factores de riesgo (a excepción del tabaquismo) y antecedentes de infarto (30 vs 12,5%,  $p < 0,01$ ) comparados con los p sin AMG. El angor prolongado (63,2 vs 60%,  $p: ns$ ) y las alteraciones de la motilidad en el ecocardiograma (52,7 vs 46,7,  $p: ns$ ) fueron similares entre los grupos, mientras que los p con AMG tuvieron más frecuentemente troponina positiva (73,5 vs 66,2;  $p < 0,01$ ) y se realizaron más coronariografías (77 vs 67,6%,  $p < 0,001$ ). Los p con AMG presentaron mayor prevalencia de enfermedad de más de un vaso (EMV): 53,8 vs 40,2%,  $p < 0,001$ ). Para evaluar si las AMG eran predictoras independientes de EMV se realizó análisis uni y multivariado y se observó que los pacientes con EMV eran de más edad (64 vs 61 años,  $p 0,005$ ), más probablemente hombres (86 vs 72%,  $p < 0,001$ ), más HTA (71 vs 60%,  $p 0,002$ ), tenían más AMG (43 vs 31%,  $p 0,006$ ), troponina positiva (85 vs 70%,  $p < 0,001$ ) y alteraciones de la motilidad en el eco (69 vs 50%,  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariado, mantuvieron su poder predictivo independiente el género masculino (OR 3, IC 1,6-5,6,  $p < 0,001$ ), las AMG (OR 1,07-2,7,  $p > 0,02$ ), la troponina positiva (OR 2,2, IC 1,2-3,9,  $p 0,006$  y las alteraciones de la motilidad en el eco (OR 1,8, IC 1,1-2,9,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Uno de cada 3 pacientes sin antecedentes de diabetes conocida que ingresa a Unidad Coronaria por un SCASST presenta alteraciones del metabolismo glucídico de acuerdo a los valores de HbA1C (mayoritariamente preDBT). Se realizó coronariografía a 2 de cada 3 pacientes con SCASST y se halló una enfermedad coronaria más extensa en los que presentaban AMG.

## **0531 - EL REMODELADO DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SE ASOCIA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Crítica*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Vascul ar Pulmonar*

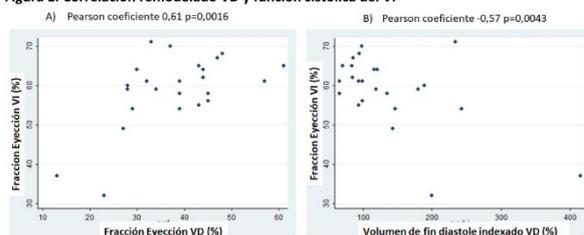
**FERNANDEZ VILLAR, Gonzalo Manuel** (1) | **PÉREZ DE ARENAZA, Diego**(1) | **SECCO, Lucrecia**(2) | **VULCANO, Norberto O.**(1) | **SVETLIZA, Graciela**(1) | **FALCONI, Mariano Luis**(1) | **PIZARRO, Rodolfo**(1) | **BLURO, Ignacio**(1)

**Hospital Italiano de Buenos Aires (1); Hospital Churruc a - Visca (2)**

Parámetros (sujetos n=24)	FEVI normal n=17	Deterioro FEVI n=6	P valor
Edad (años, media DS)	47,0 ± 17,1	28,1 ± 11,8	0,022
Mujeres (%)	88,2 % (15)	83,3 % (1)	0,759
NYHA clase funcionaria III-IV (%)	41,1% (17)	50% (3)	0,708
Superficie corporal (m <sup>2</sup> , media DS)	1,73 ± 0,2	1,74 ± 0,0	0,948
Pro-BNP (pg/ml, media DS)	1045,2 ± 1276,9	2387,0 ± 432,7	0,143
PAM (mmHg, media (DS)	53,7 ± 21,9	61,0 ± 22,8	0,653
Caminata 6 minutos (mts., media DS)	490,8 ± 581,1	371,0 ± 104,1	0,779
<b>Ventrículo izquierdo</b>			
Fracción de eyección (%), media DS)	62,6 ± 4,4	46,8 ± 9,9	<0,001
Volumen de fin de diástole indexado (ml, media DS)	57,3 ± 10,7	70,1 ± 26,0	0,102
Volumen de fin de sístole indexado (ml, media DS)	21,5 ± 4,9	39,0 ± 20,8	0,003
Masa ventricular indexada (g/m <sup>2</sup> , media DS)	48,0 ± 16,0	62,3 ± 23,0	0,108
<b>Ventrículo derecho</b>			
Fracción de eyección (%), media DS)	41,4 ± 9,1	29,0 ± 10,9	0,019
Volumen de fin de diástole indexado (ml, media DS)	112,7 ± 46,9	207,0 ± 114,0	0,009
Volumen de fin de sístole indexado (ml, media DS)	68,5 ± 37,5	155,3 ± 109,3	0,008

**Introducción:** En pacientes con hipertensión pulmonar (HTP) el remodelado reverso del ventrículo derecho podría afectar la función sistólica del ventrículo izquierdo a través de la interdependencia ventricular.

**Figura 1. Correlación remodelado VD y función sistólica del VI**



**Objetivos:** Evaluar si el remodelado adverso del ventrículo derecho (VD) se correlaciona con deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con hipertensión pulmonar (HTP) grupo I a los que se les realizó una resonancia magnética cardíaca (RMC) para evaluación de la función y volúmenes ventriculares. Se consideró deterioro de la función sistólica del VI aquellos sujetos con una fracción de eyección del VI (FEVI) < 56%. La remodelación adversa del VD se determinó a través de la fracción de eyección y volúmenes de fin de diástole indexados y de fin de sístole indexados del VD. Se exploró la asociación a través de coeficientes de correlación (Pearson o Spearman según la distribución) entre el remodelado del VD y la función sistólica del VI. Las variables se describieron como proporciones para variables categóricas y dicotómicas y como media y DS para las variables continuas. Se realizó un modelo de regresión lineal para identificar variables independientes asociadas con FEVI donde se incluyeron variables del remodelado del VD y variables clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes con HTP del grupo I evaluados entre enero 2008 y diciembre de 2021. De los 24 pacientes, 83% eran mujeres (n=20) con una edad media de 42,9 +/- 17,8 años. Las características de la población se describen en la tabla 1. El 82,6% de los pacientes presenta disfunción sistólica del VD y 26,1 % del VI. Se observó una correlación directa entre la fracción de eyección del VD y la fracción de FEVI con un coeficiente de correlación de 0,61, p=0,0016 (figura 1A) y por otro lado se observó una correlación inversa entre el volumen de fin de diástole (-0,57, p=0,004) y fin de sístole indexado del VD (-0,61, p=0,001) y la FEVI (figura 1B). En un modelo de regresión lineal la fracción de eyección del VI se correlacionó con los volúmenes de fin de diástole y fin de sístole indexados del VD.

**Conclusiones:** La HTP compromete no solo la función sistólica y volúmenes del VD sino que una proporción significativa de los pacientes presenta disfunción del VI. A mayor remodelado del VD mayor es el grado de compromiso de la función sistólica del VI. La afección del VI en paciente con HTP podría tener implicancias pronóstica en esta población de pacientes.

## 0197 - ANÁLISIS DE LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS EN UN HOSPITAL DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017-2022.

*Modalidad: Tema Libre*

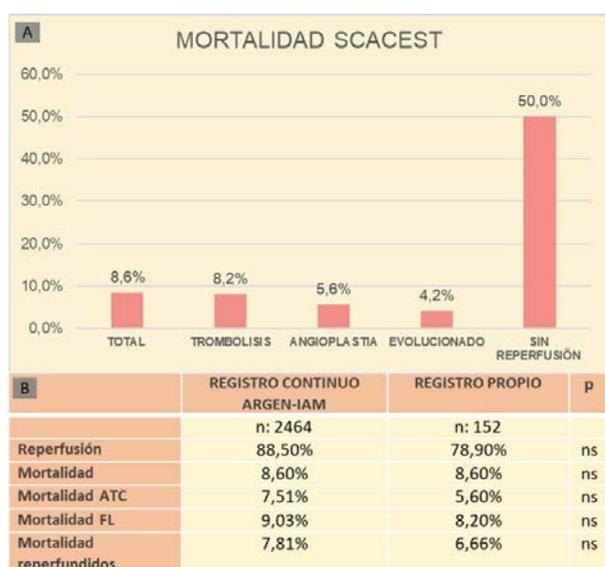
*Unidad Temática: Enfermedad Coronaria*

*Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica*

Hospital Municipal Héctor Cura de Olavarría

VARIABLE	TOTAL	SCACEST	SCASEST	p	OR	IC95%
<b>N</b>	359	152	207			
	n (%)	n (%)	n (%)			
<b>Edad (mediana RIC)</b>	67 [58-74]	65 [56-72]	68 [59-75]	<0,01		
<b>Mayor 75 años</b>	69 (19.2)	21 (13.8)	48 (23.2)	ns	1,88	1,07-3,30
<b>Sexo F</b>	108 (30)	40 (26.3)	68 (32.8)	ns	0,73	0,45-1,16
<b>Factores de riesgo</b>						
<b>Tabaquismo</b>	119 (33.1)	67 (44)	52 (25.1)	<0,001	0,42	0,27-0,66
<b>Diabetes</b>	77 (21.4)	24 (15.8)	53 (25.6)	0,02	1,83	1,07-3,13
<b>Hipertensión</b>	246 (68.5)	87 (57.2)	159 (76.8)	<0,001	2,47	1,56-3,90
<b>Dislipemia</b>	151 (42)	52 (34.2)	99 (47.8)	<0,01	1,76	1,14-2,71
<b>Obesidad</b>	117 (32.6)	44 (28.9)	73 (35.2)	ns	1,33	0,85-2,10
<b>Ex-TBQ</b>	79 (22)	28 (18.4)	51 (24.6)	ns	1,44	0,86-2,42
<b>Antec familiares</b>	15 (4.2)	7 (4.6)	8 (3.8)	ns	0,83	0,29-2,34
<b>Antecedentes de enfermedad cardiovascular</b>						
<b>Infarto previo</b>	73 (20.3)	17 (11.2)	56 (27)	<0,001	2,94	1,63-5,31
<b>Angina previa</b>	25 (6.9)	4 (2.6)	21 (10.1)	<0,01	4,17	1,40-12,43
<b>Angioplastia previa</b>	41 (11.4)	9 (5.9)	32 (15.4)	<0,01	2,9	1,34-6,28
<b>IC</b>	9 (2.5)	2 (1.3)	7 (3.4)	ns	2,62	0,53-12,81
<b>ACV</b>	6 (1.6)	0	6 (2.9)			
<b>Arteriopatía</b>	13 (3.6)	4 (2.6)	9 (4.3)	ns	1,68	0,50-5,56

**Introducción:** Los eventos cardiovasculares isquémicos son una de las principales causas de mortalidad en argentina, por ello las estrategias de prevención y tratamiento de esta patología intenta disminuir sus consecuencias.



**Objetivos:** Describir las características generales de los síndromes coronarios agudos (SCA) con elevación del ST (SCACEST) y sin elevación del ST (SCASEST), analizar la repercusión de los factores de riesgo, antecedentes, implementación de reperfusion y el grado de mortalidad.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo observacional, analítico, retrospectivo, donde se revisaron epicrisis de personas egresadas entre abril de 2017 hasta marzo del año 2022 en un hospital del interior de la provincia de Buenos Aires, Argentina, que representa único centro salud público de la ciudad y cuenta con disponibilidad de hemodinamia.

**Resultados:** Se registraron un total de 359 pacientes ingresados con SCA de los cuales 152 (42,4%) fueron SCACEST y 207 (57,6%) SCASEST. La mediana de edad fue de 67 años RIC [58-74], se encontró un predominio significativo del sexo masculino. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la HTA (68,5%), dislipemia (42%), tabaquismo (33,1%), obesidad (32,6%) y diabetes (21,4%) en los pacientes incluidos en el análisis. Con respecto a los antecedentes el 20,3% presentaba infarto previo, el 11,4% refería realización de angioplastia previamente y el 6,9% angina previa. El SCASEST fue el más frecuente con un 57,6% de prevalencia, este subgrupo de pacientes resultó ser más añoso, con mayor incidencia de hipertensión, dislipemia y diabetes, y menor prevalencia de tabaquismo con respecto a los pacientes con SCACEST. En cuanto a los antecedentes se registró mayor frecuencia de angina, infarto, insuficiencia cardíaca y angioplastia previa con respecto al grupo de SCASEST. Los pacientes que presentaron un SCACEST representaron un 44,2%, recibió tratamiento de reperfusion el 78,9 %,

de los cuales el 46,7% fue con angioplastia y el 32,2% reperfusión farmacológica con fibrinolíticos (FL), un 5,3% no recibió tratamiento de reperfusión y un 15,8% se consideró evolucionado sin indicación de tratamiento invasivo o farmacológico. La mortalidad global fue del 6,7%, en pacientes con elevación del ST 8,6% y sin elevación 5,3%. Analizando la mortalidad en SCACEST según el tratamiento recibido, evidenciamos que los pacientes trombolizados registraron un 8.2% de muertes, los que recibieron angioplastia 6.1%. sin diferencias significativas de mortalidad entre ambas estrategias (OR 0,69, IC95% 0,16-2,89, p = ns), los que se consideraron evolucionados 4,2% y los que no recibieron reperfusión 50% (OR 7,5 IC95% 1,85-30,3 p < 0,01) con respecto a los que recibieron reperfusión. Comparando la mortalidad en relación a publicaciones previas no evidenciamos diferencias significativas, al realizar un análisis comparativo en cuanto a reperfusión y mortalidad en diferentes subgrupos con respecto al registro continuo ARGEN-IAM no encontramos discrepancias entre ambos reportes.

**Conclusiones:** Las características generales de nuestra población no difieren de los registros nacionales, lo que indica que no existe variabilidad regional en la atención del infarto. Una diferencia a destacar es la elevada tasa de reperfusión farmacológica en el IAMCEST, con menor utilización de angioplastia en nuestra región. La mortalidad asociada al IAMCEST fue similar a la descrita en otros registros en que hubo mayor utilización de angioplastia primaria.

## **0275 - IN-HOSPITAL COMPLICATIONS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE REPERFUSION ERA. INCIDENCE, CHARACTERISTICS AND TIMING.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Enfermedad Coronaria*

*Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica*

SZARFER, Jorge | BONO, Leandro | **COLLA, Carlos Julián** | PUENTE, Luciana | NAPOLI LLOBERA, Mariano | ESTRELLA, María Laura | ULMETE, Elisabet | GAGLIARDI, Juan

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción:** Although ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) mortality decreased with the development of reperfusion, hospital complications have not changed in the past decade.

**Objetivos:** We aimed to describe the current characteristics of STEMI complications in the coronary intensive care unit (CICU). The timing of their occurrence, and their predisposing and protective factors. Its comprehension could provide a background for these patients' early hospital discharge decisions.

**Materiales y Métodos:** Methods: This is a prospective analysis of all consecutive patients with STEMI admitted to a coronary care unit of a third level reference hospital in a 3.000.000 citizens area from September 2017 to January 2022.

**Resultados:** We included 325 STEMI patients, 85,7% of them successfully reperfused, with a total time of ischemia (symptom onset to balloon insufflation) of 258 minutes (180- 420). 155 patients developed complications (47.7%), the most frequent complication was heart failure (129 p.), followed by the occurrence of arrhythmias, ischemic events and bleeding. In the multivariate analysis, pre-admission cardiac arrest (OR: 9.8; CI: 1.2-81.9; p = 0.03), left ventricular ejection fraction (LVEF) < 40% (OR: 2.3 CI: 1.3-3.9; p = 0.004) and age > 68 years (OR: 2.2; CI: 1.2-4.0; p = 0.01) were predictors of complications. Successful reperfusion (OR: 0.2 CI: 0.005-0.7; p = 0.02) and the occurrence of Killip and Kimball (KK) A at admission (OR: 0.0002 CI: 0.00001-0.003; p = < 0.00001) were protective factors. Complications occurred mainly on the first day (88.1%) and in all but one patient within the first 48 hours.

**Conclusiones:** Acute complications of STEMI occurred very frequently, and the most prevalent was heart failure. KKA and successful reperfusion are low risks predictors, while 8 out of 13 patients with the occurrence of any of the following variables: LVEF < 40%, Cardiac arrest before admission or age >68 years, suffered an event. Almost all complications happened within the first 48 hours. These data can determine a low-risk population allowable for an early discharge, not only from the ICCU but also from the hospital.

## **0317 - INDICE LEUCOGLUCEMICO Y LEUCOPLAQUETARIO COMO MARCADORES PRONÓSTICO EN SCA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo*

**BOIDI, Carla L. Francesca** | VARGAS SANABRIA, Kaytleen Miriam | GUTHMANN, Maria Gabriela | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | DIZEO, Claudio | CALDERON, Gustavo

#### Sanatorio Franchin

**Introducción:** Papel de la inflamación en el desarrollo de la aterosclerosis y en la patogenia de la trombosis coronaria. El índice leuco-glucémico (ILG) es un marcador recientemente propuesto como pronóstico y predictor de mortalidad intrahospitalaria dentro de los SCA. El índice leucoplaquetario (ILP) busca demostrar de la misma manera la relación entre el recuento de plaquetas y leucocitos en el contexto del SCA y cómo el aumento de este índice supone peor pronóstico y mortalidad durante la internación. El Registro Global de Eventos Coronarios Agudos (GRACE) tiene un valor predictivo para eventos de enfermedad cardiovascular adversa mayor (ECV) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

**Objetivos:** Evaluar la utilidad del índice leuco-glucémico y leucoplaquetario en la estratificación del riesgo de eventos intrahospitalarios tras un SCA.

**Materiales y Métodos:** Diseño: un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes que ingresaron de forma consecutiva con diagnóstico de Síndrome coronario agudo en una unidad coronaria. Se recogieron datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos y la evolución intrahospitalaria. Se calculó el índice leuco-glucémico teniendo en cuenta la fórmula  $ILG = (\text{glucemia}[\text{mg/dl}] * \text{leucocitos} [10^6/l]) / 1.000$  y el índice leuco plaquetario con la ecuación  $LPI = (\text{recuento plaquetario} * \text{leucocitos} / 10^8)$  y el score GRACE con los datos del ingreso. Se determinó la implicación pronóstica de estos índices considerando como punto final combinado de mortalidad, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico durante la internación. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, historial médico y factores de riesgo cardiovasculares, datos clínicos como la tensión arterial sistólica y diastólica además de la frecuencia cardíaca al ingreso, función sistólica ventricular por ecocardiografía y score GRACE.

**Resultados:** Se incluyeron 269 pacientes (100 con SCACEST y 169 con SCASEST) con una edad de 54 +/- 6 años, 30% mujeres. El GRACE promedio fue de 104 +/- 27, el ILP 36 +/- 18 y el ILG 1490 +/- 880. El punto combinado se presentó en 4.6% (n=12) con una mortalidad de 1.6% (n=6). En el análisis univariado tanto el GRACE, el ILP y el ILG fueron predictores del punto combinado, mientras que en el multivariado, el GRACE y el ILG fueron predictores independientes del punto combinado (OR 1.04 (IC95% 1.01-1.07), p=0.02 y OR 5.26 (IC95% 1.42-18,75), p=0.04; respectivamente. El área bajo la curva ROC del GRACE fue 0.74 y del ILG 0.74.

**Conclusiones:** En el análisis univariado, tanto el GRACE como el ILG e ILP fueron predictores del punto combinado, mientras que en el multivariado, sólo el GRACE y el ILG fueron predictores independientes del punto combinado. La capacidad de discriminación de eventos del ILG fue similar a la del GRACE.

## **0492 - IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA LOGÍSTICA PREHOSPITALARIA EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. REGISTRO PROSPECTIVO CÓDIGO INFARTO.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Covid-19*

*Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo*

**RIZZO, Lucila** (1) | CHARASK, Adrian(2) | OLGUIN JOSEAU, Lisandro(1) | FAIRMAN, Enrique(2) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(2) | DR. MAURO, Víctor(2) | MAZZUCHELLI, Gabriela Paola(3) | BARRERO, Carlos Manuel(2)

**CLINICA SANTA ISABEL (1); Clínica Bazterrica (2); OMINT Emergencias (3)**

**Introducción:** El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST (IAMCEST) es la principal causa de mortalidad cardiovascular y el tratamiento de reperfusión (REP), en especial la angioplastia primaria (ATCp), es la terapéutica de elección. Sin embargo, la evolución de esta patología es tiempo-dependiente y para ello se han constituido sistemas de logística prehospitalaria.

**Objetivos:** 1- Evaluar los tiempos del sistema de logística prehospitalaria para el tratamiento del IAMCEST medidos por el tiempo puerta balón (TPB), tiempo total de isquemia (TTI) y demora en la consulta (DC). 2- Influencia de la pandemia en los tiempos de consulta y el tratamiento del IAMCEST.

**Materiales y Métodos:** Es un estudio prospectivo que se realiza en forma conjunta en dos clínicas privadas de ciudad de Buenos Aires y un sistema prepago. Se estableció un protocolo operativo: la llamada del paciente por dolor precordial al prepago activa el Código Rojo (llegada del servicio de emergencias en menos de 15 minutos) que vira a Código IAM ante la presencia de IAMCEST, lo que obliga al médico (primer contacto médico) a realizar

en menos de 10 minutos un ECG y mediante la logística del prepago se envía la imagen a través de la aplicación WhatsApp a un smartphone institucional de la UCO activo de manera permanente. La activación del Código IAM preactiva a su vez al servicio de hemodinamia

Variable	N: 55 (%)
Edad – mediana (RIC)	63 (57-74)
HTA	31 (57)
DBT	12 (22)
DLP	13 (25)
TBQ	34 (64)
Enfermedad coronaria previa	8 (15)
Insuficiencia cardíaca previa	3 (6)
Localización	
Anterior	26 (47)
Inferior	19 (35)
Otros	10 (18)

Variable	N: 55 (%)
Clasificación Killip	
I	47 (85)
II	5 (9)
III	1 (2)
IV	2 (4)
TA sistólica – mediana (RIC)	140 (130-160)
FC – mediana (RIC)	80 (60-90)

**Resultados:** Se registraron alrededor de 2800 ECGs en los smartphones de las 2 clínicas desde enero de 2018 hasta enero de 2022. De esos ECGs 55 cumplieron criterios de IAMCEST lo que constituyó la población del estudio. En la tabla se resumen las características de la población. La DC fue de 143 minutos con una marcada diferencia entre el período prepandemia vs pandemia (75, RIC 35-177 vs 247, RIC 80-480 min, p 0,0017). No se encontraron diferencias en el TPB entre prepandemia y pandemia (68 min. RIC 46-190 vs 76 RIC 42-120, p: NS) y sí en cambio las hubo en el TTI (250 min. RIC 138-340 vs 360 RIC 225-620 min., p 0,04).

**Conclusiones:** El sistema de logística prehospitalaria permite lograr un TPB de acuerdo a los estándares establecidos, aún en tiempos de pandemia. Sin embargo, se observó una mayor demora en la consulta durante la pandemia, lo que prolongó el TTI. Estos retrasos en la consulta de los pacientes coronarios pueden atribuirse al temor a la internación lo que no parece justificado dadas las condiciones de seguridad sanitarias de los centros hospitalarios en ese momento. Este hecho refuerza la necesidad de una consulta precoz aún ante eventos epidemiológicos.

## 0640 - PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST TRASLADADOS DESDE CENTROS SIN INTERVENCIONISMO DE GUARDIA: ¿EXISTEN MAYORES DEMORAS A LA ANGIOPLASTIA EL FIN DE SEMANA?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo*

**GALVEZ GIL, Carolina** | ALBORNOZ, Miguel Federico | KIM, Alejandro | YURKO, Vielka | BLANCO, Rodrigo Ignacio | BLANCO, Federico | SZARFER, Jorge | GIGENA, Gerardo Esteban

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

	FIN DE SEMANA	SEMANA	p
N	207 (29%)	502 (71%)	
EDAD	60 (51-66)	61 (53-67)	0.1
HOMBRES	165 (80%)	412 (82%)	0.4
HTA	122 (59%)	293 (58.3%)	0.8
DLP	70 (34%)	151 (30%)	0.3
DBT	31 (15%)	90 (18%)	0.3
TBQ	99 (48%)	227 (45%)	0.5
SEDENTARISMO	131 (63%)	320 (64%)	0.9
DEMORA CONSULTA	130 (60-255)	90 (40-180)	< 0.01
DEMORA DIAGNÓSTICA	55 (28-115)	60 (30-126)	0.3
PUERTA-BALÓN	35 (28-46)	36 (29- 45)	0.9
MORTALIDAD	6 (2.9%)	17 (3.4)	0.7

**Introducción:** Existe poca información sobre la demora en la implementación de una angioplastia coronaria (ATC) de urgencia en pacientes (p.) con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST) según el momento de la semana.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar si los p. con IAMST trasladados durante el fin de semana desde centros sin intervencionismo de guardia son una población más vulnerable según la demora en la consulta, demora diagnóstica y puerta-balón.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, de p. con diagnóstico de IAMST e indicación de ATC de urgencia que ingresaron a la sala de hemodinamia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con disponibilidad de intervencionista 24 x 7, que fueron trasladados desde otros centros entre enero 2014 y diciembre 2021. Se dividió a la población en dos grupos según hayan ingresado el fin de semana (sábado-domingo) o en día de semana (lunes-viernes). Se analizó: demografía, factores de riesgo, mortalidad y demoras en minutos (expresadas en mediana e intervalo intercuartilo): desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico (demora consulta), desde la consulta hasta la llamada al servicio de hemodinamia (demora diagnóstica) y puerta-balón (definido según las guías de tratamiento actuales). Análisis estadístico: chi2 para variables discretas, t de student, ANOVA o Kruskal-Wallis para continuas, según correspondiera. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 709 p. con IAMST e indicación de ATC de urgencia; 207 (29%) durante el fin de semana. No se observaron diferencias significativas en el sexo, edad, ni prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares. Se observó mayor demora en la consulta durante el fin de semana, sin diferencias en el resto de los tiempos. Tampoco hubo diferencias significativas en términos de mortalidad. Los resultados se resumen en la tabla.

**Conclusiones:** En nuestra población de p. con IAMST e indicación de ATC de urgencia, durante el fin de semana, los p. consultan con más tiempo de iniciado el síntoma, sin embargo, no existen diferencias en el tiempo médico (demora diagnóstica y puerta-balón), ni en la mortalidad.

## 0663 - SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo*

*Unidad Temática 2: Cardiología Crítica*

TORROBA, Santiago | LISTORTI MENA, Federico Ignacio | **AULICINO, Nicolás Jesús** | MARTINEZ, Maria Jose | D' IMPERIO, Herald | ROSSI PRAT, Mauro | DE ABREU, Maximiliano | TAJER, Carlos Daniel

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Variable	Fin de semana	Día de semana	p
Edad (años)	61,8 (10,2)	60,2 (10,1)	0,84
Sexo (masculino)	198 (95,2%)	199 (95,2%)	1,00
Edad de inicio de síntomas (años)	58,5 (10,5)	57,5 (10,5)	0,12
Edad de diagnóstico (años)	60,5 (10,5)	59,5 (10,5)	0,12
Edad de puerta-balón (años)	61,5 (10,5)	60,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a hemodinamia (años)	62,5 (10,5)	61,5 (10,5)	0,12
Edad de alta (años)	63,5 (10,5)	62,5 (10,5)	0,12
Edad de fallecimiento (años)	64,5 (10,5)	63,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados intensivos (años)	65,5 (10,5)	64,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados críticos (años)	66,5 (10,5)	65,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo vital (años)	67,5 (10,5)	66,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	68,5 (10,5)	67,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	69,5 (10,5)	68,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	70,5 (10,5)	69,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	71,5 (10,5)	70,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	72,5 (10,5)	71,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	73,5 (10,5)	72,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	74,5 (10,5)	73,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	75,5 (10,5)	74,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	76,5 (10,5)	75,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	77,5 (10,5)	76,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	78,5 (10,5)	77,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	79,5 (10,5)	78,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	80,5 (10,5)	79,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	81,5 (10,5)	80,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	82,5 (10,5)	81,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	83,5 (10,5)	82,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	84,5 (10,5)	83,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	85,5 (10,5)	84,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	86,5 (10,5)	85,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	87,5 (10,5)	86,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	88,5 (10,5)	87,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	89,5 (10,5)	88,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	90,5 (10,5)	89,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	91,5 (10,5)	90,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	92,5 (10,5)	91,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	93,5 (10,5)	92,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	94,5 (10,5)	93,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	95,5 (10,5)	94,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	96,5 (10,5)	95,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	97,5 (10,5)	96,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	98,5 (10,5)	97,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	99,5 (10,5)	98,5 (10,5)	0,12
Edad de ingreso a cuidados de apoyo de vida (años)	100,5 (10,5)	99,5 (10,5)	0,12

**Introducción:** La enfermedad coronaria (EC) es la primera causa de morbimortalidad en Argentina y el mundo. Es conocida la asociación entre el consumo de cocaína y el desarrollo de EC y síndromes coronarios agudos (SCA). En América latina y la Argentina, la prevalencia de consumo de cocaína ha aumentado significativamente en los últimos años. Sin embargo es escasa la información local sobre pacientes con SCA asociado al consumo de cocaína. Un conocimiento de las particularidades de esta población permitirá establecer estrategias diagnósticas y terapéuticas más apropiadas.

**Objetivos:** Describir las características demográficas y clínicas de pacientes internados por SCA asociados con consumo agudo o crónico de cocaína y compararlas con la población internada por SCA sin antecedente de consumo.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron pacientes ingresados prospectivamente a un registro de SCA de un hospital público de alta complejidad entre enero del año 2019 y marzo del año 2022. Para el análisis estadístico se utilizó el programa RStudio versión 1.4.1717 Se utilizaron técnicas estadísticas habituales.

**Resultados:** Sobre un total de 607 pacientes ingresados por SCA durante el período analizado, 38 pacientes (6,2%) refirieron consumo de cocaína previo. En la tabla 1 se observan las características más relevantes de ambas poblaciones. De los 38 pacientes consumidores, 11 (28,9%) presentaron consumo las 24 hs previas a su ingreso. Entre estos pacientes se observó que el 90% (N=10) presentaron SCACEST vs 70% (N=19) en aquellos que no declararon haber consumido las últimas 24hs. El porcentaje de SCACEST fue similar entre los consumidores previos (sin consumo en las últimas 24 hs) y aquellos que nunca consumieron cocaína.

**Conclusiones:** Los pacientes con SCA asociado a consumo de cocaína fueron más jóvenes, presentaron mayor prevalencia de tabaquismo y menor de diabetes que la población general. No hubo diferencias significativas en la forma de presentación clínica, utilización de CCG, perfusión y mortalidad. El reducido número de pacientes con antecedente de consumo no permite sacar conclusiones definitivas. Estudios de mayor magnitud o colaboraciones multicéntricas son necesarias para definir con mayor precisión las características de esta población y las diferencias con la población general de SCA.

## 0073 - ROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN EL REMODELADO VASCULAR DEL ESPESOR MEDIO INTIMAL EN ARTERIAS CAROTIDAS Y FEMORALES

*Modalidad: Tema Libre*

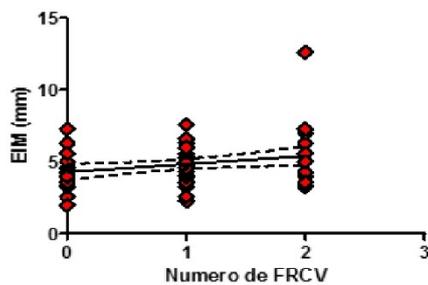
*Unidad Temática: Hipertensión Arterial*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Vascul Periférica*

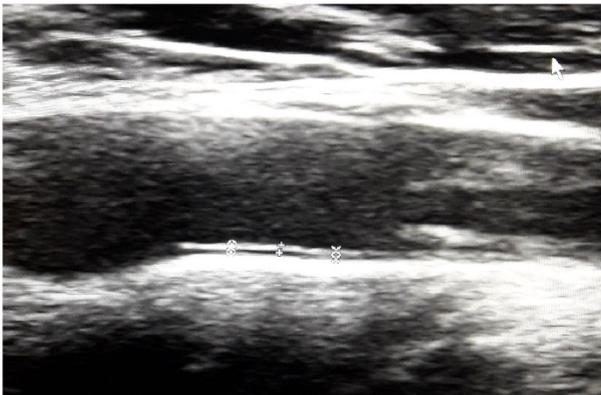
CARRIZO, Alvaro Daniel | PERAL DE BRUNO, María | JOO TURONI, Claudio

Universidad Nacional de Tucumán

### Correlacion numero de FRCV y EIM en acP derecha



**Introducción:** La dislipemia (DLP), la hipertensión arterial (HTA) y el tabaquismo (TBO) son factores de riesgo cardiovasculares que afectan a varios lechos vasculares en forma simultánea pudiendo llegar al remodelamiento con aumento del espesor intima-media (EIM) y favorecer la presencia de placas ateroscleróticas (pAt).



**Objetivos:** Evaluar el impacto de los factores de riesgo cardiovascular en el EIM y pAt en dos lechos arteriales: carótidas primitivas y femorales comunes.

**Materiales y Métodos:** Se estudió pacientes que concurren por primera vez al Servicio de Ecocardiografía y Ecografía Doppler Vascular del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en el mes de noviembre de 2019, con o sin DLP, TBO y/o HTA según antecedentes de su Historia Clínica. Se calculó índice de masa corporal. Se excluyeron pacientes con daño de órgano blanco o diabetes. Se utilizó un ecógrafo Toshiba Aplio 300, con un traductor lineal de 14 MHz. Las medidas del EIM se realizaron en la arteria carótida primitiva en la pared lejana 10 mm previo al bulbo y en arteria femoral común en los últimos 20 mm previos a la bifurcación. Se consideró el EIM como el segmento entre el borde sangre-intima y media-adventicia. Se registró el promedio de 3 mediciones en cada lecho. Se consideró pAt como engrosamiento focal mayor de 0,5 mm dentro de la luz arterial, un engrosamiento

>50% del EIM adyacente o un EIM >1,5 mm. Los resultados se presentaron como n (número de determinaciones) ±SEM. Se realizó prueba t de Student, correlación de Pearson o  $\chi^2$ , considerándose estadísticamente significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes (12 varones y 60 mujeres) de  $45 \pm 1$  años de edad, con índice de masa corporal de  $30 \pm 1$ . 17% presentaban DLP; 76% TBQ y 50% HTA. El número de factores de riesgo fue de  $0,9 \pm 0,0,1$ . No se encontró diferencias en las variables estudiadas entre pacientes con o sin DLP o TBQ. Cuando se estudió el papel de la HTA, el EIM fue mayor en los pacientes con HTA en arteria carótida primitiva derecha (sin HTA:  $0,42 \pm 0,02$  mm vs. con HTA:  $0,53 \pm 0,03$ ;  $p < 0.05\%$ ), arteria femoral común derecha (sin HTA:  $0,45 \pm 0,02$  mm vs. Con HTA:  $0,54 \pm 0,04$ ;  $p < 0.05\%$ ) e izquierda (sin HTA:  $0,43 \pm 0,03$  mm vs. Con HTA:  $0,54 \pm 0,03$ ;  $p < 0.05\%$ ), sin diferencias en arteria carótida primitiva izquierda ( $p$ : NS). Se observó una asociación entre la presencia de HTA y pAt en arteria carótida primitiva derecha ( $\chi^2$ : 4,5;  $p < 0,05$ ). Esta asociación no se presentó en el resto de las arterias estudiadas. El número de factores de riesgo se correlacionó positivamente con el EIM en arteria carótida primitiva derecha (Pearson  $r$ : 0,2600; IC95%: 0,02835 a 0,465;  $p < 0,05$ ;  $n=72$ ; Figura 1), esta correlación no se observó en los otros lechos estudiados.

**Conclusiones:** La HTA se presenta como el principal factor de riesgo cardiovascular y tiene una gran implicancia en el remodelado arterial (evaluado por EIM y pAt). El índice de masa corporal incrementado indica una tendencia a la obesidad en esta población. Por otro lado, la mayor afectación de la arteria carótida primitiva derecha por la HTA y por la asociación de factores de riesgo cardiovasculares es un dato interesante, que debería tenerse en cuenta al momento de valorar lesión de órgano subclínica en esta población.

## 0369 - COVID 19, CONFINAMIENTO Y HABITOS DE SALUD. UNIVERSIDAD DE SAN PABLO TUCUMAN

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

GUERRERO MOLINA, Maria Silvia | STOCK BERRAONDO, Delfina | PILIPCZUK, Paula | PASSARELL, Noemi

Universidad de San Pablo, Tucumán

**Introducción:** El virus CoVid19 fue el gran protagonista del bienio 20-21, desde su aparición hasta el desarrollo de la vacuna y su aplicación a la población. Su alta contagiosidad, la rápida dispersión de la enfermedad, la gran cantidad de muertes, llevaron al confinamiento de las personas en sus hogares. Esto nos han llevado a cambiar nuestra rutina, a incorporar nuevos hábitos, nuevas formas de trabajar y estudiar; pero también al abandono de los cuidados y falta de seguimiento de los enfermos crónicos. Muchas investigaciones han puesto de manifiesto el incremento del sedentarismo, el aumento de peso, el mayor consumo de alimentos no saludables, alcohol, tabaco y sustancias durante el confinamiento como así también la pérdida de control de pacientes, el abandono o discontinuidad de los tratamientos al haberse priorizado la atención para Covid19, durante más de 12 meses.

**Objetivos:** Conocer como el CoVid 19 y el confinamiento han producido cambios en los hábitos de salud en los habitantes de la provincia de Tucumán.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal. Población Objetivo: adultos > de 18 años, de ambos sexos, residentes en la Provincia de Tucumán. Se utilizó un cuestionario en formato on line (Plataforma Google Form) con preguntas de opción múltiple sobre datos sociodemográficos, antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), hábitos, ingesta habitual de alimentos, bebidas y su percepción de modificación durante el período de aislamiento. Previo consentimiento, asegurando la confidencialidad y anonimato de identidad; como así también una única participación. Los formularios se difundieron por redes sociales, correo electrónico y WhatsApp, durante el mes de Octubre de 2021. Los datos obtenidos, se volcaron a una planilla Excell, y se procedió a su análisis y discusión.

**Resultados:** Se recibieron respuestas de 363 personas, luego de la depuración quedaron análisis final 356 encuestas. Participaron 244 mujeres (68 %) y 112 varones, de entre 18 a 80 años. El grupo con mayor participación fue 20-29 años (38.48%); y el nivel educativo predominante fue el universitario (77%). El 61% no tenían diagnóstico de enfermedad al momento de la encuesta; en el 39% restante todos tenían 1 o más de una de las enfermedades crónicas no transmisibles. El 37% tuvo problemas para dormir. 13 personas empezaron a fumar, no se encontraron cambios en el consumo de alcohol. En cuanto a la alimentación, un 48% consumió más productos de panadería y el 34% incremento el consumo de comida chatarra (delivery). El 45.2 % refirió haber incrementado su peso habitual. Muchos no pudieron estimar o cuantificarlo. Entre los que respondieron el 43.5% subieron menos de 5 kg, 41% subieron entre 5 y 9 kg, 5% subieron más de 10 kg. En cuanto a la actividad física, el 22% nunca realizó (sedentarios), y el 41 % disminuyó su actividad habitual.

**Conclusiones:** Este trabajo se realizó en el marco de un proyecto de investigación universitario; es la primera vez que utilizamos este formato de encuesta on line y fue una experiencia de aprendizaje. El número de respuesta

puede no llegar a ser representativo, y estar sesgado por el rango etario, nivel educativo, la accesibilidad a internet, pero sirve a modo de muestra sobre las consecuencias del confinamiento por el COVID 19 en los tucumanos. Pero si evidencia incremento en el consumo de alimentos no saludables (panificados y delivery), el incremento de peso; así como el sedentarismo y la disminución de la actividad física. Situaciones que ya nos viene preocupando de acuerdo a las últimas encuestas poblacionales. Los resultados pueden ser difundidos a la población, a los educadores y a los decisores de salud para poner en evidencia la necesidad tomar algunas medidas de concientización sobre hábitos saludables, en particular promover una alimentación saludable y actividad física.

## 0396 - DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL. DATOS DE UN REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN QUE CONCORRE A UN HOSPITAL PÚBLICO.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Hipertensión Arterial*

*Unidad Temática 2: Corazón y Mujer*

HELGUERA, Lucia | VOLPATO, Jessica | ZILBERMAN, Judith Miriam | PADULA, Agustin Leonel | VIANA, Bernarda | PUGLIESE, Lorena Vanina | CONTRERAS, Victor Fabián | GAGLIARDI, Juan

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

	Mujeres		Hombres		p
	n	%	n	%	
<b>N</b>	3107	69.1	1392	30.9	
<b>Edad</b>	52.5 ± 16.5		54.6 ± 16.6		<0.0001
<b>DBT</b>	445	14.3	249	17.9	0.002
<b>Dislipemia</b>	802	25.8	347	24.9	0.52
<b>TBQ</b>	449	14.5	256	18.4	<0.001
<b>Ex-TBQ</b>	388	12.5	323	23.2	<0.0001
<b>Promedio PAS (mmHg)</b>	127.7 ± 20.3		136.0 ± 19.7		<0.0001
<b>Promedio PAD (mmHg)</b>	80.3 ± 11.8		85.6 ± 15.2		<0.0001
<b>Promedio FC (lpm)</b>	76.8 ± 12.5		71.1 ± 12.7		<0.0001
<b>IMC (kg/m2)</b>	28.4 ± 6.2		28.8 ± 5.3		0.26
<b>HTA Total</b>	1705	54.9	960	68.9	<0.0001
<b>HTA Conocida</b>	1355	43.6	681	48.9	<0.01
<b>Tratados</b>	1243	40.1	635	45.8	<0.001
<b>No Conocidos</b>	335	10.8	273	19.6	<0.0001
<b>Controlados</b>	645	51.9	269	42.4	<0.0001

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable para la morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV), que afecta a casi a la mitad de los adultos. El conocimiento y el control de la presión arterial (PA) también son diferentes en ambos sexos y varían a lo largo de la vida. La HTA afecta al 25%-30% de las mujeres en general, además los valores de PA incrementan tras la menopausia, superando las cifras del hombre. En general las mujeres están subrepresentadas en ensayos clínicos, por lo tanto, los beneficios de los resultados clínicos y los perfiles de seguridad del tratamiento antihipertensivo se han estudiado menos en las mujeres. La HTA es frecuente en los hombres que en las mujeres, sin embargo, la incidencia de HTA y enfermedad cardiovascular (ECV) es más elevada en las mujeres, particularmente tras la menopausia periodo en el que aparecen las complicaciones por los cambios hormonales y los procesos de envejecimiento.

	Mujeres		Hombres		p
	n	%	n	%	
<b>N</b>	3107	69.1	1392	30.9	
<b>Edad</b>	52.5 ± 16.5		54.6 ± 16.6		<0.0001
<b>DBT</b>	445	14.3	249	17.9	0.002
<b>Col</b>	802	25.8	347	24.9	0.52
<b>TBQ</b>	449	14.5	256	18.4	<0.001
<b>Ex-TBQ</b>	388	12.5	323	23.2	<0.0001
<b>Promedio PAS (mmHg)</b>	127.7 ± 20.3		136.0 ± 19.7		<0.0001
<b>Promedio PAD (mmHg)</b>	80.3 ± 11.8		85.6 ± 15.2		<0.0001
<b>Promedio FC (lpm)</b>	76,8 ± 12,5		71.1 ± 12.7		<0.0001
<b>IMC (kg/m2)</b>	28.4 ± 6.2		28.8 ± 5.3		0.26
<b>HTA Total</b>	1705	54.9	960	68.9	<0.0001
<b>HTA Conocida</b>	1355	43.6	681	48.9	<0.01
<b>Tratados</b>	1243	40.1	635	45.8	<0.001
<b>No Conocidos</b>	335	10.8	273	19.6	<0.0001
<b>Controlados</b>	645	51.9	269	42.4	<0.0001

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue analizar las diferencias de género en los registros de presión arterial obtenidos en una población que concurre al hospital.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los registros de PA de la campaña concientización de HTA de la SAHA "Conoce y Controla tu presión arterial", realizada en los años 2017, 2018, 2019 y 2021. Se definió HTA a la presión arterial sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) mayor o igual a 140 y/o 90 mmHg o si el paciente estaba con medicación antihipertensiva. Se registraron 2 tomas de presión arterial con el paciente sentado y con una diferencia 1 minuto entre ambos registros. Las variables discretas se presentan como número y %, las continuas como media y DS o mediana e intervalo intercuartil (IIC) según corresponda. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 4499 individuos de los cuales 3107 (69,1%) eran mujeres. La edad promedio de la población fue  $53,2 \pm 16,6$  años y la prevalencia de HTA 59,2%. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de hipercolesterolemia, menos diabetes y tabaquismo con significativamente menores valores de PAS y PAD respecto de los hombres. La prevalencia de HTA fue menor en las mujeres, así como el porcentaje de pacientes tratadas. Sin embargo, el control de la PA fue significativamente mayor en mujeres (tabla 1).

**Conclusiones:** Nuestra población demostró mayor prevalencia de HTA en mujeres, en comparación de lo observado a nivel mundial, esto podría deberse a la población estudiada y a su amplio rango etario. Otro de los datos a destacar fue la menor prevalencia de tabaquismo (TBQ) en la población femenina, asociado a un mayor número de pacientes controladas con tratamiento médico, ambos datos podrían estar relacionados con un mayor conocimiento de enfermedad y mayor cercanía al sistema de salud. No contamos con datos para discriminar entre las distintas causas de HTA, tiempo de evolución y tratamientos recibidos por lo que sería interesante realizar su análisis posterior. La concientización de la enfermedad CV e HTA a temprana edad en la mujer es un reto de la actualidad.

## 0430 - EL COVID 19 DETERIORA LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS

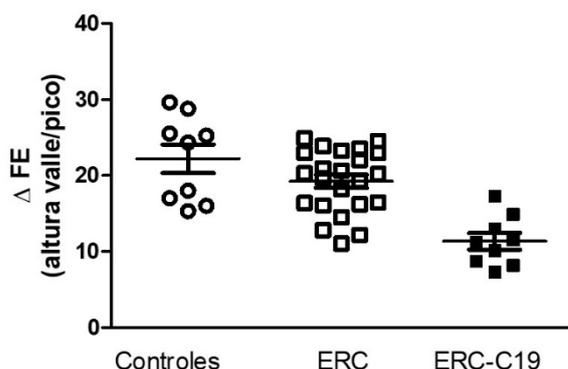
*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Hipertensión Arterial*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

SANTOS, Juan Carlos(1) | LEPERA, Mabel(1) | FERNANDEZ SERRA, Rocio(1) | LOSSI, Susana(1) | ALANOCA, Saul(1) | JOO TURONI, Claudio(2) | PERAL DE BRUNO, María(2) | **MARAÑÓN, Rodrigo Oscar** (2)

Universidad Nacional de Tucumán (1); CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2)



**Introducción:** Los eventos cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (ERC). Evidencia reciente sugiere que la enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) induciría alteraciones de la función del endotelio vascular que contribuirían a un aumento del riesgo cardiovascular. Sin embargo, si el COVID-19 contribuye a la disfunción endotelial en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, no es claro.

**Objetivos:** Evaluar si el COVID-19 empeora la función endotelial en una cohorte de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

**Materiales y Métodos:** Pacientes de ambos sexos, con enfermedad renal crónica en hemodiálisis fueron divididos en: 1) sin COVID-19 (ERC; n=68) y 2) cursando COVID-19 leve (ERC-C19; n=11, criterios de OMS y PCR+). Se obtuvo consentimiento informado. Se evaluó presiones arteriales sistólica (PAS), diastólica (PAD) y media (PAM), frecuencia cardiaca (FC) y función endotelial (FE) por un método no invasivo de hiperemia reactiva. Se determinó: peso seco, talla, índices de masa grasa (IMG), de masa muscular (IMM) y de masa corporal (IMC). Las determinaciones se compararon con personas sin ERC (Control=C, n=10).

**Resultados:** Los pacientes de los grupos ERC y ERC-C19 presentaron una PAS elevada comparada a los controles y sin diferencias entre ellos (C:  $119 \pm 3$ , n=10 vs. ERC:  $145 \pm 2$ , n=68 vs. ERC-C19:  $143 \pm 3$  mmHg, n=11;  $p < 0.05$  vs C). Los pacientes ERC-C19 presentaron una mayor disfunción endotelial comparado a los ERC y al grupo control (delta de FE: ERC-C19:  $2 \pm 1$ , n=11 vs. ERC:  $4.5 \pm 1$ , n=28 vs. C:  $15.1 \pm 1$ , n=10;  $p < 0.05$ ). En ERC y ERC-C19 se observó un aumento del IMC asociado a un incremento de la masa grasa, sin diferencias en el índice de masa muscular entre ambos grupos (X2: p: NS). No se observó asociación entre la FE y el IMC o IMG.

**Conclusiones:** El presente estudio indica que el COVID-19 agravaría la disfunción endotelial en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Es conocido que los pacientes con enfermedad renal crónica presentan disfunción endotelial que aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares. Nuestros hallazgos sugieren que esta sería agravada por el COVID-19. Estos serían independiente de los valores de presión arterial y del índice de masa corporal aumentado. Sin embargo, más investigaciones son necesarias para determinar el rol del COVID-19 y sus posibles mecanismos sobre la función vascular en esta población. Entendiendo este proceso, permitirán una mejor terapéutica y medidas de prevención.

## 0588 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN MUJERES ADULTAS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN - ARGENTINA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Corazón y Mujer*

*Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

HOLOWNIA, Damian (1) | GALDEANO, Ricardo Sebastián(2) | RIVAS JORDAN, Silvina(1) | MARAÑÓN, Rodrigo Oscar(1) | JOO TURONI, Claudio(1)

Universidad Nacional de Tucumán (1); Sanatorio Racedo (Monteros - Tucumán) (2)

**Tabla 1:** Valores antropométricos de la población estudiada:

	Rural (n=125)	Urbana (n=112)	Periurbana (n=50)	
Peso (Kg)	68±1	78±2***	73±2*	
Talla (cm)	154±1	160±1***	160±1***	
IMC	28,5±0,5	30,3±0,6	28,5±0,8	
Circunferencia de cuello (cm)	36,9±0,8	34,3±0,4**	36,1±0,4	
Circunferencia de cintura (cm)	95,6±1,3	95,0±1,8	97,9±2,0	
PA (mmHg)	Sistólica	120,4±1,9	131,2±1,8***	131,5±2,4**
	Diastólica	75,6±0,9	80,7±1,0**	82,8±1,9**
Frecuencia cardiaca (lat/min)	76,4±1,2	79,0±1,1*	78,4±1,1	

PA: Presión arterial;

\*: p<0,05 vs. zona Rural

\*\* : p<0,01 vs. zona Rural

\*\*\*: p<0,001 vs. zona Rural

+: p<0,05 vs. zona Urbana

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de morbimortalidad tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, en la población femenina, aún existe una dicotomía entre el riesgo cardiovascular real y el percibido tanto por la paciente como por el profesional de salud. En general, hay una percepción que la prevalencia de ECV es menor en zonas rurales que en zonas urbanas y periurbanas. Sin embargo, actualmente algunos trabajos indican un incremento de ECV en diversas comunidades rurales.

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) en mujeres adultas de 3 zonas (rural, urbana y periurbana) de la provincia de Tucumán - Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron mujeres que participaron en el estudio Sonqo Calchaquí 2018 (Rural; n=125); de San Miguel de Tucumán (Urbana; n=112) y de Villa Muñecas que participaron en el Día de la Mujer - SAC 2021 (Periurbana; n= 50). En todos los casos se registró edad, nivel educativo y antecedentes de tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial (HTA) y diabetes. Se midió peso, talla, circunferencia de cuello y circunferencia de cintura. Se midió presión arterial (PA) sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y frecuencia cardiaca. Se calculó índice de masa corporal (IMC) como peso/ (talla<sup>2</sup>). Análisis Estadístico: Los resultados se expresaron como promedio ± error estándar. Se utilizó Prueba t; ANOVA con Post Test de Newman Keuls, correlación de Pearson (rp) o X<sup>2</sup> según fue necesario. Los resultados fueron considerados significativos con una p<0,05.

**Resultados:** La edad promedio fue 48,9±0,9 años sin diferencias entre los 3 grupos (Rural: 50,2±1,7 años, n=125; Urbana: 48,1±1,0 años, n=112; Periurbana: 47,7±1,9 años, n=50; p: NS). Solo en el grupo Rural hubo pacientes con analfabetismo. En los grupos Urbana y Periurbana hubo mayor porcentaje de mujeres con estudios terciarios y/o universitarios (X<sup>2</sup>: 171,4; p < 0,00001). La Tabla 1 muestra los valores antropométricos y hemodinámicos de la población estudiada. En el análisis general 28% de las mujeres estudiadas presentaba normopeso; 30% sobrepeso y 42% obesidad. No hubo diferencias en esta distribución en los 3 grupos (X<sup>2</sup>: 2.6639; p: NS). La circunferencia de cuello estuvo aumentada en 62% de las mujeres del grupo Rural, 41% en el grupo Urbana y 79% en el grupo Periurbana (X<sup>2</sup>: 23.1774; p<0,001) y la circunferencia de cintura estuvo aumentada en 69% de las mujeres estudiadas, sin diferencias en los 3 grupos (X<sup>2</sup>: 2.6573; p: NS). El número de FRCV fue mayor en la zona Urbana. El tabaquismo se encontró en mayor porcentaje en la zona Urbana (X<sup>2</sup>: 14,6655; p < 0,001). Los otros FRCV se encontraron en similar porcentaje en las 3 zonas. Cuando se analizó cada FRCV por separado, independientemente de las zonas, 30% presentaba HTA, 25% dislipemia, 23% tabaquismo y 6% diabetes. Cabe aclarar que el porcentaje de mujeres que no presentaban ningún factor de riesgo fue mayor en la zona Rural (53%) que en la Urbana (33%) y Periurbana (44%) (X<sup>2</sup>: 9.3909; p < 0.001). Analizado en conjunto, la circunferencia de cuello y la circunferencia de cintura se correlacionaron positivamente con IMC, número de FRCV, PAS y PAD.

**Conclusiones:** El menor peso y talla de las mujeres de la zona rural podría deberse a características raciales, hecho que es corroborado por el IMC que es similar en los 3 grupos. Sin embargo, independientemente de las características sociales (urbana, periurbana o rural) y educacionales se puede observar una población de mujeres que presenta un grado importante de sobrepeso y obesidad asociado a otros FRCV siendo el más común la HTA indicando una occidentalización de los estilos de vida en Tucumán. Este hecho debe ser enfocado en las futuras políticas de salud.

## **0616 - PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Salud Digital E Inteligencia Artificial*

*Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

FERNANDEZ, Mario(1) | CACCAVO, Alberto(1) | SABATE, Diego(1) | ALBISU, Jose Francisco(1)  
| MONTENEGRO, Sergio (2) | CHARASK, Adrian(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | D' IMPERIO,  
Heraldo(1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Integrandos Salud (2)

	n total, (%)	% mujeres	% hombres	p
Hipertensión Arterial	38496, (30)	30	30	0,98
Dislipemia	16875, (13,2)	12,5	14	0,18
Diabetes	9020, (7)	6,6	7,7	0,97
Tabaquismo	5600, (4,4)	4	5	0,11

**Introducción:** la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) ofrece a sus socios una Historia Clínica Electrónica (HCE) en forma gratuita desde hace 8 años. Esta herramienta permite que el médico pueda realizar su gestión del consultorio de manera digital y mantener un vínculo con la SAC en tareas de docencia, investigación y Educación Médica Continua.

**Objetivos:** 1) evaluar el número de médicos que utilizan la HCE en forma permanente, 2) Conocer la prevalencia de distintos factores de riesgo coronario por género en la población asistida.

**Materiales y Métodos:** la HCE se ha sido desarrollada por la empresa Integrandos Salud en conjunto y asesoramiento del área de Investigación SAC y su acceso es online, gratuito, con un código propio que es único y restringido para cada cardiólogo miembro de SAC. Reúne todos los requisitos legales como HCE de acuerdo con lo dispuesto en las Leyes "N°25.326 – Ley de Protección de Datos Personales" y "N°26.529 – Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado", demás leyes y decretos accesorios. La HCE tiene un formato semiestructurado (fichas específicas de primera vez y de diferentes patologías -SI o No- y sectores de libre escritura) y posee un set de herramientas que le permiten a un cardiólogo gestionar su consultorio de manera integral y desde cualquier lugar (turnos, facturación, telemedicina, etc).

**Resultados:** actualmente hay 432 usuarios registrados en el sistema de HCE de la SAC y la utilizan diariamente en forma activa 185 cardiólogos. Se han incluido desde su inicio y hasta el 5/5/2022: 127.690 pacientes. La edad promedio de los pacientes analizados es de 53 años y un 55% son mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) 30% distribuidos 30% en las mujeres y 30% en los hombres ( $p=0,98$ ), dislipemia 13,2% con 12,5% en género femenino y 14% en género masculino ( $p=0,18$ ), diabetes 7% total con 6,6% en mujeres y 7,7% en hombres ( $p=0,97$ ) y de tabaquistas 4,4% de la población total con 4% en la población femenina y 5% en la masculina ( $p=0,11$ ).

**Conclusiones:** en la actualidad alrededor de 200 cardiólogos utilizan la HCE incorporada a su práctica cotidiana. El factor de riesgo más prevalente fue la HTA. No se encontraron diferencias de género en los principales factores de riesgo coronario analizados. La HCE es una herramienta que puede aumentar la productividad, reducir los costos y mejorar la calidad de atención de cualquier consultorio cardiológico, siendo accesible en forma gratuita para los socios SAC y permitiendo un monitoreo continuo anonimizado de la epidemiología cardiovascular vinculada a la consulta ambulatoria.

## 0097 - REEMPLAZO DE VALVULAR AÓRTICO POR MINIESTERNOTOMÍA VS ESTERNOTOMÍA CONVENCIONAL

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

*Unidad Temática 2: Valvulopatías*

GUTIÉRREZ, Guillermo | CLUSA, Nestor | VACCARINO, Guillermo

Hospital Universitario Austral

	ME (n=25)	EC (n=32)	p
HTA	18 (72%)	26 (81%)	0.16
Dislipemia	13 (52%)	21 (65.6%)	0.29
Tabaquismo	9 (36%)	8 (25%)	0.36
Diabetes	4 (16%)	8 (25%)	0.4
Edad (prom)	66.5	65	ns
Sexo M	19 (76%)	19 (59.4%)	ns
BMI	27.4	27.7	ns

**Introducción:** La esternotomía completa o convencional (EC) es el abordaje estándar para realizar el reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica (RVA). Sin embargo, las ventajas potenciales de un abordaje menos traumático fomentaron el desarrollo de los llamados procedimientos mínimamente invasivos, que incluyen la miniesternotomía (ME) superior.

	ME (n=25)	EC (n=32)	p
Nro Prótesis	23	23	ns
Tiempo Clampeo	57.8 min	60.6 min	ns
Tiempo CEC	74.7 min	77.4 min	ns
ACV SEC	0	0	-
ACV TIA	2	0	ns
IRA	3	3	ns
Dialisis	0	0	-
Inf Externa	0	1	ns
Mediastinitis	0	0	-
Reop Sang	0	0	-
MCP	2	1	ns
Días int Prom/Med	6.5 / 6	7/6	ns
Obito	0	0	-

**Objetivos:** Comparar los resultados clínicos postoperatorios inmediatos y la mortalidad perioperatoria después de RVA por EC y ME.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes que se sometieron a RVA aislada por ME entre el 1 de agosto de 2019 y el 1 de agosto de 2021. Luego se compararon con los pacientes que se sometieron al mismo procedimiento por EC y por los mismos cirujanos que realizaron la ME, emparejando las variables edad, sexo, índice de masa corporal y factores de riesgo (tabla 1). Posteriormente se caracterizó a los grupos y se compararon los resultados postoperatorios mediante las pruebas de Chi-cuadrado y Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyeron pacientes (n= 25 grupo ME y N=32 en el grupo EC). En los tiempos de clampeo aórtico [ 57.8 min, ME vs 60.6 min, EC, p NS] y CEC [74.7 min, ME vs 77.4 min EC, p NS] se vieron diferencias, aunque sin alcanzar significancia estadística. Así mismo la prótesis valvular más utilizada fue la número 23 en ambos grupos (tabla2). Se hallaron 2 casos de accidente isquémico transitorio en el grupo ME, un caso de infección externa en el grupo EC y se requirió el implante de marcapasos definitivo post procedimiento en 2 paciente en el grupo ME vs 1 en el grupo EC, aunque sin impacto estadístico en todas estas variables. No se observaron eventos de accidentes cerebrovasculares con secuela, necesidad de diálisis, reoperación por sangrado o mediastinitis en ambos grupos. En cuanto a la estadía hospitalaria, hubo una pequeña diferencia con un promedio

de 6.5 días para el grupo ME vs 7 días para el grupo EC, sin significancia y una mediana de 6 días en ambos grupos. Tanto en el grupo estudio como el control no hubo óbitos (tabla2).

**Conclusiones:** Si bien no hubo diferencias perioperatorias en los resultados, el recambio valvular aórtico mediante ME parece ser una alternativa segura a la EC estándar en el RVA, debiendo extender el estudio a variables subjetivas para completar la evaluación.

## **0278 - UTILIDAD DEL SCORE SYNTAX II EN PACIENTES CON STEMI Y ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS EN LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica*

**MARTIN, Rodrigo Antonio** | DESCALZO, Amalia Maria Ema | ZOLORSA, Sergio | HEREDIA, Gaston | CETERA, Ricardo Marcelo

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

**Introducción:** Existen clasificaciones basadas en sintomatología y en parámetros hemodinámicos que permiten estimar el riesgo en pacientes con STEMI. Estas mismas clasificaciones no incluyen las características angiográficas de los pacientes. La integración de estas variables podría ser útil para predecir riesgos.

**Objetivos:** En pacientes con STEMI y enfermedad de múltiples vasos, se desconoce el valor pronóstico de la puntuación SYNTAX II (SSII)

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron de manera prospectiva pacientes con STEMI y enfermedad de múltiples vasos desde Junio de 2019 a Diciembre de 2021. Se realizó el cálculo del score SYNTAX II en todos los pacientes. Los pacientes sometidos a ICP fueron seguidos clínicamente por un año. Se definió como MACE al compuesto de muerte, infarto, accidente cerebrovascular y re intervención.

**Resultados:** De Junio de 2019 a Diciembre de 2021 se incorporaron 90 pacientes. La edad media fue de 67 años  $\pm$  10 años, 70 % eran hombres, 25 % diabéticos. Se halló enfermedad severa de tronco de coronaria izquierda en el 8.3 % de los casos (7.5 pacientes); 40 pacientes eran portadores de enfermedad severa de 3 vasos (44.4 %). El score SYNTAX I presento una media de 25 (6-54) y el score SYNTAX II de 32 (13.9-66.1). La revascularización completa fue de 16.6 % de los casos y de estos el 66.6 % se realizó antes del alta. La tasa de eventos MACE a 1 año fue de 38 % (34,2 pacientes); 16.6 % de los pacientes (18.5 pacientes) presentaron nueva revascularización; 8 % (8.8 pacientes) tuvieron infarto de miocardio y se observó muerte en el 10 % de los casos (9 pacientes). La supervivencia libre de eventos a 1 año fue significativamente menor en los pacientes con un SSII bajo  $<29$ , en comparación con los pacientes con un SSII alto  $\geq 29,6$  (58,2% frente a 89,8 %;  $P < 0,001$ ). A 1 año de seguimiento y con análisis multivariado el único predictor de eventos fue un score SYNTAX II  $\geq 29,6$  (risk ratio [RR], 4.16; 95% intervalo de confianza [IC], 1.06-8.9;  $P = .038$ ),

**Conclusiones:** El score de SYNTAX II con la incorporación de características clínicas y angiográficas puede ser útil como predictor de eventos duros, no solo en pacientes estables si no también en pacientes con STEMI y enfermedad multivaso.

## **0344 - ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Vascular Periférica*

**CASTRO, Julián** | SUSHEK, Sol | IGLESIAS, Daniel José | LEONARDI, Mariela Susana | CHIRINO NAVARTA, Daniel | RODRIGUEZ VAZQUEZ, María Luisa | DIZEO, Claudio

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

**Introducción:** La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en nuestro país y a nivel mundial. En la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) las variables más frecuentemente asociadas a un incremento de

mortalidad y morbilidad postoperatoria son: edad, sexo femenino, disfunción ventricular severa, tipo de cirugía y presencia de comorbilidades como insuficiencia renal, enfermedad arterial periférica (EAP) o diabetes. La EAP es la afección de la vasculatura arterial tanto de las extremidades como de la vasculatura craneana y abdominales. Su prevalencia se incrementa con la edad afectando entre 3 al 10% de la población. La presencia en pacientes con enfermedad coronaria se asocia a un peor pronóstico. En la evaluación pronóstica de CRM, se utilizan diferentes scores como el STS y el ArgenScore. Cabe destacar que ambos scores toman como variable la presencia de EAP

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de la enfermedad vascular periférica en pacientes sometidos a CRM, y su capacidad predictiva de la morbimortalidad intrahospitalaria en un centro que atiende exclusivamente pacientes añosos

**Materiales y Métodos:** El presente estudio es observacional retrospectivo. Cuya población diana fueron pacientes sometidos a CRM pura o mixta (con reparación/sustitución valvular asociada), de un único centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se consignaron los antecedentes, variables clínicas de ingreso, tipo de cirugía a realizar, se calcularon los scores de riesgo quirúrgicos ArgenScore, STS, y se evaluó la evolución intrahospitalaria. La población estudiada, pacientes sometidos a CRM, fue dividida en dos grupos, con o sin enfermedad vascular periférica, la cual fue definida como la ausencia o disminución del diastolismo en la onda de descenso en ecografía de miembros inferiores, o el compromiso mayor del 50% de la luz vascular en la ecografía de vasos de cuello. El end point primario fue: muerte durante la internación. Como end point secundario, el combinado de muerte, reoperación, ARM prolongada y ACV. Definiéndose como ACV según la guía para el manejo agudo del accidente cerebro vascular, como aquel episodio de déficit neurológico de inicio súbito, que se origina como consecuencia de una alteración circulatoria en un territorio vascular a nivel encefálico, retiniano y/o medular y que produce una lesión isquémica visible en las neuroimágenes. Se define sangrado mayor como aquella que presentó un débito de 800 a 1000ml, o precisó una transfusión de más de 5 unidades de glóbulos rojos, reoperación o sangrado en cavidad intracraneal, intratorácica o peritoneal

**Resultados:** Se incluyeron 121 pacientes, 29 en el grupo EAP (24%) y 92 en el grupo NO EAP (76%). La edad de 72 +/- 5 años, 55% mujeres, sin diferencias entre los grupos. El grupo EAP presentó mayor antecedente y/o revascularización previa (48% vs 36%, p=0.03) y mayor puntaje de STS que el grupo NO EAP (3.9 +/- 3.2 vs 1.9 +/- 1.3, p=0.01) y sin diferencias en el ArgenScore, ni en el resto de los antecedentes, uso de circulación extracorpórea y parámetros de ingreso. La mortalidad intrahospitalaria fue de 5.8% (n=7) y el punto combinado en el 18.2% (n=22). En el análisis multivariado para mortalidad, la presencia de EAP fue predictor independiente con un OR 4.75 (IC95% 1.02-18.1) p=0.04. Mientras que para el punto combinado tanto la EAP y el STS fueron predictores independientes (OR 4.2 (IC95% 1.56-7.8), p=0.001 y OR 1.02 (IC95% 1.01-1.03), p=0.04; respectivamente).

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes con CRM, cerca de un cuarto presentaron EAP. La presencia de EAP fue predictor independiente de mortalidad y del punto combinado

## **0359 - FRAGILIDAD Y MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES PERI IMPLANTE VALVULAR AORTICO TRANSCATETER (TAVI) †**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Valvulopatías*

*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

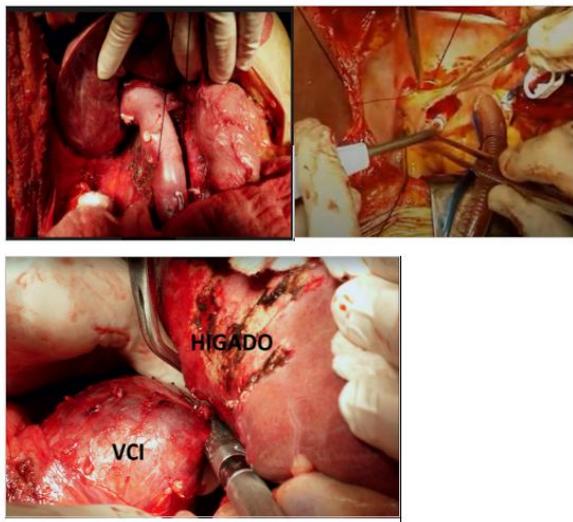
**GUZMAN, Daniel** | SUSHEK, Sol | IGLESIAS, Daniel | LEONARDI, Mariela Susana | CHIRINO NAVARTA, Daniel | RODRIGUEZ VAZQUEZ, María Luisa | DIZEO, Claudio

**Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)**

**Introducción:** Con el creciente envejecimiento de la población, ha habido un importante incremento de enfermedades crónicas como la estenosis aórtica (EAO), que cuando comienzan a presentar síntomas o deterioro de la función ventricular requiere el reemplazo valvular, ya sea por vía quirúrgica o TAVI. El TAVI se utiliza cada vez más para el tratamiento de la EAO, principalmente en pacientes añosos quienes tienen una prevalencia de fragilidad aumentada del 10%. Por lo que resulta esencial reunir más evidencia que logre predecir las complicaciones y mortalidad que puedan producirse en estos pacientes. Por último, puede definirse a la fragilidad como aquel estado en el que se encuentra un individuo con una reducción marcada en su condición física, además de una aumentada susceptibilidad de un desenlace mortal o nocivo ante la exposición de un evento estresante. Hay diferentes escalas para evaluar fragilidad entre las que se encuentran la de Edmonton y la de Fried, que no requieren mucho tiempo en su uso, son sencillas de realizar y de fácil acceso.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de fragilidad aumentada en pacientes sometidos a TAVI y su asociación con la morbimortalidad durante su internación.





**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue realizar un análisis prospectivo de una serie de pacientes con tumor renal con compromiso de VCI con extensión a AR, que requirió Circulación Extracorpórea (CEC), Paro Circulatorio (PC) con Hipotermia Profunda (HP) para su resección. Se determinó : evaluación preoperatoria y un algoritmo de tratamiento, además de las estrategias utilizadas para el manejo quirúrgico. Finalmente se evaluó el pronóstico del paciente y la supervivencia global. Presentamos la primera experiencia en nuestra institución, de una serie de pacientes con tumor renal y trombo en VCI y AR que requirieron para su resección CEC, PC con HP. Objetivo primario: mortalidad postoperatoria a 1 año. Objetivo secundario: resultado técnico-quirúrgico y complicaciones postoperatorias tempranas.

**Materiales y Métodos:** Criterios de inclusión: presencia de tumor renal con infiltración de VCI y AD, que necesitaron un enfoque multidisciplinario apoyado por CEC y CA con DH para estadios tumorales T3n0X0. Excluidos: pacientes metástasis visceral o linfática. Los pacientes fueron seguidos trimestralmente durante el primer año y la supervivencia a los 3 años fue analizada, mediante la prueba de Kaplan-Meier. La edad media fue de 67 ( $\pm 5$ ) años. 7 p. eran hombres. El tumor era más frecuente en el lado derecho (80%) Presentación clínica: edema de miembros inferiores (35%), astenia (30%) anemia (30%) masa palpable (10%) . Estadio histológico: 8 p. T3b (80%) y 2 p. T3c (20%) en la clasificación TNM. Estadio quirúrgico de Neves y Zincke: 8 p. nivel III (80%), y 2 p. nivel IV (20%).

**Resultados:** En todos los casos se realizó abordaje Chevron apoyado con CEC y CA e DH, para extraer el trombo de las venas suprahepáticas y AD. Tiempo Promedio CEC: 54 ( $\pm 15,5$ ) min. , tiempo clampeo promedio: 30 ( $\pm 7$ ) min. Tiempo promedio de cirugía: 240 ( $\pm 13,5$ ) min. La pérdida de sangre media a las 48 horas fue: 350 mililitros Complicaciones postoperatorias: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (20%), necrosis tubular aguda (40%), trombosis venosa profunda (20%) y hemorragia (10%) La mortalidad al 1 año fue del 10 %: 1 paciente falleció en el postoperatorio inmediato, debido a shock hemorrágico. En el tiempo de seguimiento promedio de 1 y 3 años sobrevivieron 9 pacientes. Ningún paciente recibió inmunoterapia, se optó por la vigilancia. La supervivencia global fue del 90% a los 36 meses. Estancia promedio en unidad de cuidados críticos fue: 6 ( $\pm 3$ ) días

**Conclusiones:** Los tumores renales con afectación trombotica de la VCI y la AR, es uno de los mayores desafíos para un equipo quirúrgico, debido a la complejidad en el manejo terapéutico. Para evitar complicaciones fatales, una estrategia preoperatoria es importante para: a) definir la extensión y proporcionar la resección completa del trombo; b) un correcto manejo de la VCI, imprescindible para minimizar el sangrado y prevenir la embolia durante la cirugía. En nuestra experiencia, este tratamiento se puede realizar con asistencia de CEC y métodos de protección cerebral para evitar complicaciones neurológicas y hemorrágicas. Estas; ofrecen la posibilidad del control local de la enfermedad y supervivencia global a corto y mediano plazo en estos pacientes.

## **0582 - EFICACIA DEL CIERRE PERCUTÁNEO DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE COMO TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Cerebro Vasculár*

**EQUISITO, Nicolás Martín | MOREYRA (H), Eduardo**

**Introducción:** Introducción: La migraña es uno de los trastornos discapacitantes más frecuentes del mundo. Los tratamientos actuales son efectivos para un número limitado de pacientes, existiendo muchos que no responden o no los toleran. Múltiples estudios han mostrado una asociación entre migraña y la presencia de foramen oval permeable (FOP); la cual está presente en un 20% de la población. Presumiblemente el pasaje directo al cerebro de serotonina o sustancias vasoactivas liberadas por las plaquetas evitando ser metabolizados por el pulmón explicarían esta asociación. Estudios observacionales han sugerido que la eliminación del shunt de derecha a izquierda mediante el cierre de FOP, se asocian a una reducción de la frecuencia y gravedad de la migraña.

**Objetivos:** Los objetivos de este estudio fueron establecer la prevalencia de migraña con cierre de FOP por ACV, o CIT criptogénicas. Determinar si el cierre disminuyó la frecuencia e intensidad de los mismos y evaluar si aquellos pacientes que quedaron con shunt residual luego del cierre, tuvieron una menor mejora de su migraña que aquellos que quedaron sin shunt

**Materiales y Métodos:** Materiales y métodos: El estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se incluyeron a pacientes que fueron sometidos a cierre percutáneo de FOP. Las características de los pacientes se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Los pacientes fueron contactados telefónicamente y se les realizó un cuestionario.



**Resultados:** Resultados: Entre enero del 2014 y octubre del 2020 se realizaron 72 cierres de FOP, entre las dos sedes. El 53% fueron de sexo masculino, con un promedio de edad de 43. Las indicaciones para cierre de FOP fueron ACV/CIT. La prevalencia de migraña fue del 27%, El 47% estaba bajo tratamiento preventivo de migraña y el 89% con tratamiento de rescate. El 22% describió sus migrañas como de intensidad moderada y el 78% como severas. El 58% tenía migrañas con aura y el aura visual (82%), fue el más frecuente. Luego del cierre del FOP el 79% de los pacientes notaron una disminución de la frecuencia de migrañas y el 67% describieron una menor intensidad de las mismas

**Conclusiones:** En conclusión, la prevalencia de migraña en pacientes sometidos a cierre de FOP por diversas razones. Las causas fueron del 22%. La mayoría de estos pacientes notó una mejoría en la intensidad y frecuencia de sus síntomas. La incidencia de shunt residual luego del cierre de FOP fue del 9% y ocurrió mayoritariamente en pacientes sin migrañas por lo que no pudimos determinar si se asocia a persistencia de síntomas.

## 0112 - IMPACTO DEL INICIO HOSPITALARIO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO Y GLUCOSA TIPO 2 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca

BURGOS, Lucrecia (1) | BARO VILA, Rocio(1) | BALLARI, Franco(1) | SPACCAVENTO, Ana(1) | RICCIARDI, Bianca Maria(1) | SANTOS GALLEGGO, Carlos(2) | DIEZ, Mirta(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Mount Sinai (2)

**Introducción:** La inercia terapéutica limita la prescripción de nuevos fármacos durante el seguimiento del paciente. El ingreso hospitalario puede ser un momento óptimo para la prescripción dado que una vez introducidos, se mantendrán en el tiempo. La seguridad y el beneficio clínico temprano hacen que la terapia con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (iSGLT-2) sea apropiada para el inicio hospitalario en

pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (ICFER). Actualmente los iSGLT-2 se encuentran infrautilizados, y la inercia clínica puede contribuir a ello.

**Objetivos:** Primario: Evaluar el impacto de la iniciación de iSGLT-2 al alta hospitalaria en las tasas de prescripción a 90 días en pacientes con ICFER durante una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD). Secundarios: Evaluar la presencia de contraindicaciones al alta y 90 días, y los factores asociados a la prescripción a 90 días. Explorar los eventos clínicos a 90 días.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva y consecutiva de un hospital. Se incluyeron pacientes adultos internados entre Enero 2021 y Febrero 2022 con diagnóstico primario de ICAD y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) <40%. Se excluyeron aquellos fallecidos o trasplantados en internación, y uso previo de iSGLT-2. Se compararon aquellos que iniciaron iSGLT-2 pre alta de la hospitalización índice con aquellos que no. El punto final primario fue la tasa de prescripción de dicho fármaco a 90 días. Y como punto secundario exploratorio: muerte por todas las causas y hospitalización o visita urgente por ICAD a 90 días. Los factores asociados a la prescripción de iSGLT-2 se analizaron mediante un modelo de regresión logística.



**Resultados:** Se hospitalizaron un total de 171 pacientes con ICFER, de los cuales 23 fallecieron y 11 se trasplantaron en la internación, 24 usaban iSGLT- 2 previamente. Se analizaron 113 pacientes, con una media de edad de 75 años ( $\pm 12$ ) y el 69% sexo masculino. La FEVI media fue de 28% ( $\pm 7$ ). El 92% tuvo seguimiento a 90 días. Se inició iSGLT-2 al alta en el 33,6%. La tasa de prescripción de iSGLT-2 fue del 97,3% en aquellos que iniciaron en hospital, y del 6% en aquellos que no ( $p < 0,001$ ). La presencia de 1 o más contraindicaciones de iSGLT-2 fue del 16,8% y 9,7% en internación y 90 días respectivamente. En aquellos sin contraindicaciones, el factor independiente asociado al inicio intrahospitalario fueron FEVI más bajas, OR 0.90 (0.84-0.97) por cada punto %. Sin diferencias estadísticamente significativas en el punto final combinado de muerte por todas las causas, rehospitalización por IC o visita no programada por IC a 90 días entre ambos grupos ( $p = 0.4$ ). No se reportó eventos de seguridad de relevancia como hipotensión arterial sintomática o insuficiencia renal que requiera suspensión de fármacos, diálisis o internación.

**Conclusiones:** El inicio intrahospitalario de iSGLT-2 se asoció con tasas significativamente más altas de prescripción a 90 días posteriores al alta. Este estudio refleja la presencia de inercia médica post alta especialmente en aquellos pacientes con función ventricular menos reducida. Adicionalmente destacamos al período de hospitalización como un momento óptimo para iniciar iSGLT-2, vencer la inercia terapéutica, y obtener los beneficios clínicos probados que se acumulan rápidamente en semanas, con un sólido perfil de seguridad y tolerabilidad.

## 0160 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL REMODELADO REVERSO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

REYNOSO, Carolina Giselle | LINIADO, Guillermo | CASTIELLO, Gustavo | INI, Alexis Javier | AVELLANA, Patricia Mabel | GUTIERREZ, Guillermo | SZARFER, Jorge | GAGLIARDI, Juan

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción:** Los avances en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca y deterioro de la FEVI (ICFER), se asociaron a una mejoría significativa en la morbimortalidad. Adicionalmente, en un grupo de estos pacientes se observó un proceso conocido como remodelado reverso, el cual se manifiesta como incremento de la FEVI y reducción de los volúmenes ventriculares.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia, características clínicas, estudios complementarios, tratamiento, tiempo transcurrido hasta el RR y eventos ocurridos en un grupo de pacientes con ICFER y RR.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes incluidos consecutivamente que acudieron a la consulta ambulatoria con ICfEr entre abril de 2013 y abril de 2022. ICfEr se definió como p con síntomas y/o signos de insuficiencia cardíaca y FEV <40%. Se consideró RR al incremento en la FEVI en 10 o más unidades en pacientes con ICfEr con una FEVI final > 40% y con al menos 3 meses entre la evaluación inicial y final. Para la comparación de variables categóricas se utilizó el chi cuadrado, para variables continuas la prueba de T. Para supervivencia las curvas de Kaplan-Meier. Se consideró significativa una p<0,05.

**Resultados:** Sobre una base de 307 p con ICfEr, edad media 65±13 años (30% mujeres) el 14% (43 p) desarrollaron RR edad media 63±12 años (47% mujeres). Las etiologías fueron: idiopática (18p,42%) isquémica (7p,16%) y la hipertensiva (6 p, 14%), posquimioterapia (5p,12%) otras etiologías (7p,16%), los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la HTA (77%), el sedentarismo (66%) y la obesidad (50%). Comorbilidades: anemia 10p, 23%) diabetes (11p,26%) IRC (6p,14%), FA (5p, 12%) el resto RS (88%). sólo un paciente fue tratado con terapia de resincronización. Se observó un elevado porcentaje de pacientes tratados con IECA (inicio 94.44%, final 100%), betabloqueantes (inicio: 88.9%, final 100%) y antagonistas de la aldosterona (inicio:66.67%, final: 69.03%) Se observó un incremento de la dosis del bloqueo neurohormonal entre las evaluaciones inicial y final con significación estadística para betabloqueantes (p=0.0001) El diámetro diastólico y la FEV inicial y final fueron de 64±7 mm y 29±8%, y 55± 5mm 51± 6%, respectivamente (p < 0,0001 para ambos valores) ocurrido en un tiempo medio entre ambas evaluaciones de 36±47 meses. Se registraron 3 muertes de causa cardiovascular y 2 internaciones por IC con una tasa de supervivencia de 80% en 16 años de seguimiento.

**Conclusiones:** Observamos en el seguimiento a largo plazo, una prevalencia de RR en el hospital público semejante a otras series internacionales con alto porcentaje de sexo femenino y etiología idiopática y un escaso, pero no despreciable, número de eventos. La clara mejoría asociada a la optimización del tratamiento refuerza la necesidad de implementar dicha conducta.

## 0370 - RELACIÓN ENTRE AMPLITUD Y DURACIÓN DEL QRS COMO MARCADOR DEL ESTADO CONGESTIVO ¿UNA NUEVA HERRAMIENTA EN INSUFICIENCIA CARDIACA?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

MARQUEZ HERRERO, Santiago Nicolas | ATAMAÑUK, Andres Nicolas | GANDINO, Ignacio | SPAINI, Emilia Macarena | GARCÍA JUÁREZ, Guido Manuel | TORRES, Nicolás Arturo | SANTUCCI, Jose | BARATTA, Sergio

Hospital Universitario Austral

**Introducción:** En pacientes (P) con insuficiencia cardíaca (IC) la disminución de la amplitud del QRS se relaciona con el estado congestivo. Los mecanismos propuestos para dicho fenómeno son el aumento del volumen intravascular y ganancia de fluidos del resto de órganos intratorácicos. Sin embargo aún se desconocen si otros parámetros como el área bajo la curva del QRS se relaciona con dicho estado congestivo.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre el coeficiente del área del QRS (CAQRS) -como expresión del producto entre amplitud y duración del QRS-, como así también otros parámetros del ECG, con el cambio en el peso durante la hospitalización de P bajo tratamiento IC aguda.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional en P mayores de 18 años con internación por IC aguda en una unidad coronaria de un Hospital Universitario de Bs As. Se excluyeron P con derrame pericárdico o pleural moderado o severo, hipoalbuminemia severa, P en hemodiálisis y aquellos con reducción significativa de la movilidad Se dividió la muestra de P en dos grupos: con pérdida de peso (PP) y sin cambios o ganancia de peso (SP) en el momento del egreso de la internación. Se calculó el CAQRS como el producto entre la amplitud y la duración del QRS en la derivación DI (promediando 3 complejos QRS consecutivos). Se compararon entre ambos grupos al ingreso y egreso de su internación: -Parámetros clínicos y de laboratorio: edad, sexo, peso, talla, presión arterial, saturación, frecuencia cardíaca, días de internación, presencia de signos de congestión, NT-ProBNP -Parámetros ecocardiográficos: FEVI, área de la aurícula izquierda, presión sistólica de arteria pulmonar -Parámetros electrocardiográficos: Ritmo, intervalo PR. Amplitud, duración, eje y CAQRS, QT corregido y delta de amplitud y delta del CAQRS.

**Resultados:** Entre Junio y diciembre de 2021 incluyeron 65 P consecutivos. Edad: 68,9 (12,8), Hombres: 59%, FEVI: 47,3 (16,7), AI: 28,7 (6,6), PSAP: 42 (16,2), NT-proBNP: 7007,9 (11701,9), días de internación: 9.7 (10.4). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos PP y SP al ingreso en cuanto a edad, sexo, peso, talla, presión arterial, saturación O2, frecuencia cardíaca, NT-ProBNP, días de internación, signos de congestión, FEVI, área de la aurícula izquierda, presión sistólica de arteria pulmonar, ritmo, intervalo PR, Amplitud, duración, eje y CAQRS, QT corregido. Se halló una diferencia en el peso al ingreso entre grupos; PP 82,5 (14,7) vs SP 72,8 (14,4)kg. (p=0,014). Comparando los grupos al ingreso vs. egreso no se encontraron diferencias significativas en todos los parámetros clínicos (a excepción del delta peso; PP -2,9 (2,5) vs SP 0,5 (0,9)kg. (P=0,0001)), de laboratorio, ecocardiográficos. Respecto de los cambios en los parámetros del ECG entre grupos, se encontró un cambio significativamente estadístico de la variación del CAQRS; 214,5 (340,4)mVms vs. -262,2 (918) mV ms (p 0,01) y se observó una tendencia en el cambio de la amplitud del QRS;

1,6 (2)mV vs -0,04 (4,2)mV (p 0,07), PP vs SP respectivamente. No se hallaron diferencias para todos los otros parámetros del ECG.

**Conclusiones:** Los cambios en la amplitud del complejo QRS como expresión del estado de hidratación fueron estudiados desde mediados del siglo pasado. Sin embargo, no se ha descrito el valor del área de las ondas del ECG en dicho fenómeno. Nuestro estudio pudo demostrar esta relación con un parámetro fácil de establecer el cual denominamos CAQRS (como expresión del área bajo la curva del QRS), no estudiado previamente, el cual podría constituir una nueva herramienta para evaluar el estado congestivo.

## 0512 - PERFIL CLÍNICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA MUJER

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Corazón y Mujer*

*Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca*

**MERETTA, Augusto** | MAURO, Victor | FAIRMAN, Enrique | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | CHARASK, Adrian | ANQUIZ DORADO, Abdiel Mateo | VERNAVÁ MARIANI, Martin | BARRERO, Carlos Manuel

Clínica Bazterrica

	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
EDAD (MEDIANA)	84 (RIC – 83-85)	79 (78-81)	<0,001
HIPERTENSION ARTERIAL	399 (82,8%)	459 (79,4%)	NS
DIABETES	118 (24,5%)	189 (32,7%)	0,003
IRC	55 (11,4%)	167 (28,9%)	<0,001
HIPOTIROIDISMO	125 (25,9%)	66 (11,4%)	<0,001
FA	144 (29,9%)	183 (31,7%)	NS
DISFUNCIÓN SISTÓLICA	158 (33,1%)	375 (65,3%)	<0,001
TRATAMIENTO PREVIO	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
IECA/ARAZ			
BETABLOQUEANTES	275 (57,1%)	337 (58,3%)	NS
FUROSEMIDA	168 (34,9%)	244 (42,3%)	0,014
TIAZIDA PREVIA	37 (7,7%)	25 (4,3%)	0,025
ANTECEDENTES	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
IAM PREVIO	55 (11,4%)	182 (31,5%)	<0,001
ATC PREVIA	52 (10,8%)	145 (25,1%)	<0,001
CRM PREVIA	19 (4,0%)	74 (12,8%)	<0,001
VALVULOPATIA PREVIA	99 (20,5%)	91 (15,7%)	0,045
REEMPLAZO VALVULAR	26 (5,4%)	30 (5,2%)	NS
IC PREVIA	137 (28,4%)	187 (32,4%)	NS
IMPLANTE MCP	58 (12,0%)	98 (17,0%)	0,024
ANTEC CARDIOVASCULARES (CORONARIOS ACV VASC PERIF)	120 (24,9%)	276 (47,8%)	<0,001
ETIOLOGÍA CORONARIA	57 (11,8%)	244 (38,8%)	<0,001
ETIOLOGÍA VALVULAR	119 (24,7%)	97 (16,8%)	<0,001

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) constituye al menos 20% de las hospitalizaciones en adultos mayores de 65 años. No es bien conocido si existen diferencias clínicas entre hombres y mujeres internados con esta condición.

**Objetivos:** Comparar si existen diferencias clínicas, pronósticas y de tratamiento en las mujeres respecto de los hombres hospitalizadas por ICD.

**Materiales y Métodos:** Registro prospectivo de pacientes internados en forma consecutiva por ICD en Unidad Coronaria en el período Enero 2015 - Diciembre 2021. La recolección de datos fue realizada por los médicos cardiólogos tratantes y completadas en una base de datos. El análisis estadístico fue realizado por el sistema SPSS®.

RESULTADOS	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
DIAS DE INTERNACIÓN (MEDIANA)	6 (RIC 5-7)	6 (RIC 4-8)	NS
BIC DE FUROSEMIDA	55 (13%)	115 (19,8%)	<0,001
INOTROPICOS EV	43 (8,9%)	86 (14,8%)	0,003
USO DE VNI	100 (20,7%)	107 (18,5%)	NS
MUERTE HOSPITALARIA	34 (7%)	39 (6,7%)	NS
MORTALIDAD 90 DÍAS (N = 721)	39 (12%)	55 (13%)	NS

**Resultados:** Fueron incluidos 1060 pacientes, de los cuales 482 (45,4 %) fueron mujeres. La mediana de edad de la población fue 82 años (RIC 25-75 → 74-87). Las mujeres evidenciaron comparativamente, edad más avanzada, menor porcentaje de insuficiencia renal crónica y menor disfunción sistólica (ver tabla). La causa valvular fue más frecuente en mujeres (24,7 vs 16,8% P < 0,001) mientras que la coronaria lo fue en hombres

(31,5% vs 11,4 % P < 0,001). La forma de presentación fue principalmente congestiva en ambos grupos (68% vs 73,3% P = NS). Se utilizó en mujeres menos inotrópicos (8,9% vs 14,8% P = 0,003) y furosemida en infusión continua (13% vs 19,8% P <0,001). No hubo diferencias en la mediana de internación entre ambos grupos (6 días RIC 5-7), así como tampoco en la mortalidad (7% y 6,7% P = NS).

**Conclusiones:** Pese a que no se observaron diferencias en la mortalidad y en la evolución, en una población anciana con ICD, las mujeres evidenciaron mayor edad, mayor FSVI preservada y más causa valvular. Las estrategias terapéuticas fueron apropiadas al perfil clínico (edad, insuficiencia renal, función ventricular y etiología), con un resultado clínico final similar.

## 0584 - ASISTENCIA CIRCULATORIA CON ECMO EN PACIENTES COVID-19.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

**GALLARDO, Emanuel Carlos** | CHAS, José Gaspar | VILLARROEL, Sonia | PEREIRA, Eduardo | VALERIO, Silvia | POSATINI, Ricardo | HALAC, Marcelo | KOTOWICZ, Vadim

Hospital Italiano de Buenos Aires

Complicaciones post colocación de ECMO			
	N	%	Total
Infecciosas	18		66,60%
> Neumonía	14	77,70%	
> Infección urinaria	1	5,50%	
> Neumonía+Infección urinaria	3	16,60%	
Hemorrágicas	8		29,60%
>Hemotorax	3	37,50%	
>Sangrado vía aérea	2	25%	
>Hemorragia intracerebral	1	12,50%	
>Sangrado digestivo	1	12,50%	
>Herida	1	12,50%	
Mecánicas	7		25,90%
Trombosis de la membrana	6	85,70%	
Trombosis canulas	1	14,30%	

**Introducción:** El COVID-19 constituye un síndrome de distrés respiratorio agudo provocado por el virus SARS-CoV2 y se manifiesta por un estado de procoagulabilidad e inflamación con daño endotelial; en este contexto, la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venoso puede ser beneficiosa.

**Objetivos:** Analizar los resultados de un centro de Argentina que implementa esta modalidad de Asistencia Circulatoria en pacientes (p) con distrés respiratorio en ventilación mecánica refractario a otras estrategias terapéuticas.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo. De un total de 171 p asistidos por ECMO desde mayo de 2013, se analizó un subgrupo consecutivo de 27 p que ingresaron por neumonitis causada por virus SARS-CoV 2 cuyo diagnóstico fue realizado con reacción en cadena de polimerasa (PCR), los cuales en la evolución de su enfermedad requirieron asistencia circulatoria con ECMO veno-venoso. Se incluyeron p de ambos sexos >18 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: sobrepeso 51,8% (14p), hipertensión arterial 22,2% (6p), tabaquismo 18,5% (5p). Solo 22,2% (6p) padecían 2 o más comorbilidades. Los parámetros utilizados para determinar la indicación de la misma fueron PaFiO2 <50 por 3 horas o <80 por 6 horas, pH <7.25 con PaCO2 >60 por 6 horas; a pesar de utilizar relajantes musculares, decúbito prono >18 horas y parámetros de ventilación optimizados (Presión plateau <30 y volumen tidal 6-7ml/kg). La evaluación clínica y la totalidad de los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo de profesionales, el cual se encuentra entrenado para la utilización de ECMO como terapéutica en la falla respiratoria.

**Resultados:** La media de edad fue de 47,4±11,0 años, el 77% (21p) fueron de sexo masculino. Luego de la colocación del ECMO, las interurrencias más frecuentes fueron: infecciosas 66,6% (18 p), hemorrágicas 29,6%

(8 p), mecánicas 25,9% (7 p), insuficiencia renal aguda con requerimiento de terapia de reemplazo renal 18,5% (5p), neumotórax 18,5% (5p). La mediana de permanencia de ECMO fue de 13 días (9, 29). Los días de ventilación mecánica hasta la colocación de la ECMO evidenciaron una mediana de 6 (3, 9); el tiempo de ventilación mecánica en posición prona hasta la colocación de la ECMO registró una mediana de 2 días (1, 4). La sobrevida observada fue del 55,6%; los 12 óbitos se registraron previo al weaning del ECMO. Salvo en 2 p en los que no se completó el seguimiento, en el resto de pacientes que fueron exitosamente externados no se encontró mortalidad a los 90 días. El subgrupo de p que fueron asistidos externamente y luego trasladados a nuestro centro tuvo una mortalidad del 50% (5p); por otro lado, para el subgrupo que cursó toda la evolución en nuestro centro la mortalidad fue del 41,1% (7/17) (p=0,656).

**Conclusiones:** En nuestra serie reportamos que la sobrevida global del p en ECMO veno-venoso es del 55,6%, alcanzando el 50% en los p que fueron asistidos por ECMO móvil y un 58,9% en los p que cursaron la totalidad de la enfermedad en el mismo centro que fueron asistidos. La mortalidad observada es ligeramente superior al 38,0% reportado por la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). Dichos procedimientos fueron realizados por un equipo especializado como las guías de la ELSO sugieren. Teniendo en cuenta que en los reportes iniciales de la pandemia la mortalidad de los p con indicación de ECMO veno-venoso alcanzaba el 90%, la utilización de Asistencia Circulatoria por un equipo entrenado resulta en una disminución significativa de la mortalidad a pesar de las complicaciones que puede presentar este subgrupo de enfermos.

## 0589 - VALOR PRONÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca

PUTARO, Carolina Barbara | GIORDANINO, Elian F | RENEDO, Maria Florencia | NIÑO, Carolina | DELLA CELLA FIGUEREDO, Rosario | SOMOZA, Maria Ines | ABSI, Daniel Oscar | BERTOLOTTI, Alejandro

Fundación Favaloro

Tabla 1

IMC	DN (n=5)	Normal (n=101)	Sobrepeso (n=75)	Obesidad (n=37)	P
Infecciones POP	1 (20%)	26 (26%)	22 (29%)	5 (14%)	NS
Int. Prolongada	3 (60%)	39 (39%)	23 (31%)	12 (32%)	NS
MIH	1 (20%)	20 (20%)	11 (15%)	5 (14%)	NS
Rechazo grave o recurrente	3 (60%)	41 (41%)	31 (41%)	21 (57%)	NS
Reinternaciones	2 (40%)	28 (28%)	24 (32%)	6 (16%)	NS
Internación por infección	2 (40%)	21 (21%)	16 (21%)	6 (16%)	NS
Mortalidad al año	1 (20%)	29 (29%)	16 (21%)	7 (19%)	NS

DN: desnutrición. IMC: índice de masa corporal. MIH: mortalidad intrahospitalaria. POP: postoperatorio.

**Introducción:** Los candidatos a trasplante cardiaco suelen presentar deterioro del estado nutricional que podría asociarse a un peor pronóstico, sin embargo, no existe consenso para la evaluación sistémica de estos pacientes (P).

Tabla 2

PB y AMB	Normal (n=17)	Depleción leve (n=10)	Depleción moderada (n=7)	Depleción severa (n=4)	p
Infecciones POP	6 (35%)	1 (10%)	2 (29%)	2 (50%)	NS
Internación prolongada	3 (18%)	2 (20%)	2 (29%)	4 (100%)	0.01
MIH	10 (59%)	4 (40%)	3 (43%)	0	NS
Rechazo grave o recurrente	5 (29%)	2 (20%)	1 (14%)	2 (50%)	NS

AMB: área muscular braquial. PB: perímetro braquial. POP: postoperatorio. MIH: mortalidad intrahospitalaria

PT	Normal (n=17)	Depleción leve (n=11)	Depleción moderada (n=7)	Depleción severa (n=4)	p
Infecciones POP	6 (35%)	2 (18%)	1 (14%)	2 (50%)	NS
Internación prolongada	4 (23%)	2 (18%)	2 (29%)	3 (75%)	NS
MIH	9 (52%)	6 (54%)	2 (29%)	1 (25%)	NS
Rechazo grave o recurrente	5 (29%)	3 (27%)	2 (29%)	1 (25%)	NS

PT: pliegue tricipital. MIH: mortalidad intrahospitalaria.

**Objetivos:** Evaluar el estado nutricional de los trasplantados cardiacos, mediante el IMC y diferentes medidas antropométricas y evaluar su impacto en la morbilidad y mortalidad en el seguimiento a corto y largo plazo.

**Materiales y Métodos:** Se analizó una cohorte retrospectiva, de 218 P trasplantados cardíacos en el periodo comprendido desde enero 2010 a diciembre del 2020. Se excluyeron aquellos P < de 18 años y con trasplante combinado y/o retrasplante. Se valoró el IMC de 218 P y fueron clasificados en bajo peso (<= 17), normopeso (18-24,9), sobrepeso (25-29,9) y obesidad (>= 30). Se consideraron la circunferencia braquial (CB), área muscular braquial (AMB) y pliegue tricípital (PT) logrando diferenciar a los P en aquellos con depleción severa (percentilo < 5), moderada (percentilo 5 a 10), leve (percentilo 10 a 25) y normal (percentilo > 25). Se analizaron la mortalidad intrahospitalaria y al año, infecciones en el postoperatorio, internación prolongada post trasplante cardíaco (se consideró aquella con duración > 20 días), eventos de rechazo del injerto recurrentes o graves (rechazo mediado por anticuerpos o rechazo celular agudo), infecciones que requirieron internación (>2 episodios) e internaciones por cualquier causa (>3 episodios). Las variables categóricas fueron representadas como porcentaje y valores absolutos y las variables continuas como media con su correspondiente intervalo de confianza o bien su mediana y rango intercuartilo. Para la comparación entre los distintos grupos se utilizó la prueba de Chi cuadrado y se consideró significativa una  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** La edad de los P analizados fue  $49 \pm 14$  años. El 69.7% (152 P) era de sexo masculino. La mediana de seguimiento fue de 4,2 años (1,21-11,65 RIQ). La etiología de la miocardiopatía fue isquémica en el 34.4% (152 P) de los casos. El trasplante cardíaco se realizó en situación electiva en el 14,6% (32 P), urgencia 38,9% (85 P) y emergencia en el 46,3% (101 P) sin diferencias entre los grupos. El 62,3% ( $p=0,001$ ) presentaba al menos 2 factores de riesgo cardiovascular. El IMC no resultó ser un predictor de mortalidad intrahospitalaria y al año, internación prolongada, infecciones en el posoperatorio, rechazos recurrentes y/o graves, infecciones que requirieran internación o internaciones por todas las causas en el seguimiento a largo plazo. Ver Tabla 1. En 38 P (17,4%) se obtuvieron las medidas de CB y AMB. La presencia de depleción severa, se asoció de forma estadísticamente significativa a internaciones prolongadas. Al mismo tiempo, dicha variable no se relacionó con aumento de las infecciones en el posoperatorio, rechazos recurrentes y/o graves o mortalidad intrahospitalaria. En cuanto al PT se evaluó en 39 P (17,8%), no asociándose de forma significativa con un aumento de las infecciones en el posoperatorio, internaciones prolongadas, rechazos recurrentes y/o graves o mortalidad intrahospitalaria. Ver Tabla 2

**Conclusiones:** En nuestra población, al igual que en estudios previos, el IMC no se asoció con resultados a corto y largo plazo en pacientes trasplantados cardíacos. Al analizar una subpoblación de P, la depleción muscular severa evaluada por la CB y el AMB se asoció en forma estadísticamente significativa a internaciones prolongadas. De esta forma, el análisis de diferentes variables antropométricas en forma sistemática y en un mayor número de pacientes, podría permitir identificar aquellas que se asocien con peor pronóstico en el seguimiento a corto y largo plazo.

## **0268 - ABLACIÓN DE ARRITMIAS VENTRICULARES DE LOS MÚSCULOS PAPILARES Y DEL FASCÍCULO POSTERIOR GUIADAS POR MAPEO DE ALTA DENSIDAD DE PUNTOS CON UTILIZACIÓN DE FUERZA DE CONTACTO:**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

**TOMAS, Leandro** | RODRIGUEZ, Roberto | VERGARA, Juan Manuel | MARTINENGHI, Nicolas Mario | JARMA, Joaquin | CORNEJO, Daniel | RUIZ, Leandro | OROSCO, Agustin

**Sanatorio San Lucas**

**Introducción:** La arritmias ventriculares originadas en el ventrículo izquierdo presentan diferentes sitios de origen y mecanismos que las generan. La arritmias de los músculos papilares presentan características específicas y normalmente son generadas por actividad gatillada a diferencias de las arritmias fasciculares que presentan características morfológicas similares pero habitualmente responden a mecanismos reentrantes.

**Objetivos:** Reportar la experiencia de un grupo de trabajo en arritmias del musculo papilar y fasciculares con las nuevas tecnologías disponibles en el país.

**Materiales y Métodos:** Se realizo un estudio prospectivo, observacional, multicentrico, entre Abril del 2021 y Agosto del 2021, de 7 casos consecutivos de ablación de arritmias ventriculares de los músculos papilares y fasciculares utilizando mapeos de alta densidad de puntos y fuerza de contacto.

**Resultados:** De 7 pacientes el 57% fueron hombre, 14,3% fueron diabéticos e hipertensos, el 85,7% no presento cardiopatías previas. El tipo de presentación fue Taquicardia ventricular (TV) sostenida en el 42,9%, Extrasístoles ventriculares en el 42,9% y Taquicardia ventricular no sostenida en el 14,3%. Las localizaciones de las taquicardias fueron 28,6% fueron TV del musculo papilar postero medial, 28,6% TV del musculo papilar antero lateral y 42,9 % TV del fascículo posterior. Al comparar los procedimientos de ablación de músculos papilares con taquicardias ventriculares fasciculares encontramos las siguientes medias: edad:  $49 \pm 18$  vs  $25 \pm 7$  años, Fey  $57 \pm 9$  % vs  $66 \pm 2$ %, ancho QRS  $148 \pm 3$  vs  $128 \pm 8$  mseg, duración del procedimiento  $156 \pm 28$  vs  $84 \pm 19$  min.

**Conclusiones:** El mapeo de alta densidad de puntos en estos sustratos específicos permitió caracterizar mas rápidamente el sitio de origen de las arritmias focales de los músculos papilares como mejorar la localización de los circuitos reentrantes en las taquicardias fasciculares. Por su parte la fuerza de contacto optimizo la cantidad de aplicaciones de radiofrecuencia lo que acorto el tiempo de procedimiento.

## 0286 - EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES Y SUS CARACTERÍSTICAS COMO PREDICTORES DE MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR ARRITMIAS

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

*Unidad Temática 2: Miocardiopatías*

**ABOY, Juan Manuel** | MARQUEZ HERRERO, Santiago Nicolas | REVOLLO, Gerson | PALAVECINO, Mariela | IWANOWSKI, Mateo | RUBIO, Pablo | BARJA, Luis

**Hospital Universitario Austral**

**Introducción:** Las extrasístoles ventriculares frecuentes (10% o más de los latidos registrados en un holter en 24 horas) pueden causar miocardiopatía mediante un mecanismo no aclarado totalmente si bien se considera que la disincronía ventricular cumple un rol relevante. Por otro lado la existencia de síntomas, el ancho del QRS, la presencia de taquicardia ventricular no sostenida, el origen y la presencia de conducción retrógrada podrían ser factores favorecedores de la miocardiopatía.

**Objetivos:** El objetivo propuesto en esta investigación es evaluar el peso específico de los predictores de miocardiopatía inducida por arritmias para utilizarlos como parámetro en la prevención primaria de la disfunción ventricular.

**Materiales y Métodos:** Se llevo a cabo un estudio retrospectivo observacional, incluyendo a 51 pacientes entre 2011 y 2021 a los cuales se les realizó ablación por radiofrecuencia de extrasístoles ventriculares derechas o izquierdas por refractariedad al tratamiento medico o alta densidad de las mismas en un holter de 24 hs. Se identificó a aquellos con disfunción ventricular previa al procedimiento y se observó el comportamiento de la función ventricular medida por ecocardiograma trastorácico en los 3 meses posteriores al tratamiento ablativo. Se observó también la prevalencia de características como la localización, ancho de QRS, taquicardia ventricular entre otras.

EV	DERECHAS	IZQUIERDAS	p
N= 51 Pctes.	36	15	-
Disfunción VI previa	9(25%)	9(60%)	0.017
Densidad de EV	30478	30943	NS
Edad	40	43	NS
Origen epicárdico-Ancho de QRS >150 ms		55.5%	PS

**Resultados:** Como resultados se observó que el 100% de los pacientes con disfunción ventricular presentó mejoría de la misma a 3 meses. El origen epicárdico, la localización izquierda y el ancho de QRS >150ms fueron los predictores más importantes de miocardiopatía inducida por arritmias.

**Conclusiones:** En nuestra población la localización izquierda de las EV como su origen epicárdico y el ancho del QRS > 150 ms son los mayores predictores de miocardiopatía inducida por arritmias con significancia estadística.

## 0357 - UTILIDAD DEL ÍNDICE DE MORRIS PARA EVALUAR SOBRECARGA AURICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL GRUPO 1

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

**POZZER, Leandro Luis** | BRITZ, Kevin Ivan | DE BORTOLI, Antonella | VILLALBA, Mariano | CORREA, Rocio Belen | LEIVA PIAZZA, Eugenio Antonio | PARRAS, Jorge

**Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"**

**Introducción:** A nivel del electrocardiograma, la despolarización auricular se ve representada por la onda P. Las sobrecargas auriculares se expresan mediante cambios en la duración y la morfología de la misma. El Índice de Morris definido como producto de la amplitud del componente negativo de la P en mm x duración en ms igual o superior a 40 mm/ms en la derivación V1, es uno de los signos más frecuentemente utilizados, con una sensibilidad de 69% y especificidad de 93% acorde comparada a los Estándares en ecografía. Los pacientes que presentan diagnóstico de hipertensión pulmonar del grupo I se caracterizan por presentar sobrecarga de las cavidades derechas, sin compromiso de la aurícula izquierda. Sin embargo, a nivel electrocardiográfico, es frecuente observar una onda P con un componente enteramente negativo en V1, cumpliendo los criterios del Índice de Morris, sin presentar alteraciones en el tamaño auricular izquierdo, siendo este resultado de alteraciones exclusivamente a nivel de aurícula y ventrículo derecho. La utilidad de este criterio en este grupo de pacientes no está bien definida, siendo propensa a errores en el diagnóstico.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre electrocardiogramas con índice de Morris positivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar del grupo 1 y prevalencia de aumento en diámetro auricular izquierdo medido por ecografía cardíaca.

**Materiales y Métodos:** En este trabajo observacional retrospectivo, unicéntrico, se evaluaron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión pulmonar del grupo 1, quienes se hayan realizado un electrocardiograma y una ecografía cardíaca entre el 1 de enero de 2017 y 1 de diciembre de 2020 en el Instituto de Cardiología de Corrientes. Los Criterios de exclusión incluyen Pacientes que no presenten ritmo sinusal, o haya sido técnicamente dificultosa por mala ventana acústica. Los resultados serán relacionados con el diámetro de aurícula izquierda mayor a 40mm, índice de aurícula izquierda mayor a 34, dilatación de cavidades derechas, en las ecografías de estos pacientes, las cuales han sido realizadas por Cardiólogos especialistas en ecografía cardíaca de la institución. La ecografía y el Electrocardiograma de 12 derivaciones de cada paciente deberán ser realizados en el mismo mes.

**Resultados:** Desde el 1 de enero de 2017 al 1 de diciembre de 2020 se analizaron un total de 23 pacientes con Hipertensión pulmonar, de los cuales 19 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La edad media fue de  $54 \pm 14.9$  años, la media de Aurícula Izquierda medida por Modo M fue de  $37.8 \pm 5.65$  y el IVAI de  $28.28 \pm 11.98$ . El eje promedio de la onda P en DII fue de  $56.37^\circ \pm 17.2^\circ$ . La duración promedio de la Onda P en DII fue de  $104.47 \text{mseg} \pm 14 \text{mseg}$ . La amplitud media de la onda P en DII fue de  $0.22 \text{mV} \pm 0.6 \text{mV}$ . La amplitud media del QRS en V1 fue de  $0.8 \text{mV} \pm 0.5 \text{mV}$ . El área negativa de V1 tuvo una media de  $0.76 \pm 0.98 \text{mVxmseg}$ . Se realizaron tablas cruzadas de 2x2 relacionando índice de Morris con AI dilatada en modo M y con IVAI mayor a 34. No se evidenció asociación significativa entre Morris y dilatación auricular izquierda por ninguno de los 2 métodos.

**Conclusiones:** A partir de las variables analizadas, se puede observar que el índice de Morris, el cual presenta una sensibilidad de 69% y especificidad de 93% comparada con los estándares en ecografía, en los pacientes que presentan hipertensión pulmonar del grupo uno, en esta serie de casos estudiada, presenta una sensibilidad del 25% para detectar IVAI por encima de 34. Esto confirma la hipótesis de que este índice, pierde su utilidad en los pacientes con hipertensión pulmonar del grupo 1.

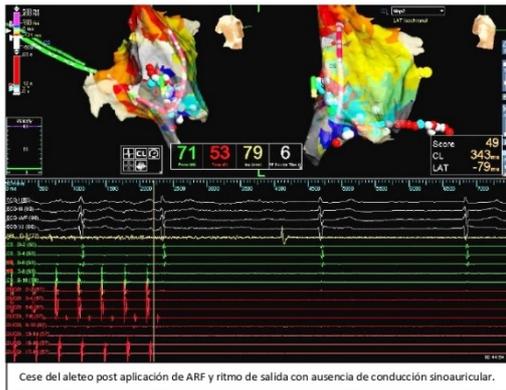
## **0599 - ALTERACION EN EL SISTEMA DE CONDUCCION EN POST ABLACION DE ALETEO AURICULAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

MOINO, Janina | AGÜERO, Pablo | DI TOMMASO, Fernando | FITZ MAURICE, Mario Daniel

Hospital General de Agudos B. Rivadavia

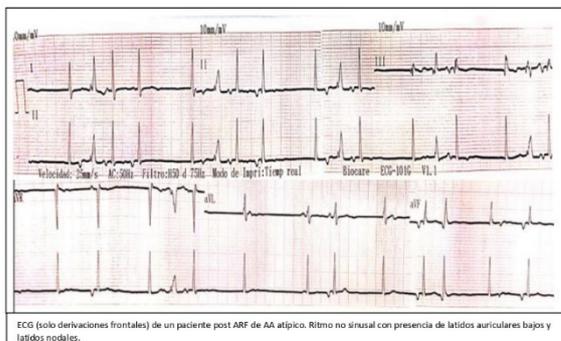


Cese del aleteo post aplicación de ARF y ritmo de salida con ausencia de conducción sinoauricular.

**Introducción:** La ablación con catéter se considera la terapia de primera línea para el tratamiento de las taquicardias auriculares macroreentrantes (TAMR) ya sea aquellas istmo cavotricuspidé (ICT) dependiente y aquellas en la que el istmo no participa en el circuito de la reentrada. La ablación de las TAMR es segura en general, y los riesgos son similares a los de las ablaciones más rutinarias. Sin embargo, las TAMR no ICT dependiente también llamados aleteos auriculares (AA) atípicos, presentan más dificultades, siendo necesarias múltiples técnicas de mapeo para la identificación de las zonas críticas de conducción, resultando en alta tasa de recurrencia y resultados inciertos que en la mayoría de los casos depende de la patología subyacente. Es muy frecuente la aparición de esta arritmia en pacientes sometidos a atriomías en contexto de cirugía cardíaca así como también la aparición de alteraciones en el sistema de conducción en algún momento de su evolución post quirúrgica.

**Objetivos:** Describir los resultados de la ablación por radiofrecuencia en pacientes con aleteo auricular atípico y su relación con la presencia de enfermedades subyacentes.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo y corte transversal, por medio del cual se analizaron los resultados de los procedimientos de ablación por radiofrecuencia (ARF) en pacientes con diagnóstico electrofisiológico de AA atípico durante el periodo comprendido entre enero de 2020 hasta febrero de 2022. Los datos fueron recabados de una base de datos de un servicio de electrofisiología.



ECG (solo derivaciones frontales) de un paciente post ARF de AA atípico. Ritmo no sinusal con presencia de latidos auriculares bajos y latidos nodales.

**Resultados:** Se incluyeron datos de 7 casos de ablación de AA atípico, el 71% de ellos eran hombres y la media de edad fue de 60 años. El 42,8% correspondió a casos de recidiva, uno de ellos con dos ARF previas. Todos los pacientes presentaron TA macroreentrante de aurícula derecha. El total de los casos tuvo una tasa de éxito agudo del 100% para reversión de la arritmia post aplicación de radiofrecuencia. Tres de ellos presentaron complicaciones inmediatas post procedimiento relacionadas con alteraciones en la conducción sinusal, requiriendo uno de ellos la necesidad de colocación de un marcapasos transitorio. Este tipo de complicaciones solo se presentó en los tres pacientes con AA de tipo incisional debido al antecedente de comunicación interauricular (CIA) con corrección quirúrgica en la infancia.

**Conclusiones:** El antecedente de CIA corregida quirúrgicamente independientemente del tipo de sutura se relacionó con la aparición de complicaciones en la conducción eléctrica post ablación por radiofrecuencia en pacientes con aleteo auricular atípico de tipo incisional.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología*

AGÜERO, Pablo | DI TOMMASO, Fernando | FITZ MAURICE, Mario Daniel | MOINO, Janina | RIVET, Mariano

Hospital General de Agudos B. Rivadavia

**Introducción:** Desde diciembre del 2019 la comunidad médica está enfrentado uno de los retos más difíciles de la historia moderna; la infección respiratoria aguda por el virus SARS-CoV-2, nombrada como COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud. Aunque sus manifestaciones clínicas son mayormente respiratorias, se ha reportado un creciente número de casos con arritmias cardíacas de diversa índole, que en no pocas ocasiones han estado asociadas a mal pronóstico sobre todo en pacientes admitidos en unidades de cuidados intensivos (UCI).

**Objetivos:** Conocer la relación entre la infección por SARS-CoV-2 y la aparición de fenómenos de bradicardia, su asociación con otras complicaciones así como su impacto en el pronóstico de pacientes internados en un Unidad de Cuidados Intensivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, con inclusión consecutiva de 170 pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde julio del 2020 a junio del 2021. Definimos bradicardia a la presencia de una frecuencia cardíaca menor de 60 lpm en 2 o más ocasiones, y durante más de 4 horas. El análisis estadístico se realizó con el Software SPSS.

**Resultados:** De los 170 pacientes, 59% fueron hombres. La media de edad fue de 60.9 +/- 15.1 años. Entre los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes encontramos la hipertensión arterial (35.9%) y obesidad (23,6%). La media de tiempo desde la fecha de inicio de los síntomas a su ingreso a UCI fue de 4.02 +/- 3.1 días, y de 10.1 +/- 3.2 días al inicio de la bradicardia. Un 63.1% requirió asistencia ventilatoria mecánica. La mediana de los días de internación fue de 10 (5-20) días. Entre las complicaciones más frecuentes encontramos la neumonía asociada a los cuidados de la salud, la insuficiencia renal (39.5%) y la bradicardia (19%). 58.5% requirieron uso de vasopresores. La mortalidad total representó un 49.2% de la muestra. La frecuencia cardíaca media al ingreso fue de 85.6 +/- 22.9 latidos por minuto. De los pacientes que evidenciaron episodios de bradicardia no encontramos diferencias en lo que refiere a factores de riesgo ni antecedentes. Tampoco encontramos diferencias con la aparición de complicaciones durante la internación. Aquellos pacientes que requirieron asistencia ventilatoria mecánica tuvieron mayores episodios de bradicardia de manera estadísticamente significativa. Asociado a esto, se observó mayor incidencia de bradicardia asociado al uso de fentanilo, así como aumento de la misma con el cambio de analgesia. Los niveles los marcadores inflamatorios no mostraron asociación con los episodios de bradicardia. Tampoco encontramos asociación entre estos episodios y la duración de la internación ni de la mortalidad.

**Conclusiones:** En nuestra revisión no encontramos diferencias en lo que respecta a factores de riesgo ni antecedentes entre los pacientes que evolucionaron con episodios de bradicardia. Tampoco encontramos diferencias en las complicaciones durante la internación ni en la mortalidad total. Donde encontramos diferencias fue en la necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, asociado probablemente al uso de analgésicos (en este caso fentanilo) ya que su cambio por otro grupo de analgésicos se asoció a aumento de la frecuencia cardíaca. Podemos concluir que si bien sabemos que la infección por SARS-CoV-2 se encuentra asociada a la aparición de arritmias, en nuestro trabajo no hemos podido demostrar una relación directa con la aparición de bradicardia, ni tampoco que estos pacientes presenten una peor evolución.

## **0005 - VARIABLES HEMODINAMICAS Y ECOCARDIOGRAFICAS NO CONVENCIONALES EN LA VALORACION DE RIESGO EN PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR PRECAPILAR ¿CUAL ES EL IMPACTO DE LA TERAPIA VASODILATADORA EN HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR PRECAPILAR?**

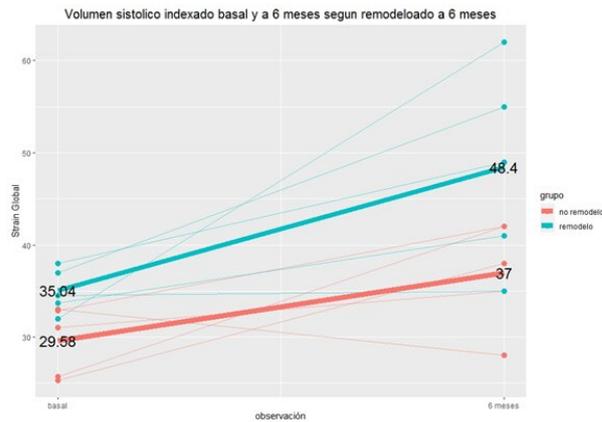
*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Enfermedad Vasculiar Pulmonar*

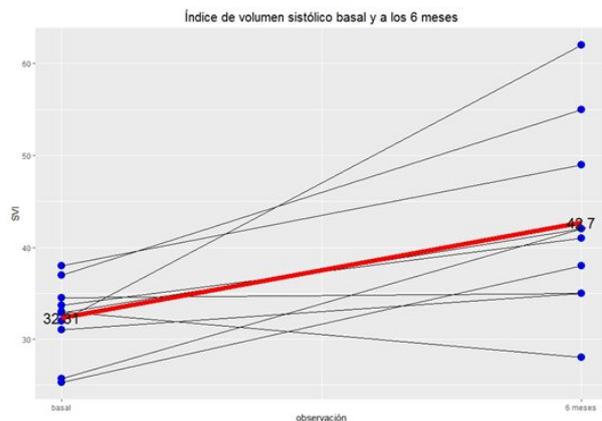
*Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca*

D'AMELIO, Nicolas Matías | KAPLAN, Paula | DINI, Andres | MONTOYA, Fabiana | **AGUIAR, Ayelen Daniela** | CARBAJALES, Justo | SOUTO, German Job | SIVORI, Martin

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía



**Introducción:** El VD(ventrículo derecho) juega un rol importante en la fisiopatología de la HTP(hipertension pulmonar), siendo la disfunción del VD la principal causa de muerte en pacientes con HTP precapilar; tal es así que la insuficiencia del VD demostró ser un fuerte marcador pronostico en estos pacientes. Weatherald et al, demostró la utilidad de Stroke volumen index (SVI) como marcador pronóstico de mortalidad o necesidad de trasplante en pacientes con HTP idiopática, hereditable y asociada a drogas y toxinas. Tatsuro et al, evidencio la utilidad del ITSVD (Índice de trabajo sistólico del ventrículo derecho) como marcador pronostico en pacientes con HTP precapilar. El remodelado reverso del ventrículo derecho(RRVD) tiene valor pronóstico en HTP. Badagliaca y col. Demostraron que la falta de RRVD se comporta como predictor independiente de eventos de morbimortalidad en pacientes que recibían terapia vasodilatadora específica.



**Objetivos:** Objetivo primario: evaluar el impacto de la terapia vasodilatadora específica sobre el RRVD, SVI e ITSVD en pacientes con hipertensión pulmonar precapilar, grupo 1 y 4 de la clasificación Niza 2018. Objetivos secundarios: evaluar asociación entre ITSVD, SVI según aquellos pacientes que alcanzaron el RRVD y en los que no.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo y descriptivo. Inclusión: pacientes en grupo 1 y 4 de HTP, con terapia vasodilatadora estable, con cateterismo cardiaco derecho y ecocardiograma. Se estratifico el Riesgo con calculadora Reveal 2.0. Se analizaron las siguientes variables en tiempo 0 y a los 6 meses: Ecocardiográficas: AAD, AFdVD y IE. La presencia de RRVD positivo se estableció mediante la reducción de  $-2.45 \text{ cm}^2$ ,  $-1.30 \text{ cm}^2$  y  $-0.12 \text{ cm}^2$  para AFdVD, AAD e IE respectivamente de las tres variables. Hemodinámicas: SVI, ITSVD Score Reveal 2.0 Las variables numéricas se resumen a través de la media aritmética. Las diferencias entre los periodos de tiempo y entre grupos se analizaron mediante test de Student para datos apareados en el primer caso y para datos independientes en el segundo respectivamente.

**Resultados:** Se analizaron 10 pacientes. Mediana de edad fue de  $43 \pm 15$ . 70% sexo femenino. Etiología: 60% HTP idiopatica. El SVI basal: media de 32.3 y a 6 meses: 42.7,  $p= 0.0086$ . Diferencia Basal-6 meses: 10.4 IC95% (3.4; 17.4). El ITSVD bsal: media de 18.57 y a 6 meses 0.19,  $p= 0.92$ . Diferencia Basal-6 meses: 0.19 IC95% (-3.7; 4.2). Al analizar SVI y RRVD +: media: 13.36 y RRVD -: 7.42,  $p=0.37$

**Conclusiones:** No se observaron cambios significativos en el ITSVD entre la medición basal y a los 6 meses de tratamiento, pero podemos destacar que a los 6 meses de tratamiento todos los pacientes se encontraban por debajo de  $19.7 \text{ g} \cdot \text{m}^2 / \text{latido}$ , punto de corte utilizado en la literatura internacional y asociado a eventos de morbimortalidad. Se observó un aumento significativo en el SVI entre la medición basal y la medición luego de 6 meses de tratamiento para todos los pacientes, la cual, si bien fue de 13.36 unidades para los que presentaron remodelamiento del VD al final del periodo y de 7.42 unidades para los otros, no alcanzó significación estadística.

Se requerirá observar mayor número de pacientes para alcanzar una potencia necesaria para evidenciar dicha diferencia si esta fuera real.

## **0212 - CATETERISMO CARDÍACO DERECHO A TRAVÉS DE ABORDAJE POR VENA CEFÁLICA O BASÍLICA EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Enfermedad Vasculiar Pulmonar*

*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

**DINI, Andrés Enrique** | D´AMELIO, Nicolas | KAPLAN, Paula | STÜRMER RAMOS, Cristiano | SOMMI, Alan Adrian | BANDIERI, Jorge | SIVORI, Martin | CARBAJALES, Justo

**Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía**

**Introducción:** El cateterismo cardíaco derecho (CCD) en la hipertensión pulmonar (HP) es utilizado para definir el diagnóstico, clasificación, pronóstico y eventual tratamiento de esta enfermedad. En este procedimiento invasivo se realizan registros de presiones de arteria y capilar pulmonares, medición de volumen minuto y sus correspondientes cálculos hemodinámicos, y otras evaluaciones como pruebas de sobrecarga hídrica, vaso-reactividad y angiografía selectiva pulmonar si es necesario. Las vías de abordaje habituales son la vena yugular interna y vena femoral común. En los últimos años hemos incorporado el abordaje por punción a través de las venas cefálica o basilica del sistema venoso superficial del miembro superior.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de los CCD llevados a cabo dentro del Programa de Hipertensión Pulmonar del Hospital.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de 55 CCD en 46 pacientes (p) dentro del programa de estudio y evaluación de HP en el periodo de julio/2019 a abril/2022 (un p fue excluido del análisis por haberse negado a seguir el procedimiento antes de concretar abordaje venoso). Se consignaron vía de abordaje, diámetro del introductor, confiabilidad de los resultados obtenidos (si o no), tolerancia al estudio (buena o mala) y complicaciones. No hubo sistematización en cuanto la elección de la vía de acceso. Los p dieron su consentimiento escrito para la realización del CCD. En todos los casos se utilizó catéter de Swan-Ganz. Los resultados se expresan como porcentaje para las variables categóricas y media y rango para las continuas.

**Resultados:** Se realizaron 55 procedimientos en 46 p. Sexo femenino: 62,5%. Edad: 52,2 (18-76) años. Abordaje venoso: vena cefálica 49.1% (27/55), vena basilica 23.6% (13/55), vena femoral: 25.5% (14/55), vena yugular interna: 1.8% (1/55). En 4 de los 55 CCD (7.3%) se requirió cambio de abordaje: 2 de vena cefálica derecha a vena cefálica izquierda, 1 de vena cefálica derecha a vena femoral izquierda, 1 de vena basilica derecha a vena femoral derecha. Introductor utilizado: 7F: 87.3%; 8F: 12.7%. En 9 p se realizó más de un CCD durante el periodo de inclusión. Todos los CCD realizados se concretaron con buena tolerancia, sin complicaciones y con resultados confiables. Los p en quienes se efectuó abordaje por vena cefálica o basilica tuvieron una deambulaci3n precoz con respecto de aquellos en quienes se realizó abordaje por vena femoral o yugular.

**Conclusiones:** El abordaje por vena cefálica o basilica para la realizaci3n del CCD result3 segura y eficaz y con resultados confiables. La incidencia de cambios de accesos venosos fue muy baja (menos 10%). La posibilidad de la deambulaci3n inmediata se agrega a las facilidades que brinda el abordaje por miembro superior.

## **0215 - TRATAMIENTO DE LA IC CON FEY REDUCIDA EN LA UIC DEL HIGA EVITA DE LANÚS. EXPECTATIVA VERSUS REALIDAD.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

**TANTALEAN DIAZ, Sandra Karina** | BAUZÁ LEDESMA, María Cecilia | FERNANDEZ, Susana | ORTIZ, Patricia Laura

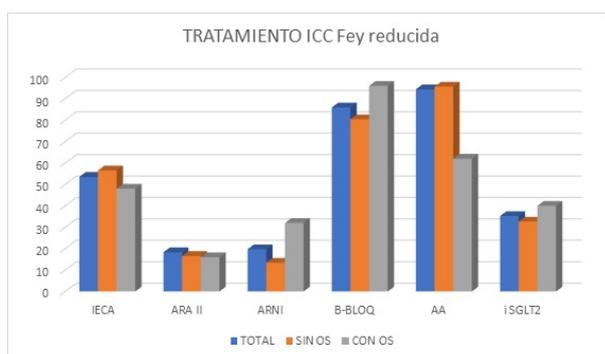
**Hospital General de Agudos Evita (Ex Araoz Alfaro)**

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo, que se caracteriza por la progresión de los síntomas que llevan a re-internaciones frecuentes, con deterioro en la calidad de vida y elevada tasa de mortalidad, representando un importante problema socio-sanitario. En la guía de IC de la SAC del 2016, la prevalencia de la insuficiencia cardíaca se situó alrededor del 1 al 1.5%. Siendo la principal causa de descompensación el incumplimiento de las indicaciones médicas, tanto en las medidas higiénico-dietéticas como

en lo farmacológico, representado aproximadamente el 30 al 40 % de las re-internaciones, lo que conlleva altísimos costos en la salud pública. Las nuevas guías de IC han incorporado tratamientos secuenciales basados en 4 pilares fundamentales, incluyendo a los ARNI e iSGLT-2, los cuales tienen gran impacto económico, escasa cobertura por parte de las Obras sociales y pobre abastecimiento de fármacos hospitalarios lo que dificulta el acceso a dicha medicación crónica.

**Objetivos:** Evaluar el tratamiento farmacológico Clase I de los pacientes con IC con Fey reducida (< 40%) de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) del HIGA Evita de Lanús.

**Materiales y Métodos:** Se analizó la base de datos de los pacientes de la UIC desde enero de 2019 hasta abril de 2022, con un total de 115 pacientes, de los cuales 71 (61,7%) pacientes tenían IC con Fey reducida. Se hizo énfasis en el tratamiento farmacológico de este grupo.



**Resultados:** En el grupo de pacientes con IC con Fey reducida se observó que un 53.5% (38) recibían IECA / 18.3% (13) ARAII / 19.7% (14) ARNI / 85.9% (61) betabloqueantes / 94.36% (67) antialdosteronicos / 35.2% (25) iSGLT-2. Diversos ensayos clínicos demostraron que el tratamiento con IECA o ARA-II, betabloqueantes y antialdosteronicos reducen significativamente la morbimortalidad de este grupo de pacientes. En los últimos años se han incorporado otras dianas de tratamiento como Sacubitrilo-Valsartan (ARNI) y los iSGLT-2, que mostraron beneficios en morbilidad y en disminución de reinternaciones hospitalarias. En nuestro grupo de pacientes con IC Fey <40%, el 35.2% (25) tienen Obra social, como ser PAMI (29.57%, 21), PROFE (4.2%), IOMA (1.4%); y un 64.78% (46) carecen de la misma. Se ha observado una escasa adherencia a los nuevos fármacos, iSGLT-2 y ARNI, que podría estar relacionado con un elevado costo de la farmacoterapia de la IC y la pobre cobertura de las obras sociales.

**Conclusiones:** Los recursos públicos son limitados, y requieren un uso apropiado y una adecuada distribución de los fármacos. En la práctica diaria se ajusta el tratamiento de acuerdo a las posibilidades de cada paciente. El deterioro de la calidad de vida y la alta morbimortalidad que llega a 75% a los 5 años, representa un importante problema sociosanitario, remarcando la falta de programas y políticas de salud que incluyan y aseguren el tratamiento en los pacientes con IC que en ciertos casos tienen un pronóstico peor que el de algunos cánceres. Es necesaria la problematización de esta realidad para poner en agenda e implementar programas de IC que garanticen la accesibilidad a estos tratamientos de gran impacto sobre la salud de estos pacientes y de indicación Clase I en las guías nacionales e internacionales.

## 0347 - OCTOGENARIOS CON IC AGUDA: PREDICTORES DE MORBIMORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

FERRUFINO, Jose Cristian | SUSHEK, Sol | IGLESIAS, Daniel | LEONARDI, Mariela Susana | CHIRINO NAVARTA, Daniel | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

**Introducción:** La prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca aguda aumenta exponencialmente en mayores de 70 años. La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una de las principales causas de internación en pacientes añosos, presentando elevadas tasas de reinternación y mortalidad. A pesar de los múltiples ensayos de terapias prometedoras, el tratamiento estándar durante la internación se ha mantenido prácticamente sin cambios durante los últimos 45 años. La edad es uno de los principales factores pronósticos en la ICA, siendo parte de numerosos scores de riesgo. Los pacientes octogenarios representan un subgrupo de alto riesgo cada vez más prevalente.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio es Identificar factores de morbilidad intrahospitalaria en pacientes octogenarios internados por ICA.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de un solo centro en Argentina donde se incluyeron pacientes consecutivos internados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) con edad mayor a 80 años. Se evaluaron variables clínicas, de laboratorio, electrocardiograma y la función ventricular. Se consideró como punto final primario fue de mortalidad intrahospitalaria y secundario de requerimiento de ARM, inotrópicos y diálisis durante su internación.

**Resultados:** Se incluyeron 222 pacientes con una edad de  $86 \pm 4$  años, 40% mujeres. (n=90). El 48% presentó función ventricular conservada, el 21% levemente deteriorada y el 31% reducida. La mortalidad intrahospitalaria fue de 5.8% (n=13) y el punto secundario se observó en el 17.1% (O=38). Respecto la mortalidad intrahospitalaria, sólo la uremia al ingreso resultó predictor independiente: OR: 101 (IC95% 1.001-1.03), p=0.02. Mientras que, para el punto secundario, la uremia al ingreso y la Función ventricular reducida fueron predictores independientes en el análisis multivariado (OR 1.02 IC95% 1.01- 1.03), p=0.001 y OR 2.0 (IC95% 1.01- 4.3), p=0.04; respectivamente)

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes octogenarios internados por ICA, la mortalidad fue cercana al 6% con una elevada tasa de complicaciones. La uremia al ingreso fue predictora independiente de mortalidad, mientras que para el punto secundario, tanto la uremia como la función ventricular reducida (<40%) fueron predictores independientes.

## 0443 - EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA, ANALISIS DE CALIDAD Y COSTOS AL EGRESO DE UCO.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Políticas de Salud

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

NOVIELLI, Diego Sebastián | PALACIO, Roxana | COMMIDARI, Cristian Eduardo | ALLENDE, Norberto Gustavo | SOKN, Fernando José

Clínica IMA Adrogé

Ingreso	Frec. Abs	%	Egreso	Frec. Abs	%
BB<50%	20	46.6%	BB<50%	48	40%
BB>50%	61	53.3%	BB>50%	65	54.1%
IECA/ARA <50%	28	23.3%	IECA/ARA 2<50%	29	24.3%
IECA/ARA >50%	40	33.3%	IECA/ARA 2 >50%	64	53.3%
ARNi	5	4.1%	ARNi	9	7.5%
MRA SI	32	73.3%	MRA SI	80	66.6%
MRA NO	88	26.6%	MRA NO	40	33.3%
OTROS	0	0%	ISGLT2 SI	2	2.4%
	120	99.9%	ISGLT2 NO	118	97.6%
Score Ingreso	2.8	(8192.45)	Score egreso	4.8	(6682.48)

**Introducción:** En las últimas guías sobre insuficiencia cardiaca presentadas en las sociedades internacionales se recomienda el tratamiento medico optimo incluyendo las últimas drogas aprobadas como resultado de la evidencia científica.

IECA/ARA2 + BB (Dosis Intermedia)	\$1982,45
IECA/ARA2 + BB + MRA (Dosis intermedia)	\$4.028,15
BB+ IECA/ARA2+ MRA (Dosis Completa)	\$6682,48.
BB+ MRA+ ISGLT-2 + ARNI	\$29681,07
BB+ MRA+ ISGLT-2 + ARNI+ AAS+ Estatinas+ Biguanidas	\$ 40.743,97

**Objetivos:** objetivo fue evaluar la calidad y costo del tratamiento según el Score publicado en JACC Marzo/2022 desarrollado por un consorcio de investigadores, FDA e industria de los pacientes al egreso en calidad moderada y óptima.

**Materiales y Métodos:** Se analizó desde nuestra base de datos, los pacientes ingresados de forma consecutiva con diagnóstico de IC en UCO; En el mismo se consignaron los datos clínicos, resultados de estudios complementarios, así como tratamiento (Tto) previo al ingreso del paciente y las indicaciones al alta. Se utilizó el Score propuesto para cuantificar el Tto previo a su ingreso y compararlos con el Tto de egreso. Para el análisis

se utilizó test de T de muestras apareadas. Se evaluó los valores de fármacos de laboratorios nacionales de amplia disponibilidad en el mercado.

**Resultados:** Se analizó un total de 125 pacientes consecutivo, durante el período de 01/2020 al 03/2022, la edad media fue de 71.3 (+/- 8) años, siendo la mayor población de sexo masculino (69.02%), con promedio de nueve días de internación, el 74% de los pacientes eran diabéticos. Las características basales del Tto previo, al alta y costos de cada de los mismos, se describen en la tabla 1 y 2. Luego de la internación se observa un incremento significativo en el Score y por ende del costo, como reflejo de la adecuación del tratamiento al alta del paciente. Un 64% de los pacientes al ingreso presentaba tratamiento Inadecuado o ningún tratamiento, un 28% presentaba tratamiento a mitad de dosis tanto de IECA/ARA2 + BB, el cual hace a un gasto total de \$1982,45 y \$4.028 con MRA. En comparación los pacientes que reciben dosis óptimas al egreso de BB+ IECA/ARA2+ MRA son 24 (20%), donde asciende al costo de \$6682,48. La tasa de uso de las drogas más recientemente aprobadas: ARNI y SGLT2, sigue siendo muy baja y de alto costo para la población del conurbano bonaerense la cual asciende a \$29681,07. En el análisis de costos no se evaluó otros medicamentos de los cuales pacientes con alto riesgo cardiovascular se beneficiarían, como el Acido Acetil Salicílico, Biguanidas y Estatinas donde escalaría a la suma de \$ 40.743,97.

**Conclusiones:** Se observa que el tratamiento médico basado en guías es 400% más caro del tratamiento médico optimo conocido como "antiguo". Debe considerarse la posibilidad de adherencia a regimenes complejos.

## **0504 - COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA DIURÉTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON Y SIN DETERIORO DE LA FSVI**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

MERETTA, Augusto | FAIRMAN, Enrique | MAURO, Victor | CHARASK, Adrian | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | ANQUIZ DORADO, Abdiel Mateo | ABBATE, Natasha | BARRERO, Carlos Manuel

**Clínica Bazterrica**

**Introducción:** En los pacientes admitidos por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD), la descongestión es el principal objetivo terapéutico y el uso de diuréticos constituye el tratamiento de rutina. La respuesta al tratamiento diurético es un paso fundamental para la descongestión de los pacientes. Se desconoce si la respuesta diurética varía en los pacientes con y sin deterioro de la función ventricular izquierda (FSVI).

**Objetivos:** Evaluar la respuesta diurética en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada con o sin deterioro de la FSVI frente al mismo tratamiento diurético.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados consecutivamente con diagnóstico de ICD entre marzo-agosto 2019. Se incluyó pacientes mayores de 18 años con ICD con clínica y biomarcadores positivos (BNP > 100 pg/mL / NT-proBNP > 300 pg/mL). Al ingreso, luego de evacuar la vejiga, se les administró 40 mg de furosemida endovenosa a todos los pacientes y se cuantificó la respuesta diurética a las 6 hs como volumen urinario total en mL y diuresis > a 150 ml/h. Se definió deterioro de la FSVI (FSVI<sub>d</sub>) a aquellos pacientes que tuvieran una FEy <45%, mientras que el resto fueron catalogados como preservados (FSVI<sub>p</sub>). Se excluyeron pacientes con filtrado glomerular <30 ml/min (calculado por CKD-EPI), infusión de contraste endovenoso, administración de furosemida endovenosa antes de ingresar al estudio, necesidad de aumentar dosis de furosemida dentro de las primeras 6 horas, shock cardiogénico y por datos insuficientes.

ANTECEDENTES	FSVI PRESERVADA o LEVE (N = 17)	FSVI DETERIORADA (N = 24)	P =
Edad - mediana (RIC 25-75)	81 (RIC 68-87)	75 (RIC 70-85)	NS
Sexo femenino	11 (64,7%)	3 (12,5%)	0,001
HTA	16 (94,1%)	20 (83,3%)	NS
IRC	4 (23,5%)	3 (12,5%)	NS
IAM PREVIO	4 (23,5%)	8 (33,3%)	NS
TAS mmHg - mediana (RIC 25-75)	150 (120-170)	150 (130-160)	NS
Creatinina plasmática mg/dL mediana (RIC 25-75)	0,86 (0,77-1,29)	1,21 (0,9-1,54)	0,034
TTO PREVIO	FSVI PRESERVADA o LEVE (N = 17)	FSVI DETERIORADA (N = 24)	P =
AAS	7 (41,2%)	9 (37,5%)	NS
IECA	2 (11,8%)	6 (25%)	NS
ARA2	4 (23,5%)	6 (25%)	NS
βB	14 (82,4%)	15 (62,5%)	NS
AntiALD	4 (23,5%)	4 (16,7%)	NS
FUROSEMIDA	8 (47,1%)	6 (25%)	NS
RESULTADOS	FSVI PRESERVADA (N = 17)	FSVI DETERIORADA (N = 24)	P =
Diuresis 6 hs: mediana en mL (RIC 25-75)	850 (600-1100)	1300 (925-2025)	0,032
Diuresis > 150 ml/h	8 (47,1%)	19 (79,2%)	0,048
Volumen urinario menor a 1.5 ml/kg/h	5 (29,4%)	3 (12,5%)	NS
FeNa Ingreso < 1	12 (70,6%)	11 (45,8%)	NS
FeNa 2 hs < 1	11 (64,7%)	4 (16,7%)	0,003

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes. Se observó una mayor prevalencia de mujeres con FSVIp: 11 (64,7%) vs 3 (12,5%) p = 0,001, con una mayor edad media 81 vs 75 años (P = NS) y mayor porcentaje de pacientes con hipertensión arterial 94,1% vs 83,3% (P= NS). Existió una mediana de volumen urinario menor en aquellos pacientes con FSVIp: 850 vs 1300 mL (P = 0,032), así como una menor cantidad de pacientes con diuresis <150 ml/h (47,1% vs 79,2% P = 0,048). Esto se vio acompañado de una mayor tasa de aumento del FeNa a las 2 hs (ver tabla).

**Conclusiones:** En los pacientes con FSVIp se comprobó una menor respuesta diurética, así como un menor incremento del FeNa. El perfil clínico de estos pacientes comprendía una población con menor proporción de hombres y con menor creatinina basal. Una explicación posible para este hallazgo podría ser que el mecanismo congestivo subyacente probablemente fue a predominio de redistribución de volumen mientras que en los pacientes con FSVIr podría haber sido la sobrecarga hídrica, explicando los resultados observados.

## 0141 - REGISTRO DE ENFERMEDAD CARDIACA VALVULAR EN UN CENTRO DE BUENOS AIRES

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Valvulopatías*

*Unidad Temática 2: Valvulopatías*

NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | REYNOSO, Carolina Giselle | **TRESENZA, Giuliana Ayelén** | COLLA, Carlos Julián | LAX, Jorge | KAZELIAN, Lucía Raquel | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción:** La enfermedad cardíaca valvular (ECV) es un factor importante que contribuye al deterioro de la clase funcional, la calidad de vida y la longevidad. En el siglo pasado, se produjo un cambio sustancial en el espectro de la ECV. La degeneración valvular relacionada con la edad reemplazó a la enfermedad valvular reumática como causa predominante de disfunción valvular en los países desarrollados y, por lo general, se ve representada por la estenosis aórtica (EAo) o por la insuficiencia mitral (IM).

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar en un grupo consecutivo de pacientes (p.) con ECV internados en nuestro hospital, sus características clínicas, ecocardiográficas y la evolución en relación con los eventos intrahospitalarios, fundamentalmente el requerimiento de tratamiento quirúrgico y la mortalidad.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un registro retrospectivo en un centro de CABA, que incluyó a 357 p. que se internaron con diagnóstico de ECV, desde julio de 2018 hasta noviembre de 2021. Se analizaron las características clínicas de los p. al momento de la internación, los motivos de internación, así como los datos ecocardiográficos, severidad de las valvulopatías, el tratamiento médico y quirúrgico realizado, así como la mortalidad. Análisis

estadístico Las variables continuas fueron expresadas como media  $\pm$  desvío estándar (DE) o mediana e intervalo intercuartilo (IIC) según su distribución. Las variables categóricas se expresaron mediante número y porcentaje. Se utilizó el test de Fisher para las variables categóricas y el test de t para las variables continuas, según correspondiera. Se utilizó para el análisis el programa Epi Info versión 3.5.4. Se consideró significativo un valor  $p < 0.05$ .

**Resultados:** De un total de 357 p., 216 eran de sexo masculino (60.5%) con una edad promedio de  $59.8 \pm 16.3$  años. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea (65%), angor (12%), fiebre (7.5%) y síncope (3%). La valvulopatía más frecuentemente reportada fue la EAo en 170 p. (48%), seguido de la IM (30%) insuficiencia aórtica (25%) e insuficiencia tricuspídea (21%). 84 pacientes (24%) presentaron valvulopatía combinada doble, y la asociación más reportada fue la enfermedad mitroaórtica (32%) La etiología más frecuente de ECV fue la esclerodegenerativa en 130 p. (37.36%), seguido de la valvula aortica bicuspide (14.6%) y reumática (10%). En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares convencionales, la hipertensión arterial fue el más frecuente, observándose en 201 p. (56%), seguido del tabaquismo (33%) y dislipemia (21.5%). La serología de Chagas fue positiva en 30 p. (8%). 84 p. (23.5%) presentaron antecedentes de enfermedad coronaria. 215 p. (60%) tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca; 115 (32%) presentaron arritmias y 30 (8%) shock cardiogénico. 30 pacientes (8%) tenían colocado un marcapasos definitivo, 15 (4%) un cardiodesfibrilador implantable y 2 (0.5%) un resincronizador. Respecto al tratamiento farmacológico, 180 p. (50%) utilizaban beta bloqueantes, 174 (49%) IECA/ARA II, 166 (46.5%) furosemida, 118 (33%) anticoagulación oral, 112 (31%) aspirina, 111 (31%) antialdosterónicos, 117 (34%) estatinas, 26 (7%) bloqueantes cálcicos, y 8 (2%) digoxina. Durante el seguimiento 56 p. (16%) requirieron inotrópicos, y la mortalidad reportada fue del 11.5% (41 p.). Se indicó tratamiento quirúrgico convencional en 82 p. (23%), 49 por vía endovascular (14%) y 1 (0.2%) requirió trasplante cardíaco.

**Conclusiones:** En este registro detectamos un cambio sustancial en el espectro de la ECV. La degeneración valvular relacionada con la edad reemplazó a la enfermedad valvular reumática como causa predominante de disfunción valvular y, se vio representada por la EAo y la IM. Esto puede deberse a la mejora de la sobrevida y el envejecimiento de la población.

## **0200 - "EVENTOS CARDIOCEREBROVASCULARES (MACCE) DE PRESENTACION CERCANA A LA ULTIMA CONSULTA DURANTE UN PLAN DE PREVENCION CARDIOVASCULAR PRIMARIA –RIESGO DE EVENTOS"**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

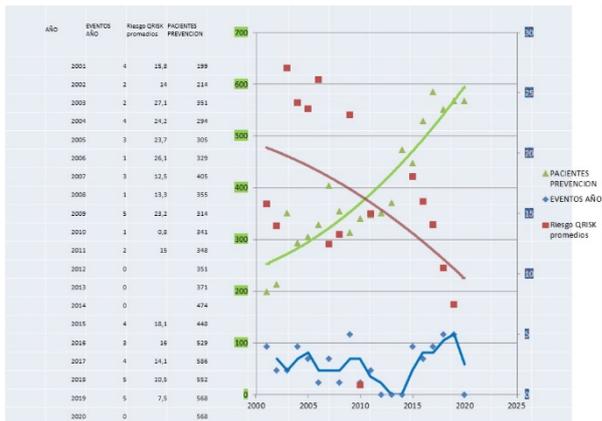
**ABRIATA, Daniel José** (1) | CAMINOS FUNDARO, Mario Exequiel(1) | ROMERO VILLAFANE, Marina(1) | BOCIÁN, Jorge Luis(2) | TREVISAN, Mariano(2) | GODOY, Casandra(1) | ROMERO, Horacio Aurelio(1) | GRILLI, Jorge Oscar(1)

**HOSPITAL PRIVADO REGIONAL DEL SUR (HPR) DE BARILOCHE (1); Sanatorio San Carlos (2)**

**Introducción:** La prevención primaria de la manifestación clínica de la enfermedad cardiovascular es crucial dada la alta letalidad de esta patología.

**Objetivos:** Conocer el riesgo de sufrir un evento cardiocerebrovascular mayor ( Major Adverse Cardiocerebrovascular Event MACCE ) de los pacientes que se encontraban en plan de prevención cardiovascular primaria.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se registró prospectivamente una población de 2698 pacientes, de entre 40 y 79 años. Se registró en forma consecutiva a todos los pacientes que acudían al Servicio de Cardiología para consulta para prevención cardiovascular primaria. Paralelamente se comenzó un registro prospectivo de la ocurrencia de MACCE en esta cohorte. Para el presente estudio se seleccionaron los casos de MACCE que ocurrieron dentro de los 365 días (1 año) desde la última visita al Servicio de Cardiología .Se recolectaron datos clínicos y de los estudios complementarios. Se definió a control/año a una visita registrada por año calendario .



**Resultados:** Se registraron 49 MACCE. Los MACCE registrados fueron SCA 25 (51%), ACV 10 (20%), muerte súbita 9 (18%), síndrome aórtico 3 (6%), y takotsubo 2 (4%) Los 49 MACCE registrados generan un promedio de 2.45 episodios por año de registro que representa un riesgo de 1.82% de eventos/año (en los 2698 pacientes de la cohorte) que extrapolado a 10 años indica un riesgo de 18.2%. El riesgo PCE a 10 años en la última consulta de los pacientes con MACCE fue promedio  $16.61\% \pm 12.29$  rango 0.8-53.4 De los 7334 controles/año en esta cohorte, 1 de cada 149.67 controles/año de prevención cardiovascular presentó un MACCE en los siguientes 12 meses de su última consulta. Del riesgo de la población y del número de pacientes evaluados surge el número de eventos:

**Conclusiones:** . De acuerdo a nuestro registro, la aparición de MACCE dentro los siguientes 12 meses a la última de consulta por prevención cardiovascular primaria no es infrecuente y refuerza la necesidad de que cada consulta de prevención primaria sea plenamente comprehensiva (exhaustiva).

### **0354 - MASA MAGRA; EVENTOS ADVERSOS Y DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA CARDÍACA, A PROPÓSITO DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

**RIOS, Daniela Mariel** | GONZALEZ, Carlos Luis | CORONEL, Roberto | COSTA, Diego | ACOSTA, María Florencia

**Sanatorio Sagrado Corazón**

Características (n = 98)	Media ± ES, mediana (IQR) o n (%)
Edad (años)	58.87 ± 11.85
Hombres	79 (80.6%)
Clase funcional NYHA	
I	29 (37.2%)
II	32 (41.0%)
III	14 (17.9%)
IV	3 (3.8%)
Fracción de eyección ventricular izquierda	52.49 ± 12.36
Enfermedad renal crónica	8 (8.2%)
EPOC	9 (9.2%)
Diabetes (insulino-dependiente)	6 (6.1%)
Hematocrito (%)	38.29 ± 4.28
Creatinina (mg/dl)	0.98 (0.85 – 1.18)
Tipo de cirugía	
CRM	56 (57.1%)
Reemplazo valvular	24 (24.5%)
Combinado	9 (9.2%)
Bentall	2 (2.0%)
Otros	7 (7.1%)
Tiempo de circulación extracorpórea (minutos)	74.16 ± 27.13
Urgencia	
Electiva	61 (62.2%)
Urgente	35 (35.7%)
Emergencia	2 (2.0%)
Salvataje	0 (0.0%)
Uso de circulación extracorpórea (en-bomba)	73 (75.3%)
EuroSCORE	1.04 (0.68 – 1.81)
Mortalidad a los 30 días	4 (3.2%)

**Introducción:** En este estudio observacional, se estimó la masa magra corporal de pacientes en plan de someterse a cirugía cardíaca, con métodos no invasivos y se estudió su relación con la morbimortalidad en relación a la misma.

	Eventos	Masa magra (%) con evento	Masa magra (%) sin evento	valor de P
Falla Cardíaca	8 (6.5%)	74.6 ± 7.98	72.62 ± 6.26	0.45
Shock cardiogénico	16 (13.0%)	73.75 ± 9.64	72.67 ± 7.55	0.67
Vasoplejía	8 (6.5%)	70.97 ± 5.28	73.03 ± 8.06	0.37
Fibrilación auricular	27 (21.8%)	71.79 ± 8.78	73.01 ± 7.64	0.57
Mediastinitis	2 (1.6%)	68.45 ± 7.91	72.85 ± 0.64	< 0.001*
Infarto tipo V	7 (5.6%)	73.58 ± 3.69	72.73 ± 7.99	0.69
Sangrado	8 (6.5%)	68.81 ± 6.21	73.06 ± 7.91	0.13
Mortalidad a los 30 días	4 (3.2%)	63.95 ± 7.82%	72.94 ± 3.18%	0.12

**Objetivos:** Evaluar si la composición corporal presenta valor pronóstico en la cirugía cardiovascular.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional en la Unidad Coronaria de un centro de referencia de la ciudad de Buenos Aires. Mayores de 18 años en plan de someterse a cirugía cardíaca entre el 1 de Agosto de 2018 y el 31 de Julio de 2019, fueron incluidos. Pacientes en diálisis, con amputación de extremidades o dispositivos marcapasos, o aquellos quienes no dieran su consentimiento, fueron excluidos. Los valores de masa magra fueron obtenidos por medio de un analizador tetrapolar de bioimpedancia estandarizado 24 hs. previas a la cirugía, en ayunas. El punto final primario fue el tiempo de la estadía hospitalaria. Como puntos secundarios, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, vasoplejía, fibrilación auricular, mediastinitis, infarto tipo V, sangrado y muerte. Para el análisis estadístico, las comparaciones fueron realizadas con el test t de Student o de Wilcoxon, o por medio del test chi-cuadrado respectivamente. Finalmente, se construyó un modelo de regresión lineal para determinar la relación entre la masa magra corporal y los días de internación, independientemente del sexo, la edad, el IMC y el riesgo quirúrgico. Un valor de p menor a 0,05 fue considerado como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Un total de 133 pacientes fueron sometidos a cirugía cardíaca durante el período de estudio. De estos, 8 presentaron criterios de exclusión, y 1 paciente fue excluida por embarazo. De los 124 pacientes restantes, se obtuvo información completa y válida de las medidas antropométricas y composición corporal de 98 individuos. La mayoría eran hombres menores de 60 años, mayoritariamente en plan de revascularización miocárdica electiva (CRM) con circulación extracorpórea. Los datos antropométricos y su composición corporal, estratificados por el sexo, se presentan en la Tabla 2. Los hombres presentaron mayor estatura y peso que las mujeres pero con un IMC similar. Las mujeres tenían menor proporción de masa magra y mayor cantidad de grasa corporal, con la misma cantidad de agua corporal. El tiempo de estadía promedio fue de 8 días. (IQR 6.5 - 11.5). La mayoría de eventos adversos no se asociaron a menor cantidad de masa magra, aunque los casos de mediastinitis presentaban menor masa magra que aquellos que no la presentaron (Tabla 3). Hubo una significativa correlación negativa entre la masa magra y los días de internación. (Pearson's correlation coefficient

of  $-0.26$ ,  $p = 0.0019$ ). Esta asociación se mantuvo significativa tras usar el modelo de regresión lineal ajustado a edad, sexo, IMC y riesgo quirúrgico (coefficient of  $-0.19 \pm 0.08$ ,  $p = 0.002$ ). Ningún paciente con un porcentaje de masa magra mayor al 75% permaneció internado por más de 14 días. (Figura 1).

**Conclusiones:** De acuerdo con nuestros hallazgos, hay una relación entre la masa magra y los días de hospitalización en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. La masa magra podría ser un indicador de fragilidad y menor resistencia al estrés, un probable marcador pronóstico. Podemos estipular que la composición corporal, estimada mediante métodos más precisos que el IMC, podría ser un importante marcador de riesgo a la hora de optar por un procedimiento quirúrgico.

## **0371 - INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES DE MODERADO A ALTO RIESGO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA DE UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

**ANTONIOLLI, Melisa** | DESTAVILLE, Josefina | POLO TABORDA, Nelson Enrique | SOTO VILLARROEL, Yandira Evelin | MASSON, Gerardo | GONZÁLEZ, Nicolás | LAVALLE COBO, Augusto | GONZÁLEZ, Miguel Angel

**Sanatorio Finochietto**

**Introducción:** Anualmente, más de 10 millones de pacientes sometidos a cirugías no cardíacas a nivel mundial presentarán una complicación cardiovascular mayor en los primeros 30 días postquirúrgicos. La identificación de pacientes de riesgo y el adecuado manejo perioperatorio disminuyen estas complicaciones, además de reducir los días de hospitalización y los costos en salud. En este sentido, conocer las características y las complicaciones de nuestra población resulta relevante para minimizar los riesgos.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de complicaciones cardiovasculares en post operatorios de cirugías no cardíaca de moderado/alto riesgo global e identificar variables clínicas asociadas a peor pronóstico.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron retrospectivamente pacientes que consultaron a nuestro centro para valoración prequirúrgica. Se definió riesgo quirúrgico CV global moderado/alto según el consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se consideró como punto final el compuesto de complicaciones cardiovasculares (Muerte. IAM, ACV, IC, FA, TVP/TEP, requerimiento de inotrópicos). Las variables categóricas fueron expresadas como porcentajes, y las continuas como media  $\pm$  DS. Las variables categóricas fueron comparadas mediante  $\chi^2$  y las continuas mediante test de T. Un valor de  $p < 0,05$  fue considerado como significativo

Edad (media $\pm$ DS)	68,4 $\pm$ 14,6
Mujeres (%)	52,5
HTA (%)	49,7
DLP (%)	23,2
DBT (%)	23,8
TBQ (%)	10,5
Prevención 2ria (%)	24,9
IAM (%)	7,2
ATC (%)	8,3
CRM (%)	3,3
ACV (%)	7,2
EVP (%)	6,6
IC (%)	5
FA (%)	7,7
Enf valvular (%)	4,4

**Resultados:** De un total de 2556 pacientes que se realizaron prequirúrgicos entre agosto del 2021 y Marzo 2022, se seleccionaron 181 pacientes. Un 59,3% tenían riesgo global moderado (n=105) y un 40,7% riesgo alto (n=72). La edad promedio fue de 68,4  $\pm$  14,6 años, con un 52,5% de mujeres (n=95). Las características basales se muestran en la tabla 1. La prevalencia de complicaciones CV fue del 2,2% (n=4), con 1 paciente fallecido por progresión de enfermedad oncológica, 1 TEP y 2 episodios de FA. Ninguno de los eventos ocurrió en pacientes con antecedentes cardiovasculares. Dada la baja prevalencia de eventos, no pudimos identificar variables asociadas a peor pronóstico.

**Conclusiones:** En pacientes con riesgo prequirúrgico global moderado/alto, la prevalencia de complicaciones cardiovasculares fue baja, similar a lo observado en diversos registros internacionales. Debido a esta baja prevalencia, no pudimos identificar variables clínicas asociadas a mal pronóstico.

## **0610 - EVENTOS CLÍNICOS DE PACIENTES QUE CAMBIARON SU ANTIAGREGACIÓN LUEGO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

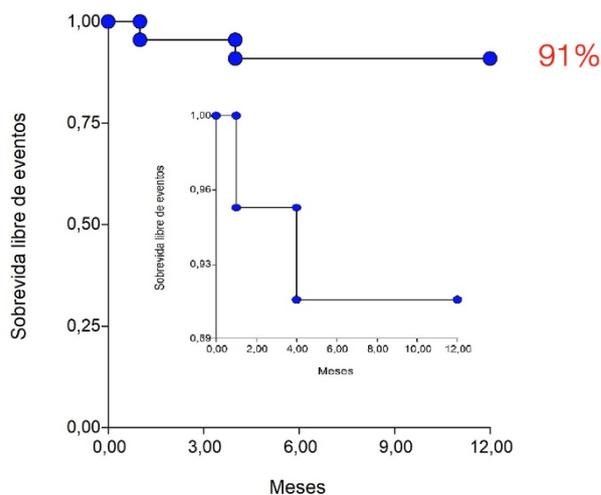
*Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica*

RUHL, Andres | SANTILLAN, Magdalena | ROSALES, Fernando | FOIA, Esteban | GARAY, Sofía | GONZALEZ MILLONE, Leticia Sabrina | ROGGERO, Matias Roggero | CONTRERAS, Alejandro

Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba

Total del pacientes con cambios de antiagregación	22
Edad Media(años)	60,5
Sexo masculino(%)	91
Tabaquismo y ex tabaquistas(%)	63,63
Hipertensión arterial(%)	45,45
Dislipemia(%)	27
Diabetes(%)	27
Obesidad	22
Insuficiencia cardíaca(%)	4,54
Transplante cardíaco	4,54
Síndrome coronario agudo(%)	50
Ticagrelor(%)	86
Desconocida y/o costo	68
Disnea(%)	18
Cambio de antiagregante en sala de hemodinamia(%)	13
Revascularización(%)	4,5
Muerte(%)	4,5

**Introducción:** Los pacientes sometidos a angioplastia coronaria con stent deben recibir doble antiagregación con aspirina más un inhibidor de P2Y12 para prevenir recurrencia de eventos tromboticos. Se favorece el uso de ticagrelor o prasugrel por sobre clopidogrel. Sin embargo, a menudo es necesario de-escalar el tratamiento hacia clopidogrel.



**Objetivos:** El objetivo fue describir la prevalencia de eventos clínicos en pacientes con de-escalación de antiplaquetarios.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes revascularizados en dos centros médicos, por síndrome coronario agudo (SCA) o angina inestable (AI), con stent coronario, entre Enero de 2018 y Diciembre de 2019 y que presentaron de-escalación del antiplaquetario dentro de los 12 meses o 3 meses del SCA o AI respectivamente. Se excluyeron quienes cambiaron antiplaquetario por uso de anticoagulación o por sangrado. Los eventos clínicos considerados en el seguimiento de 12 meses fueron muerte, infarto de miocardio tipo 1, accidente cerebrovascular, AI o revascularización y sangrados. Las variables categóricas se expresan en porcentaje, las continuas en media y DE o mediana y rango intercuartílico (según su distribución). Se usó Infostat/P.

**Resultados:** Hubo 706 pacientes analizados y 22 registraron de-escalación. La media de edad fue de 60,5 +/- 9 años, 91% hombres, 27% diabetes, 27% cardiopatía isquémica crónica y 9% asma. El motivo de angioplastia fue SCA en 50%. Se utilizó inicialmente ticagrelor en 86%. La mediana del tiempo de uso de antiagregantes potentes hasta la de-escalación fue 45 días (rango IC 30-90). Las causas principales de cambio fueron 68% desconocida y/o costos y 18% disnea. Hubo 2 eventos clínicos (9%) en el seguimiento (una revascularización y una muerte).

**Conclusiones:** La prevalencia de eventos clínicos luego de la de-escalación de antiplaquetarios es baja. Es necesario mayor número de pacientes para determinar con seguridad los mejores candidatos a usar esta estrategia

## **0627 - PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA CORONARIA AMBULATORIA EN HOSPITAL PÚBLICO DE REGION PATAGONICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica*

MEHEUECH, Pablo Oscar | MEHEUECH, Pablo Oscar

Consultorio Particular



**Introducción:** Tradicionalmente los pacientes sometidos a una angioplastia coronaria ( ATC ) electiva y no complicada son internados en una unidad de cuidados intensivos y observados durante uno o más días para control clínico y manejo de eventuales complicaciones relacionadas con el procedimiento. Durante la pandemia por COVID 19 se produjo una situación propicia y necesaria para la implementación de un programa de ATC ambulatoria (AA) con alta del paciente el mismo día del procedimiento.

**Objetivos:** Evaluar la implementación de un programa AA durante la pandemia de COVID 19 en la provincia de Santa Cruz.

**Materiales y Métodos:** : Se llevó a cabo un estudio observacional, único centro, prospectivo, que incluyó una población de pacientes tratados mediante ATC indicada de forma electiva por angor crónico estable ( ACE ) o síndrome coronario agudo (SCA) de bajo riesgo ingresados en el programa de AA, desde julio del 2020 hasta marzo del 2022.

**Resultados:** De un total de 185 ATC electivas ingresaron al programa de AA 71 pacientes (38 %). De los pacientes que ingresaron para AA el 98.6 %, intervalo de confianza (IC) 95% de 92-99%, se fue de alta el mismo día y un 1.4 %, IC 95% de 0.04-7%, tuvo que pasar la noche para observación por criterios clínicos. No hubo muertes ni complicaciones mayores clínicas o relacionadas con el acceso. La vía radial se utilizó en un 86 % y el acceso femoral en un 14 %. No hubo rehospitalizaciones. La mediana del tiempo de internación fue de 300 min, rango intercuartil de 240-360 min).

**Conclusiones:** La implementación de nuestro programa de AA durante la pandemia por COVID 19 impactó positivamente en la eficiencia operativa del servicio ya que pudimos tratar en forma continua, oportuna y segura a nuestros pacientes, sin evidencia de complicaciones mayores en la población tratada.

## **0315 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ECOCARDIOGRÁFICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME POST COVID**

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Covid-19

Unidad Temática 2: Ecocardiografía

ESPARZA IRAOLA, Rodrigo | MARCHESINI, Marina Belén | PEREZ, Maria Florencia | LOZANO CHIAPPE, Ezequiel | JOSÉ FABIÁN, Salmo | MULLER, Lucas | GIUNTA, Gustavo | HERSHSON, Alejandro Rubén

Fundación Favaloro

	CONTROLES	ASINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	p
Ferritina	107±102	125±98	206±157	NS
VSG	11,9±6	9,7±7	11,7±7	NS
FEY	63 (58-66,5)	58 (56-60)	63 (61-75)	NS
IVFD	72 (64-78,7)	77,5 (56-88)	60 (54-69)	NS
IVFS	26,1± 6	32,4±11	22,8±5	0,064
E/é	7,6±1	7,9±1	8,7±2	NS
Strain	19,6 (18-20)	21,5 (19-22)	20,9 (19-22)	NS
IMVI	83 (70-92)	80 (66-98)	75 (66-86)	NS
PSVD	22 (20-28)	26 (23-27)	28 (25-31)	NS
RelEA	1,6±0,5	2,1±0,8	1,16±0,4	0,0052
AI	22 (20-25)	26 (23-30)	29 (21-34)	0,057
TAPSE	21±2,7	21,5±3	22,1±3	NS

**Introducción:** Se conoce como síndrome post covid (SPC) a la persistencia de síntomas luego de una infección aguda por el virus SARS-CoV-2. Existe controversia en cuanto a la fisiopatología y caracterización de este cuadro.

**Objetivos:** Describir el perfil clínico, ecocardiográfico y parámetros de inflamación en pacientes (pac) portadores de SPC.

**Materiales y Métodos:** En un diseño de cohorte transversal se incluyeron en forma prospectiva pac entre 20 y 60 años con antecedentes de infección por COVID 19 entre 3 semanas y 3 meses posteriores al diagnóstico. El estudio se realizó entre junio del 2021 y febrero del 2022. Según la presencia de síntomas, se definió un grupo portador de SPC (PCS, n=13) que se comparó con un grupo de pac post covid que evolucionaron asintomáticos (PCA, n=14). Se incorporó un grupo control sin diagnóstico de COVID-19 en el último año (CTR, n=12). Se excluyeron pac portadores de diabetes, inmunosuprimidos, uso de estatinas, IECA, ARAII u otras condiciones que afecten el perfil inflamatorio. Se tomaron medidas antropométricas y datos clínicos de las historias clínicas. Los parámetros ecocardiográficos fueron adquiridos con PHILLIPS EPIQ 7C con transductor sectorial matricial X5-1, por un único operador. Las determinaciones de laboratorio se realizaron mediante métodos automatizados. Los participantes fueron evaluados también por un test de marcha de 6 min y la percepción del esfuerzo se cuantificó por escala de Borg.

**Resultados:** Los pac del grupo PCS tuvieron mayor edad que PCA y CTR (PCS (46 ± 13) vs. PCA (32 ± 9,5) vs. CTR (36 ± 14); p=0,05), sin observarse diferencias en sexo, TAS y BMI. Los pac del grupo PCS presentaron disnea 69%, palpitaciones 54%, astenia 46%. Coincidentemente, en el grupo PCS se observó un incremento de la escala Borg (CTR(1,6 ± 1) vs. PCA (1,2 ± 1)vs. PCS (3,5 ± 1,9); p=0,017) En la tabla 1 se exponen los resultados de parámetros inflamatorios y ecocardiográficos. Se destaca un aumento no significativo de la ferritina en el grupo PCS. En estos mismos pac la relación EA estuvo reducida (CTR (1,6 ± 0,5) vs.PCA (2,1 ± 0,8) vs.PCS (1,16 ± 0,4); p= 0,0052).

**Conclusiones:** En nuestro estudio el grupo PCS mostró mayor puntaje en la escala de Borg y reducción de la relación EA. La edad y la permanencia de marcadores inflamatorios podrían explicar la persistencia de síntomas del SPC.

## 0421 - FALLA DIASTÓLICA, UN HALLAZGO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES JÓVENES POST COVID-19 Y SU IMPLICANCIA CLÍNICA.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

## Unidad Temática 2: Covid-19

FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus | DRA. GENTILE, Carolina Beatriz | DRA. FRANCHI, Alicia Natalia | RAMIREZ, Mauro Nahuel | ALMIRÓN, Sergio Francisco | TAIE, Maria Laura Rocio | CARDOZO B., Betania | ESCALANTE ORTIZ, Mauro Lautaro

### Actividad Clínica Privada

**Introducción:** Durante la pandemia covid19, surgió la necesidad de analizar las causas de persistencia de síntomas/ signos post covid 19 como disnea, angor, taquicardia y arritmias ventriculares, posterior a la resolución de la enfermedad aguda.

**Objetivos:** Evaluar si existe relación entre las diferentes presentaciones clínicas post covid-19 y el hallazgo de falla diastólica en el ecocardiograma doppler color trastorácico.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal de una población joven de 100 pacientes post covid-19 de consultorios externos. Se analizaron datos de pacientes evaluados entre el mes de mayo 2021 a mayo 2022. Se utilizó el sistema estadístico IBM SPSS Statistics analizando variables cualitativas y cuantitativas, se consideró como p significativa menor a 0,05. Se analizaron datos de la historia clínica como edad, sexo, presencia de DBT e HTA y síntomas como disnea y angor y taquicardia. Se definió insuficiencia cardíaca por criterios de Framingham. Se evaluaron los resultados de electrocardiograma evaluando FC y ecocardiograma doppler color trastorácico en todos los pacientes. Se definió falla diastólica por flujograma mitral donde la relación de la onda E /A, por doppler pulsado era menor a 1.

**Resultados:** Se observó una población masculina joven post covid-19 con edad media de 39,4 años, el 2% (2) tenían hipertensión arterial, 2% (2) paciente diabético y 54 % (54) sexo masculino. La media de los hallazgos en el ecocardiograma doppler color trastorácico fue: DDVI 51,13 mm, DSVI 33,9 mm, Fey 64%, SIV 9,5 mm, PP 9,2 mm, DDVD 26,4 mm. Se identificó una asociación significativa entre la presencia de falla diastólica e insuficiencia cardíaca con una p significativa de 0.007 con IC 95% (1,003-1,32). Se observó una asociación entre falla diastólica con la presencia de angina con p significativa de 0,0001. Se evidenció además una relación entre falla diastólica y taquicardia con una p de 0,020. IC 95%. No se encontró vínculo entre falla diastólica y la presencia de síncope o arritmias.

**Conclusiones:** Se observa una población masculina, joven post covid-19 con signos de insuficiencia cardíaca y taquicardia, relacionada con falla diastólica, como así también la presencia de angina de pecho. Pudiendo presumir que estos pacientes presentaban daño miocárdico post covid-19, que explicaba la persistencia de los síntomas posterior a la resolución de la enfermedad.

## 0476 - STRAIN AURICULAR Y VENTRICULAR POST COVID-19. HALLAZGOS EN PACIENTES AMBULATORIOS.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Ecocardiografía

## Unidad Temática 2: Covid-19

AMENABAR, Agustina | TORRES BIANQUI, Maria Carolina | CARNEVALINI, Mariana | DRA. CUETO, Abigail | DRA. ALFIE, Laura Judith | URBANO, Pablo José | CULACIATI, Guillermina | DESCHLE, Héctor Alfredo

### Diagnóstico Maipu

Variables	N	SLGW Odds ratio	p
Edad	133	1.02 (0.98, 1.08)	0.32
COVID	133	7.53 (1.86, 50.98)	0.01
Sexo M	133	0.46 (0.11, 1.63)	0.22

Variables	N	Strain AI Odds ratio	p
Edad	128	1.07 (1.01, 1.14)	0.02
COVID	128	7.63 (1.87, 51.64)	0.01
Sexo M	128	0.80 (0.23, 2.63)	0.71

**Introducción:** La infección por COVID-19 afectó a millones de personas a nivel mundial, causando millones de muertes. La prevalencia de complicaciones cardiovasculares en pacientes ambulatorios con formas leves de la enfermedad no está del todo clara, así como tampoco sus secuelas a largo plazo.

**Objetivos:** Determinar la presencia de disfunción miocárdica subclínica post infección por COVID-19.

**Materiales y Métodos:** Fueron evaluados 68 pacientes consecutivos con diagnóstico de COVID-19 leve entre julio y septiembre 2021. Se realizó un ecocardiograma doppler (ETT) convencional. Se calculó el strain auricular y ventricular de ambas cavidades cardíacas y sus valores fueron comparados con individuos sanos. Datos clínicos y demográficos fueron recolectados.

**Resultados:** Edad:  $44.63 \pm 12.72$  años. Sexo masculino: 36 (52.95%). Hipertensión: 9 (13.24%). Diabetes: 1 (1.47%). Obesidad: 9 (13.24%). Disnea 19 (28.79%) Tiempo medio a la realización ETT 69 (45-88) días. Tanto el strain ventricular como auricular izquierdo se encontraban deteriorados luego de la infección por COVID-19 en comparación con el grupo control ( $-19.4 \pm 3.32\%$  vs  $-20.40 \pm 2.41\%$ ,  $p=0.05$ , y  $35.52 \pm 8.22$  vs  $46.47 \pm 9.12\%$ ,  $p < 0.01$ ; respectivamente). Como esperábamos en este grupo de bajo riesgo, no hubo diferencias significativas en cuanto al strain ventricular y auricular derecho comparado con individuos sanos ( $-27.86 \pm 7.57\%$  vs  $-28.31 \pm 5.08\%$ ,  $p$  ns, y  $38.94 \pm 14.27$  vs  $40.06 \pm 10.57$ ,  $p$  ns; respectivamente). En el análisis multivariado la infección por COVID-19 demostró ser el único predictor independiente de deterioro del strain ventricular y auricular izquierdo (OR 7.53, CI 95% 1.85 - 50.98,  $p < 0.01$  y OR 7.63, CI 95% 1.87 - 51.64,  $p < 0.01$ , respectivamente). Figura 1

**Conclusiones:** El strain auricular y ventricular izquierdo se encuentran deteriorados luego de la infección por COVID-19 incluso en pacientes con FEV normal por ETT, sugiriendo cierto grado de disfunción miocárdica subclínica que persiste incluso luego de la fase aguda de la enfermedad. El strain de las cavidades derechas no mostró diferencias significativas en esta población ambulatoria de bajo riesgo.

## 0491 - DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA (STRAIN 2D) EN INDIVIDUOS QUE TUVIERON CUADRO LEVE POR SARS2-COVID19

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Ecocardiografía*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

PULMARI, Camilo Ariel (1) | RAMELLA, Victor Hugo(1) | MORENO, Sabrina(1) | COSTANTINI, Eduardo(1) | CAÑAS, Sebastian(1) | SCIOLINI, Sabrina(2) | ONTIVERO, Jeremias Daniel(3) | LOMBARDERO, Martin(2)

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE PERON. MALVINAS ARGENTINAS (1); Sanatorio de la Trinidad San Isidro (2); Clínica Pasteur/Centro Cardiológico Patagónico de Neuquén Capital (3)

**Introducción:** El compromiso cardíaco por infección SARS2-COVID19 (S2C19) en cuadros leves no ha sido bien determinado. La técnica de Strain 2D Longitudinal Global (SLG) mide la deformación miocárdica y puede ser un método útil para evaluar compromiso cardíaco en esta población.

**Objetivos:** Conocer si el SLG en individuos que tuvieron S2C19 leve y reciente, tienen diferencias con una población sana de similares características evaluados en un periodo de la humanidad aun sin registro S2C19.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal, comparativo. Se evaluaron adultos jóvenes (N: 47) sin antecedentes cardiovasculares que tuvieron S2C19 leve entre 30 y 60 días del comienzo de síntomas (Grupo 1=G1). Se realizaron mediciones antropométricas, ecocardiográficas y de SGL con equipo Philips CX50, de aurícula izquierda (AI), Ventrículo Izquierdo (VI) y de Ventrículo Derecho (VD) con software QLAB 11. Se la comparó con una población sana (N=47), previamente evaluada en marco de actividad deportiva recreativa en era pre S2C19, de similares características, con el mismo ecógrafo Philips y software de Strain (Grupo 2=G2). Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 23. Las variables continuas se expresaron como medianas e intervalo intercuartilo y su comparación fue realizada con test no paramétricos. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y se compararon con test de Chi2. Se consideró significativo un valor de  $P < 0.05$ .

	COVID-19 (N:47)	Sin COVID-19 (N:47)	P:( )
Sexo masculino (%)	83	87,2	0,56
Edad, años (RIC)	46 (40-54)	44 (41- 52)	0,45
TAS, MMHG (RIC)	124 (110-140)	125 (120-140)	0,18
TAD, MMHG (RIC)	72 (70-80)	74 (70-80)	0,20
FC, LPM (RIC)	76,50 (69,25-86,50)	75 (67-84,50)	0,44
IMC (RIC)	26,94 (24,98-29,44)	24,80 (23,40-26,30)	0,26

**Resultados:** Sobre un total de 94 individuos, 85 % fueron varones sin diferencias entre grupos. La mediana de edad fue similar entre ambos grupos 46 (40-54) años en G1 y 44 (41-52) años en G2. Tabla 1. La mediana de tiempo para la medición del SGL en G1 fue a los 35 (30-60) días del inicio de síntomas. El análisis comparativo de las variables del SLG entre G1 y G2 para VI fueron (-%) 22,20 (20,40-23,55) vs 21,70 (18,95- 24,10) respectivamente. (P: 0,52); y para VD (-%) 22,25 (20,30-26,30) vs 23 (20-24,80) (P:0,68). El Modo Reservorio del SLG AI (+%) fue en G1 de 43,90 (33-54,5) vs 47,80 (40,95-56,55) del G2. (P: 0.16). Tabla 2.

**Conclusiones:** Si bien no hubo diferencias significativas, en este estudio se observó que los individuos que tuvieron un cuadro leve por SARS2-COVID19, presentaron peor deformación miocárdica en aurícula izquierda y en ventrículo derecho, cuando se los comparó con una población similar sana pre COVID.

### 0534 - HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA SEVERA E INDICACIÓN DE REEMPLAZO VALVULAR

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Valvulopatías*

*Unidad Temática 2: Cardiología Clínica*

CARDONA, Marcelo(1) | MONTENEGRO, Micaela(1) | **MONTIEL, Federico** (1) | CIGALINI, Ignacio(1) | VELASCO, Diego(1) | SANZIANI, Laura(1) | RAMOS, José Luis(1) | BALPARDA, Higinio(2)

Hospital Privado de Rosario (1); Consultorio Particular (2)

**Introducción:** La estenosis aórtica (EAo) genera cambios estructurales en el corazón, que pueden verse reflejados en el trazado electrocardiográfico (ECG).

**Objetivos:** Determinar los hallazgos ECG y ecocardiográficos en pacientes (ptes) con 65 años o más portadores de EAo severa con indicación de reemplazo valvular.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente ptes mayores de 65 años con EAo severa e indicación de reemplazo valvular aórtico, desde el año 2012 hasta el 2021, en un único centro. Se evaluaron las características clínicas, demográficas y parámetros ecocardiográficos. 3 especialistas en electrofisiología (1) analizaron e informaron los ECG en forma independiente. Se excluyeron ptes con ECG no disponible o no analizable y los ptes con marcapasos definitivo. Dentro de las variables analizadas se consideraron: criterio de voltaje de Cornell y Sokolow-Lyon, aumento de la duración del QRS mayor a 100 mseg, alteraciones de la repolarización (descenso del ST y onda T negativa asimétrica en derivación DI, AVL, V5 y V6), eje desviado a la izquierda, sobrecarga auricular izquierda (AI) y rotación antihoraria en el plano horizontal.

**Resultados:** Se incluyeron 48 ptes con edad promedio de 76.5 +/- 6.35 años, 56.25% de sexo masculino, 21.74% diabéticos, 75% dislipémicos y 77.08% hipertensos. En el 58.7% se le realizó implante de válvula aórtica transcatóter (TAVI). El área promedio fue 0.7 cm<sup>2</sup> +/-0.16, el gradiente medio 50.9 mmHg +/- 14.5 y la velocidad máxima aórtica 4.4 +/-0.6, 91.9% presentaban dilatación AI en ecocardiograma. Del 82.62% contaban con un ECG patológico, siendo el hallazgo más frecuente la alteración de la repolarización ventricular. Dentro de los criterios de voltaje analizados, el de Cornell fue el más frecuente y la dilatación de AI en el ECG se constató en un 37,5 %.

**Conclusiones:** De los 48 ptes con EAo severa incluidos en el estudio, casi el 20% presentaban un ECG normal. Las alteraciones de la repolarización ventricular fueron los hallazgos electrocardiográficos más frecuente y el índice de Cornell el criterio de voltaje que más se evidenció. La mayoría de los ptes presentaron dilatación auricular en el ecocardiograma.

### 0573 - EVALUACION MIOCÁRDICA MEDIANTE DENSIDAD DE ELECTRONES POR TOMOGRAFIA ESPECTRAL EN INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Tomografía y Resonancia Magnética

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

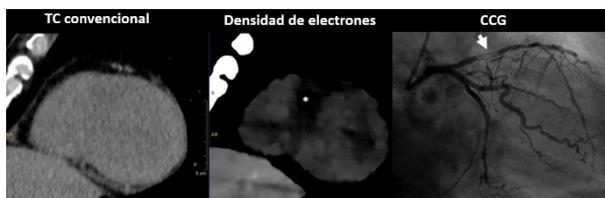
FONTANA, Lucia (1) | RODRIGUEZ GRANILLO, Gaston Alfredo(1) | INGINO, Carlos Alberto(1) | DRA. RUBILAR, Bibiana(1) | DESCALZO, Amalia Maria Ema(1) | CUSCHIE, Melisa Ayelen(1) | SANTACOLOMA, Camilo(1) | DR. LYLYK, Pedro(2)

Clínica La Sagrada Familia (1); ENERI - Instituto médico Dr. Pedro Lylyk y Asoc. (2)

**Introducción:** Mediante la cuantificación de unidades Hounsfield (UH), la tomografía convencional (TC) permite estimar de alguna manera la densidad de electrones (DE), mientras que la TC espectral de doble capa de detectores mejora la capacidad de detección de DE sin modificar el protocolo de adquisición de las imágenes. En el infarto agudo de miocardio (IAM), este método podría identificar signos indirectos de isquemia y valorar los segmentos de miocardio afectados, sin requerimiento de contraste yodado.

**Objetivos:** Evaluar la potencialidad de la TC de tórax de baja dosis (TCBD) sin contraste para la detección de afectación miocárdica en IAM mediante la cuantificación de DE.

**Materiales y Métodos:** Durante la pandemia, se realizaron TCBD a aquellos pacientes que fueron ingresados a nuestra institución para mejorar la sensibilidad de los test PCR. En este estudio retrospectivo, se incluyeron 15 pacientes con IAM sin compromiso hemodinámico ni antecedentes de IAM previo en quienes se realizó una TCBD mientras se preparaba la sala de hemodinamia, y se comparó con un grupo control de 30 pacientes sin antecedentes de enfermedad coronaria. De acuerdo al electrocardiograma de ingreso y la cinecoronariografía se determinaron los segmentos miocárdicos afectados por el IAM. Se valoraron cualitativa y cuantitativamente las imágenes obtenidas mediante TC y DE mediante software específico. Las imágenes de DE fueron evaluadas en búsqueda de áreas (oscuras) de reducción focal de la DE, comparado con el miocardio remoto. Además, se realizó un análisis cuantitativo (porcentaje de DE relativo al agua, %EDRW) segmentario utilizando regiones de interés tanto a nivel miocárdico como de la cavidad ventricular.



**Resultados:** La evaluación de miocardio mediante TC convencional detectó 1 segmento afectado comparado con las imágenes de DE donde se detectaron 27 segmentos afectados de los 58 segmentos establecidos relacionados a los IAM (FIGURA). En el análisis por territorio involucrado mediante DE se obtuvo una sensibilidad fue de 73 % (95% CI 45; 92%) y una especificidad 87 % (95% CI 69; 96%). El análisis cuantitativo identificó a un umbral menor de 104 %EDRW presentó una sensibilidad del 66% y una especificidad del 85% para la detección de miocardio afectado.

**Conclusiones:** La TC espectral ofrece una mejoría de la caracterización de tejidos lo que permitiría una potencial evaluación de miocardio afectado en el IAM, sin requerimiento de contraste. Para su validación, estos hallazgos generadores de hipótesis deberán confirmarse en estudios prospectivos gatillados, preferentemente incluyendo pacientes estables con estudios gatillados en reposo y estrés mediante drogas vasoactivas.

## 0096 - ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA Y MUJER: SEVERIDAD, CUADRO CLINICO Y CAMBIOS ELECTRICOS MAS FRECUENTES.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica

ALANOCA LLANOS, Fátima Victoria | VILLALBA BALDIVIEZO, Erick | ALMENDRAS ENRIQUEZ, Alexander | ANGELO VISCARRA, Pablo Sergio | SOLANO QUIROZ, Brenda Patricia | BARRIOS, Cristian Denis | RUIZ DEZA, Gustavo | KINASZUK, Juan

## Sanatorio Bernal

EDAD		SEVERIDAD DE ENFERMEDAD CORONARIA	
MAYORES DE 60 AÑOS	56%	lesión >70% de 3 vasos o 2 vasos >70% incluyendo DA	31%
ENTRE 41 Y 59 AÑOS	43%	lesión de 2 vasos >70% o 3 vasos >50% o DA proximal >70%	25%
MENOS DE 40 AÑOS	1%	sin lesiones epicardicas significativas	16%
DIAGNOSTICO			
ANGINA INESTABLE	38%	lesión severa de 1 vaso >70% o 2 vasos >50%	14%
ANGINA ESTABLE	22%	lesión severa de TCI + 1 o 2 vasos	6%
SCACEST	13%	lesión severa de TCI + 3 vasos	5%
SCASEST	12%	lesión severa de TCI	1%
ANGINA VASOESPÁSTICA	10%		
MINOCA	5%		
ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIAGNOSTICO			
HIPERTENSION ARTERIAL	24% (angina inestable)		
DISLIPIDEMIA	17% (angina inestable)		
SEDENTARISMO	12% (SCASEST, angina inestable y MINOCA)		
TABAQUISMO	12% (SCASEST y angina inestable)		
DIABETES	10% (SCACEST, angina estable y MINOCA)		
OBESIDAD	10% (SCACEST)		
ESTRES	7% (SCACEST, SCASEST, angina estable y angina vasoespástica)		
MENOPAUSIA	7% (SCACEST, angina inestable, MINOCA y angina vasoespástica)		

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular, fundamentalmente la coronaria, es la primera causa de mortalidad de la mujer en Argentina. La enfermedad coronaria severa en mujeres ha sido por muchos años subestimada, creyendo erróneamente que se trata de una entidad de hombres. En los últimos años se han presentado varios estudios relacionados con las diferencias de presentación y severidad entre hombres y mujeres; y pese a que estas diferencias son claras, todavía nos cuesta definir las características predominantes de enfermedad coronaria severa en mujeres.

**Objetivos:** • Describir la presentación de la enfermedad Coronaria severa en la Mujer bajo distintas variables, como ser severidad, presentación clínica, factores de riesgo cardiovascular y cambios eléctricos más frecuentes.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo, donde se incluyeron 82 mujeres, con enfermedad coronaria severa diagnosticada durante la internación hospitalaria en los años 2020 y 2021, todas con anatomía conocida por cinecoronariografía. Tomando en cuenta las siguientes variables: edad, días de internación, diagnóstico, factores de riesgo cardiovascular, cambios en el electrocardiograma y severidad de lesión coronaria clasificada según el ISCHEMIA trial publicado por Reynolds et col el 2021.

**Resultados:** De 82 pacientes (p) estudiadas, la media fue 63 +/- 15 años, (IC=95%, 60,5 - 65,48), de las cuales 46 p (56%) son mayores de 60 años, 35 p (43%) tienen de 41 a 59 años, y 1% menos de 40 años. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue la angina inestable (31 p, 38%), angina estable (18 p., 22%), SCACEST (11 p, 13%), SCASEST (10 p, 12%), angina vasoespástica (8 p, 10%), MINOCA (8 p, 5%). El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue hipertensión arterial (24%: OR >1 para angina inestable), luego dislipidemia (17%: OR >1 para angina inestable), sedentarismo (12%: OR>1 para SCASEST, angina inestable y MINOCA), tabaquismo (12%: OR>1 para SCASEST y angina inestable), diabetes mellitus (10%: OR>1 para SCACEST, angina estable y MINOCA), obesidad (10%: OR>1 para SCACEST), estrés (7%: OR>1 con SCACEST, SCASEST, angina estable y angina vasoespástica), menopausia (7%: OR>1 para SCACEST, angina inestable, MINOCA y angina vasoespástica); el cambio en el electrocardiograma más frecuente fue ondas T negativas (38%), sin cambios isquémicos sugestivos (33%), supradesnivel del ST (16%), Bloqueo completo de rama izquierda (8%), infradesnivel del ST (5%). La severidad de la enfermedad coronaria estuvo asociada a lesión >70% de 3 vasos o 2 vasos >70% incluyendo DA (31%), lesión de 2 vasos >70% o 3 vasos >50% o DA proximal >70% (25%), sin lesiones epicardicas significativas (16%), lesión severa de 1 vaso >70% o 2 vasos >50% (14%), lesión severa de TCI + 1 o 2 vasos (6%), lesión severa de TCI + 3 vasos (5%), lesión severa de TCI (1%).

**Conclusiones:** La enfermedad coronaria severa en mujeres tiene mayor predominancia a partir de los 40 años, siendo más frecuente aun a partir de los 60 años. Mas de un tercio de la población estudiada presento un cuadro clínico compatible con angina inestable. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue Hipertensión arterial con una fuerte asociación de probabilidad a angina inestable, al igual que la dislipidemia; se detalla en la TABLA 1 la asociación de probabilidad de los factores de riesgo. En cuanto a severidad de la enfermedad coronaria en mujeres fueron más frecuentes los cuadros de lesión >70% de 3 vasos o 2 vasos >70% incluyendo DA, lesión de 2 vasos >70% o 3 vasos >50% o DA proximal >70% y ausencia de lesiones epicardicas significativas.

## 0231 - GASTO CARDIACO EN EL PACIENTE CRÍTICO ¿SON INTERCAMBIABLES LAS DISTINTAS MEDIDAS?

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Ecocardiografía

RAVINOVICH, Elizabeth

Sanatorio Allende

**Introducción:** El 22% de los pacientes que ingresan a la unidad coronaria (UCO) tienen criterios clínicos de shock, que es la expresión de un desequilibrio entre consumo de oxígeno (VO<sub>2</sub>) y su transporte (DO<sub>2</sub>) determinado por el gasto cardíaco (GC), hemoglobina y presión parcial de oxígeno. La monitorización correcta y precoz del GC evalúa la función cardíaca global en el paciente crítico, aportando información tanto diagnóstica, como sobre la fisiopatología del cuadro, para así proporcionar terapéutica dirigida. El catéter en la arteria pulmonar (CAP) es el gold standard para la medición del GC sin embargo su uso rutinario sigue siendo controvertido, debido a los resultados contradictorios de la evidencia. De forma ideal, el método de elección para determinar el GC, debería ser: no invasivo, continuo, fiable, reproducible, cómodo para el paciente y el profesional, exacto y con los mínimos efectos secundarios. No existe método disponible actualmente que cumpla todas estas características. La medición de GC por Ecocardiografía (GC-ETT) y por ecuación de Fick (GC-Fick) son dos métodos no invasivos de rápida realización desarrollados como herramientas de uso diario.

**Objetivos:** Comparar las mediciones de GC-Fick, GC-ETT y GC por PAC realizadas por médicos de guardia en formación, basándonos en el fundamento teórico que estos valores deberían correlacionarse para así poder utilizar estos métodos según la disponibilidad y contexto clínico individual de cada paciente.

**Materiales y Métodos:** Se realizó la medición de GC-Fick y GC-ETT en pacientes internados en UCO que por criterio clínico del médico tratante se decidió colocar CAP. Las medidas fueron realizadas por médicos de guardia en formación. Los límites de acuerdo (LDA) y error entre ambos métodos, y la desviación estándar de las diferencias (precisión) se estudiaron con el diagrama de Bland Altman (gráfica de la diferencia versus la media de las medidas). El porcentaje de error se calculó como desviación estándar por dos sobre la media de todas las medidas y expresado en porcentaje.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes, el motivo de ingreso de la mayoría 43,3 % fue por Insuficiencia cardíaca descompensada y este mismo motivo fue la razón de colocación de CAP según criterio médico en la mayoría de los pacientes. El análisis de Bland Altman para las medidas de GC-PAC y GC-ETT mostró un sesgo de 0,26 L/min con LDA entre -2,64 L/min a 3.17 L/min. La precisión fue de 1,48 L/min, el porcentaje de error fue de 55%, y la dispersión de 5.81 L/min (Figura 3). Mientras que para GC-PAC y GC-Fick mostró un sesgo de 0,83 L/min con LDA entre -2,59 L/min a 4.24 L/min. La precisión fue de 1,65 L/min el porcentaje de error fue de 47%, y la dispersión de 6.83 L/min. Se realizó la prueba de H de. Kruskal-Wallis analizar si el valor de GC con las distintas medidas varía según el grado de insuficiencia mitral, insuficiencia tricuspídea y la fracción de eyección, el resultado fue que ninguno de estos factores modifica el valor GC en ninguna de las formas de medición en la población estudiada

**Conclusiones:** El cálculo del GC se lleva a cabo de forma rutinaria por termodilución. Su invasividad y complicaciones relacionadas llevaron a la búsqueda de métodos alternativos. Al comparar dos métodos diferentes de medición dos factores de importancia que se tienen en cuenta son el sesgo y la precisión. La precisión evalúa la reproducibilidad de los mismos resultados en un mismo individuo y el sesgo cuantifica la ausencia de un error sistemático. Los distintos métodos de medición de GC analizados en este estudio no son intercambiables en una población heterogénea de pacientes internados con patología crítica. Realizados por distintos médicos de guardia en formación presentan alto PE y LDA pudiendo llevar errores diagnósticos y por consiguiente terapéuticos.

## 0308 - VARIACIÓN DE PRESIÓN DE PULSO COMO PARÁMETRO DINÁMICO DE EVALUACIÓN DE PRECARGA EN POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA CARDÍACA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Crítica*

*Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular*

LIBERMAN, Federico | RICARTE, Juan Pablo | SARMIENTO, Pablo Ezequiel

Sanatorio Allende

**Introducción:** Se ha demostrado que un valor de variación de presión de pulso (VPP) > 13% predice la respuesta al aporte de volumen con alta sensibilidad y especificidad en distintas poblaciones de pacientes críticos.

**Objetivos:** - Correlacionar los valores de VPP en el postquirúrgico inmediato de cirugía cardíaca con la estrategia de reanimación con volumen en las primeras 24 horas. - Estimar la relación existente entre VPP en el postquirúrgico inmediato de cirugía cardíaca con valores de lactato inmediato y a las 24 horas. - Correlacionar los valores de VPP con presiones de llenado (PVC – Presión Wedge). - Estimar la relación existente entre el valor de VPP inicial y el requerimiento de inotrópicos en forma sostenida posterior a la cirugía.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional y analítico en el que se incluyeron pacientes de 18 años o más que fueron intervenidos quirúrgicamente en forma programada de alguna patología cardiovascular con o sin requerimiento de circulación extracorpórea desde febrero del 2020 hasta octubre del mismo año.

*Variables de laboratorio inmediato y a las 24 horas según subgrupo (n=35).*

Tiempo	Parámetros	VPP≤13 (n=15)	VPP>13 (n=20)	p-valor
Inmediato	Ác Láctico (mmol/L)	2,0 ± 0,3	2,4 ± 1,1	0,1958
	Bicarbonato (mmol/L)	21,9 ± 1,3	21,7 ± 2,3	0,7607
	Creatinina (mg/dL)	1,0 ± 0,3	1,4 ± 0,7	0,0448
24 horas	Ác Láctico (mmol/L)	2,0 ± 0,3	2,9 ± 2,5	0,1304
	Bicarbonato (mmol/L)	21,5 ± 1,9	21,8 ± 4,2	0,7988
	Creatinina (mg/dL)	1,0 ± 0,3	1,6 ± 1,3	0,0667

\* VPP: Variación de presión de pulso.

**Resultados:** La muestra final fue de 35 casos (n=35). El análisis de la muestra según los valores de VPP resultó estadísticamente significativa respecto al valor de PVC (p=0,0001) sin relación significativa (p=0,64) con presión Wedge. Por otro lado, el 95% de los pacientes del subgrupo con VPP>13% tuvo requerimiento de cristaloides por encima de 2500mL en las primeras 24 horas.

**Conclusiones:** Fue posible establecer una relación directa entre el valor de VPP obtenido y la estrategia de reanimación con volumen, como así también con el requerimiento de inotrópicos en forma sostenida. Además, hubo relación directa con parámetros de precarga habitualmente utilizados como PVC.

## 0488 - PACIENTES DE BAJO RIESGO Y ALTA HOSPITALARIA PRECOZ EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST LUEGO DE SU REPERFUSIÓN POR INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA PRIMARIA: ANÁLISIS DEL ARGEN-IAM-ST

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo*

*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

ESTRELLA, Maria Laura(1) | NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel (1) | COLLA, Carlos Julián(1) | SZARFER, Jorge(1) | OLGUIN JOSEAU, Lisandro(1) | BARBOZA, Augusto(2) | FILIPPON, Brenda Elisabet(1) | GAGLIARDI, Juan Alberto(3)

GRUPO ARGEN IAM ST (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2); Áreas SAC: Área de Investigación (3)

Variable	Bajo riesgo	No bajo riesgo	Valor de p
N	320 (5.2%)	3920 (92.5%)	
Edad	58.4 ± 11.2	61.2 ± 11.9	<0.0001
Sexo masculino	210 (65.6%)	2530 (64.5%)	0.69
Diabetes mellitus	38 (11.9%)	38 (11.9%)	<0.0001
Dislipemia	82 (25.6%)	1364 (34.8%)	<0.001
Hipertension	157 (49.2%)	2319 (59.2%)	<0.001
Tabaquismo	118 (36.9%)	1302 (33.2%)	0.18
Enf. coronaria previa	26 (8.1%)	505 (12.9%)	0.01
Infarto previo	14 (4.4%)	396 (11.2%)	0.002
Angioplastia previa	22 (6.9%)	392 (29.5%)	0.08
Estadia hospitalaria	4 (3-5)	5 (3-6)	<0.0001

**Introducción:** En el contexto de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST (SCACEST), la implementación de redes urbanas de derivación a centros asistenciales con disponibilidad 7x24x365 técnicamente habilitados para el tratamiento precoz de reperusión del SCACEST por medio de la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria ha significado una reducción en la morbimortalidad del cuadro. La seguridad y la factibilidad del alta precoz luego de una ICP programada ha sido demostrada desde fines de los años 90.

Diferentes análisis demostraron que las complicaciones ocurren en las primeras 24 horas y que no se observaron complicaciones luego de las 48 horas de la ICP primaria. Estas observaciones de escasa ocurrencia de eventos mayores luego de las 24 horas post SCACEST en pacientes sugieren que se podría reducir el período de observación hospitalaria post procedimiento en pacientes de bajo riesgo, sin comprometer la seguridad.

Variable	Alta temprana	Alta tardía	Valor de p
N (%)	95 (32.1%)	201 (67.9%)	
Sexo masculino	71 (74.7%)	128 (63.7%)	0.06
Edad	58,2 + 9,9	58,5 + 11,8	
Diabetes mellitus	11 (11.6%)	23 (11.4%)	
Dislipemia	24 (25.3%)	52 (25.9%)	
Hipertensión	45 (49.5%)	97 (48.3%)	
Tabaquismo	47 (49.5%)	67 (33.8%)	0.007
Enf. coronaria	8 (8.2%)	14 (6.9%)	
Dolor consulta	101 (50-225)	93 (45-228)	
Puerta-balón	77 (40-110)	80 (45-140)	
Tiempo-institución	255 (167-450)	250 (170-450)	
Hospital público	44 (46.3%)	65 (32.3%)	
Hospital privado	51 (53.7%)	146 (67.7%)	0.01

**Objetivos:** Analizar características clínicas, demoras en la consulta, eventos intrahospitalarios, así como los días de estadía de los pacientes de bajo riesgo clínico de la base de datos del registro ARGEN-IAM-ST.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo, descriptivo, observacional del Registro Nacional de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (ARGEN-IAM-ST), el cual se realiza desde el año 2015, dirigido por la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología. Se seleccionaron los pacientes de bajo riesgo definido como: Fracción de eyección >40%; ICP exitosa con flujo TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) grado 3; Ausencia de enfermedad de múltiples vasos que requieran revascularización en la internación; Killip y Kimbal I; Ausencia de complicaciones isquémicas o arrítmicas. De acuerdo con la estadía hospitalaria se consideraron además pacientes con: Alta temprana: estadía <72 horas; Alta tardía: estadía >72 horas

**Resultados:** De un total de 4240 pacientes con SCACEST tratados con ICP primaria de la base ARGEN-IAM-ST, 320 pacientes (5,2%) con datos completos presentaban criterios de bajo riesgo. La edad media fue de 58.4 ± 11 años y el 65,6% eran hombres. Los pacientes de este grupo resultaron más jóvenes y con menor prevalencia de DBT, DLP e HTA, así como de antecedentes cardiovasculares (tabla). La mediana de estadía hospitalaria fue 4 (IIC 3-5) vs 5 (IIC 3-6) del resto de los pacientes (p<0,0001). Salvo una mayor prevalencia de TBQ y una tendencia a mayor prevalencia de sexo masculino, no observamos diferencias significativas entre los pacientes del grupo de bajo riesgo con alta temprana y los de alta tardía. Se registró una significativa mayor proporción de alta precoz en los hospitales privados (53,7%) respecto de los públicos. Sin embargo, en ambos tipos de instituciones, la estadía hospitalaria es mayor a 3 días. La mortalidad global en este grupo de pacientes fue de 0,75% (n=4)

**Conclusiones:** En este grupo seleccionado de pacientes, de menor edad, con menos factores de riesgo y antecedentes coronarios, el alta temprana luego de la ICP primaria es factible y con muy bajo riesgo. La mortalidad de este grupo de pacientes es extremadamente baja (un 10% de la mortalidad global reportada previamente). En el futuro deben realizarse estudios controlados para evaluar si el alta temprana es segura.

## 0583 - CORRELACIÓN ENTRE PUNTAJE DE RIESGO TIMI Y CRITERIO MÉDICO PARA TOMA DE DECISIÓN CLÍNICA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

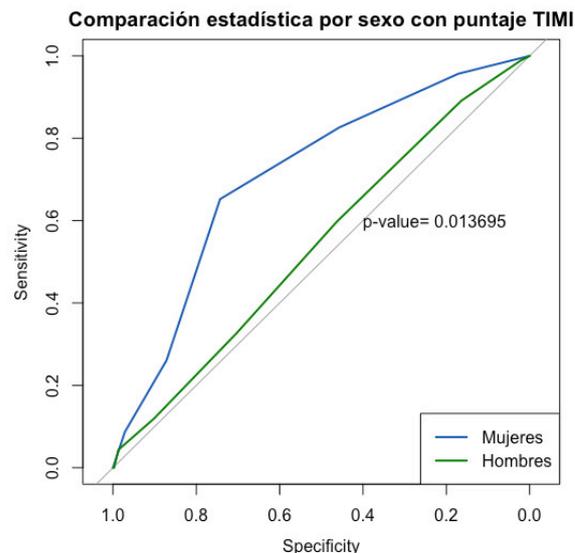
*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica*

*Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo*

MARTINEZ, Maria Jose | MEZA, Luciana | **ORDÓÑEZ, Esteban** | STATTI, Juan Mariano | LUNA, Gloria | DE ABREU, Maximiliano | ANTONIETTI, Laura | TAJER, Carlos Daniel

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela



**Introducción:** Existen numerosas escalas para estratificar el riesgo de eventos en síndromes coronarios agudos (SCA) y definir la mejor opción terapéutica en base a esto. Sin embargo, son numerosos los reportes que muestran que en la práctica diaria no son utilizados y es la percepción del médico la que guía la elección del tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar la correlación entre el criterio médico (CM) de estratificación de riesgo y compararlo con la escala TIMI.

**Materiales y Métodos:** Se utilizó un registro prospectivo de pacientes (p) que ingresaron por SCA a la unidad coronaria de un hospital de alta complejidad. Para el análisis se incluyeron los p con SCA sin elevación del ST. El registro incluye una variable de evaluación del riesgo del paciente al ingreso según la percepción del médico, que lo categoriza en bajo, moderado o alto. Posteriormente se evaluó su correlación con eventos coronarios durante la internación, para lo cual se creó una variable combinada que incluyó muerte, complicaciones eléctricas, necesidad de asistencia respiratoria, balón de contrapulsación aórtica o marcapasos transitorio. Finalmente, se comparó el poder de predicción con la escala TIMI y se evaluaron diferencias según el sexo.

**Resultados:** Se incluyeron 575 p con SCA sin elevación del ST. La edad media fue de 57,2 años (+/- 9,4) y el 16,4% fueron de sexo femenino. Durante la internación se registraron 117 eventos (MACE). De ellos, 25 fueron óbitos. Los restantes fueron complicaciones eléctricas, re-infartos, anginas post-infartos, p con requerimientos de asistencia respiratoria, balón de contrapulsación aórtica o marcapasos transitorio. Según el CM, el 36,8% de los p fueron de alto riesgo, mientras que por el score de TIMI solo lo fue el 11,2%. Se estudió la anatomía coronaria en 495 p (86%). Se observó mayor indicación de cinecoronariografía en los p de bajo riesgo calculado por puntaje TIMI (87,5%) en comparación con los de alto riesgo (76,6%),  $p=0,02$ . Se registraron 28 complicaciones asociadas al procedimiento invasivo. 6 en el grupo de alto riesgo y 22 en el de bajo riesgo,  $p=0,07$ . No se observaron diferencias en la indicación de cinecoronariografía entre p de alto riesgo o bajo riesgo por CM (88,1% vs 85,3%,  $p=0,3$ ) ni en las complicaciones asociadas al procedimiento (3,4% vs 5,7%,  $p=0,3$ ). Al comparar ambas escalas, se comprobó que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la capacidad de discriminar p con mayor riesgo de padecer eventos. El área bajo la curva (ABC) fue de 59,9% (IC 54,4%-65,4%) para el CM y de 57,2% (IC 51,6%-62,9%) para el puntaje TIMI;  $p=0,3$ . En el análisis comparativo por sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. En mujeres, el ABC con el puntaje TIMI fue de 71,1% (IC 59,2%- 82,9%) y de 60,8% con CM (IC 49,2%- 72,4%),  $p= 0,12$ . En los varones, el ABC fue de 59,6% con CM (IC 53,3%- 65,8%) y de 54% con el puntaje TIMI (IC 47,7 – 60,3%);  $p=0,13$ . Al comparar la capacidad de predicción del puntaje CM en hombres y mujeres, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,8$ ). Sin embargo, no ocurrió lo mismo con el puntaje TIMI, donde el poder de predicción en las mujeres fue significativamente mayor que en los hombres ( $p=0,01$ ).

**Conclusiones:** La decisión de realizar el estudio invasivo de la anatomía coronaria no fue guiado por el puntaje TIMI o la impresión del riesgo del médico tratante. En esta población se encontró que la capacidad de discriminar p de alto riesgo, con ambos métodos, es pobre. Sin embargo, se halló que con el puntaje TIMI la facultad de discernir p de alto riesgo es mayor en mujeres que en varones.

## 0593 - PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ¿EXISTEN MAYORES DEMORAS A LA ANGIOPLASTIA EL FIN DE SEMANA?

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

## Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica

**KIM, Alejandro** | ALBORNOZ, Miguel Federico | GALVEZ GIL, Carolina | ALONSO, Analia Mabel | BLANCO, Federico Luis | YURKO, Vielka | BLANCO, Rodrigo Ignacio | GIGENA, Gerardo Esteban

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST) es una urgencia médica, en la cual la angioplastia coronaria es la medida terapéutica de elección. El pronóstico del paciente depende no solo en lograr la reperfusión, sino también en el tiempo transcurrido en que se logra desde el inicio de los síntomas. A su vez esto dependerá del paciente, el tiempo que demora en consultar y por otro lado del sistema de salud en realizar un diagnóstico rápido y certero con la activación del servicio de Hemodinamia para su tratamiento.

**Objetivos:** Los pacientes (p.) con IAMST e indicación de angioplastia (ATC) de urgencia podrían ser una población vulnerable el fin de semana (sábado-domingo) a expensas de mayor demora a la reperfusión. El objetivo de este estudio es evaluar si existen diferencias en la demora en la consulta, demora diagnóstica y puerta-balón según fuese fin de semana.

**Materiales y Métodos:** Método: Estudio observacional prospectivo de p. con IAMST e indicación de ATC de urgencia ingresados a una sala de hemodinamia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con disponibilidad de intervencionismo 24 x 7. Se analizaron demografía, factores de riesgo cardiovasculares, la mortalidad y los siguientes tiempos en minutos (expresados en mediana e intervalo intercuartilo): desde inicio del dolor hasta el contacto médico (demora consulta), desde el contacto médico hasta la llamada al intervencionista de guardia (demora diagnóstica) y demora puerta balón (definidos según las guías de tratamiento actuales). Análisis estadístico: chi2 para variables discretas, t de student, ANOVA o Kruskall-Wallis para continuas, según correspondiera. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

	Día de semana	Fin de semana	p
N	888 (72,8%)	331 (27,2%)	
Edad	60 (53 – 67)	59 (50-65)	0,03
HTA	512 (57,57%)	196 (59,2%)	0,4
Dislipemia	263 (29,6%)	117 (35,4%)	0,05
Diabetes	159 (17,9%)	54 (16,3%)	0,5
Tabaquismo	405 (45,6%)	155 (46,8%)	0,7
Sedentarismo	551 (62%)	201 (60,3)	0,6
D. Dolor-Consulta	90 (40-180)	112 (60-230)	0,0082
D. Consulta-Llamada	43 (20 – 96)	45 (20-100)	0,39
D. Puerta-Balón	48 (33-85)	46 (31-94)	0,81
Mortalidad	40 (4,5%)	16 (4,83%)	0,81

**Resultados:** Se registraron 1219 p. entre enero 2014 y diciembre 2021, de los cuales 888 (72,8%) consultaron en días de semana y 331 (27,2%) el fin de semana. Durante el fin de semana se observó mayor tiempo de demora en la consulta. No se evidenciaron diferencias significativas en la demora diagnóstica, puerta-balón ni mortalidad.

**Conclusiones:** Conclusión: En nuestra población de p. con IAMST, durante el fin de semana, observamos mayor demora en la consulta luego de iniciados los síntomas. Sin embargo, no existen diferencias en el tiempo médico (demora diagnóstica y puerta balón) al tratamiento de reperfusión, ni en la mortalidad.

### 0060 - REVASCULARIZACIÓN DE MÚLTIPLES VASOS EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: IMPACTO DE LA NUEVA EVIDENCIA EN EL REGISTRO ARGEN-IAM-ST

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Enfermedad Coronaria

**MESANZA, Eugenia** (1) | ANQUIZ DORADO, Abdiel Mateo(1) | SLIMOBICH, Irma Leonor(2) | D' IMPERIO, Heraldo(2) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(3) | MAURO, Victor(1) | BARRERO, Carlos Manuel(1) | CHARASK, Adrian(1)

**GRUPO ARGEN IAM ST (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)**

Tabla 1: características basales de los pacientes con enfermedad multivaso con o sin revascularización.

Variables	c/ATC a MV n=242 (%)	s/ATC a MV n=961 (%)	p
Edad (mediana y RIC)	61 (55-59)	62 (55-70)	NS
Diabetes	20	26	0,02
Hipertensión arterial	60	64	NS
Tabaquismo	35,7	36,4	NS
Varones	62	60	NS
IC previa	3,4	2,3	NS
EPOC	5	3,7	NS
Mortalidad	9	5,7	0,04
IC	24	18	0,03
Sangrado	3,7	3,5	NS
Días de internación (mediana y RIC)	5 (4-8)	5 (4-6)	NS

**Introducción:** La enfermedad coronaria es la principal causa de morbimortalidad cardiovascular a nivel mundial. Se estima que entre los pacientes que debutan con un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) el 50% se asocia a enfermedad de múltiples vasos (EMV), siendo este subgrupo de pacientes los que presentan mayor morbilidad y mortalidad en el seguimiento a largo plazo.

Tabla 2: Impacto de la nueva evidencia.

	Muestra total n=1203 (%)	Año <2020 n=914 (%)	Año ≥2020 n= 289 (%)	p
ATC completa	242 (20.12)	186 (20.35)	56 (19.38)	NS

**Objetivos:** 1: Evaluar la prevalencia de revascularización completa en pacientes con IAMCEST durante la fase hospitalaria. 2: Conocer las características de los pacientes a los que se realiza angioplastia (ATC) a múltiples vasos frente a quienes se tratan el vaso responsable únicamente. 3: Establecer la prevalencia de ATC a múltiples vasos luego de las nuevas recomendaciones publicadas en las guías (a partir del año 2020).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes incluidos en forma consecutiva en el registro nacional Argen-IAM-ST desde el año 2015 hasta el 13/02/2022. La muestra inicial fue de 6122 pacientes. Se excluyó a quienes se les realizó otra estrategia diferente a la ATC primaria (n=2261), a aquellos con shock cardiogénico (n=589), a los pacientes sin datos completos (1088) o con enfermedad de un solo vaso (n=981). La población para analizar fue de 1203 pacientes.

**Resultados:** De la población analizada, el 20% (242 pacientes) recibió revascularización completa durante la internación. Estos pacientes presentaban menor prevalencia de diabetes y mayor de insuficiencia cardiaca (IC) al ingreso (24% vs 18%, p=0,03), (ver tabla 1). En el análisis multivariado se comprobó que la presencia de IC fue un predictor independiente de decisión de ATC a múltiples vasos (Odds Ratio 1,4 IC 95% 1,01-2,0, p=0,04). Asimismo, se observó una mayor mortalidad en este grupo (9% vs 5,7%, p=0,04). No encontramos diferencias en la prevalencia de ATC a múltiples vasos a partir del año 2020 con respecto a años previos (19,3% vs 20%, respectivamente p= NS) (ver tabla 2).

**Conclusiones:** La revascularización completa fue utilizada en uno de cada cinco pacientes con EMV. Los médicos han tomado la decisión de realizar ATC a otros vasos en pacientes de mayor gravedad. No se encontraron diferencias en la prevalencia de ATC a otros vasos a lo largo del tiempo. Es esperable un incremento de la ATC a múltiples vasos de acuerdo a la evidencia actual.

## 0291 - UTILIDAD DEL IVUS PARA EVALUAR LA DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA ATEROSCLERÓTICA EN PUENTES MUSCULARES

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica*

**GIMENEZ, Christian** | LOPARDO, Cesar Ariel | VISCONTI, Mariano | GUEVARA, Ivan | MASTANTUONO, Christian Gustavo | CARO, Santiago | ZIVANO, Daniel Francisco | CAFARO, German

Sanatorio Dr. Julio Méndez

**Introducción:** Introducción: Los puentes musculares (PM) pueden ser causantes de dolor anginoso recurrente, siendo hoy en día controversial la angioplastia con stent de la arteria tunelizada debido a la ausencia de resultados favorables a largo plazo. Se ha demostrado que los PM no desarrollan enfermedad aterosclerótica en el segmento de la arteria tunelizada, sino que aumentan el riesgo de ateromatosis a nivel proximal, no habiendo evidencia al momento del resultado de tratar estas lesiones.

**Objetivos:** Objetivo: Determinar la utilidad del ultrasonido intravascular (IVUS) en pacientes con PM, como herramienta para evaluar la mayor carga de enfermedad aterosclerótica a nivel proximal.

**Materiales y Métodos:** Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de 35 pacientes con diagnóstico angiográfico de PM en la arteria descendente anterior. Se llevaron a cabo, a través del IVUS, mediciones de área luminal mínima (ALM) y porcentaje de placa en sus segmentos proximal, en su trayecto intramiocárdico y a nivel distal. Se compararon los resultados obtenidos a nivel de la arteria tunelizada con los resultados a nivel proximal y distal, como outcome primario y secundario respectivamente. Se utilizó mediana y rango intercuartil para reportar variables continuas de distribución no normal. Para comparar resultados entre distintos segmentos se realizó análisis de Mann-Whitney U test. Fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de PM en nuestro centro en el periodo comprendido entre octubre del 2019 y abril del 2022.

**Resultados:** Resultados: Mediana de edad 65 años +/- 17 con las siguientes características: sexo femenino 40%, diabetes 17%, hipertensión arterial 65%, tabaquismo 35%, angioplastia previa %20, forma clínica de presentación: síndrome coronario agudo con elevación del ST 11,4%, síndrome coronario agudo sin elevación del ST 25,7%, valorados de manera programada 62,8%. Los PM se ubicaron en el segmento 7 de la clasificación de Syntax en todos los casos excepto en un paciente donde se ubicaba en el segmento 8. En cuanto al outcome primario: ALM en segmento proximal 5,6 +/- 2,45 vs ALM en PM 6 +/- 2,9 con  $p=0,311$ ; y % carga de placa proximal 62,05% +/- 16,42 vs % carga de placa en PM 32,8% +/- 9,3 con  $p<0,0001$ . En cuanto al outcome secundario: ALM en segmento distal 6,5 +/- 3,2 vs ALM en PM 6 +/- 2,9 con  $p=0,1081$ , y % carga de placa distal 29,8 % +/- 11 vs % carga de placa en PM 32,8% +/- 9,3 con  $p=0,1955$ .

**Conclusiones:** Conclusiones: El IVUS es un instrumento válido para valorar el porcentaje de carga a nivel proximal del PM, la cual es mayor en dicho segmento al compararla con el porcentaje de carga en la arteria intramiocárdica, de manera estadísticamente significativa. Son necesarios trabajos que busquen evaluar los resultados a largo plazo de tratar, mediante angioplastia, el segmento proximal de los PM.

## 0329 - COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE TAVI EN PACIENTES CON VÁLVULA AÓRTICA BICUSPIDE VERSUS TRICÚSPIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

*Modalidad: Tema Libre*

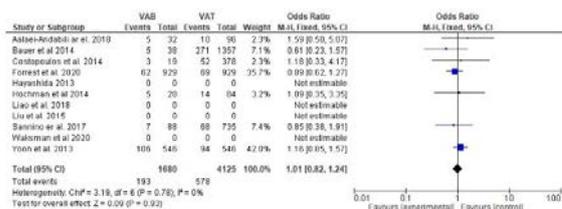
*Unidad Temática: Valvulopatías*

*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

**MUJICA GUTIERREZ, Macarena** | HAIQUEL, Tamara Daniela | VARGAS SANABRIA, Kaytleen Miriam | GUTHMANN, Maria Gabriela | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | DIZEO, Claudio | CALDERON, Gustavo

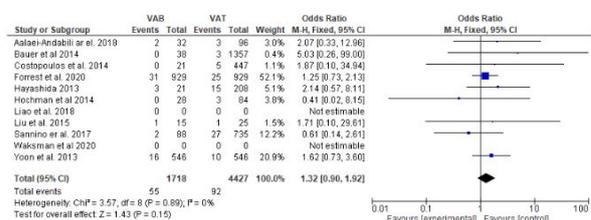
Sanatorio Franchin

### Mortalidad al año



**Introducción:** La prevalencia de válvula aórtica bicúspide se encuentra entre el 0.5 – 1.4% de la población siendo el defecto cardiaco congénito más común. Alrededor del 50% necesitará tratamiento de reemplazo valvular en la edad adulta. Los ensayos clínicos que comparan el reemplazo quirúrgico con TAVI han excluido de manera sistemática a los pacientes con estenosis aórtica con anatomía bicúspide. El reemplazo percutáneo de la válvula aórtica ha evolucionado desde una tecnología novedosa hasta convertirse actualmente en una terapia establecida en pacientes con estenosis aórtica severa independientemente del riesgo quirúrgico, fomentando su uso en pacientes portadores de válvula aórtica bicúspide, teniendo en cuenta las dificultades anatómicas como el anillo valvular no circular que conduce a más fugas paravalvulares y riesgo de rotura, y en algunos casos la calcificación excesiva que puede contribuir a accidentes cerebrovasculares perioperatorios. Por lo que analizar los resultados en VAB es de suma importancia.

### STROKE



**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sistemática y metaanálisis de la evidencia disponible sobre la mortalidad y complicaciones del TAVI en pacientes con válvula aórtica bicúspide comparado con válvula aórtica tricúspide.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda en PubMed/MEDLINE, SciELO, Google Scholar y MedRxbs hasta marzo del 2021. Se seleccionaron estudios que incluyeron pacientes sometidos a TAVI, que compararon Válvula aórtica bicúspide (VAB) y tricúspide (VAT) y que presentaran datos sobre la mortalidad a los 30 días, al año y las siguientes complicaciones: requerimiento de implantación de un nuevo marcapasos, la necesidad de una segunda válvula y el accidente cerebro-vascular. Se incluyeron estudios con pacientes de riesgo quirúrgico basal alto, moderado y bajo.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 10 estudios con 1826 pacientes con VAB y 4697 con VAT. No se encontraron diferencias en la mortalidad a 30 días (OR: 1.28 [0.91 - 1.80], heterogeneidad p=0.68, I<sup>2</sup>= 0%), ni en la mortalidad al año (OR: 1.01 [0.82 - 1.24], heterogeneidad p=0.78; I<sup>2</sup>= 0%). Respecto a las complicaciones, no hubo diferencia en el requerimiento de marcapasos (OR: 1.04 [0.88 - 1.24], heterogeneidad p=0.43; I<sup>2</sup>=1%), stroke post procedimiento (OR 1.32 [0.90 - 1.92], heterogeneidad p=0.89, I<sup>2</sup>=0%) ni en la insuficiencia aórtica grado mayor o igual a 2 (OR 1.13 [0.94, 1.35], p heterogeneidad= 0.44; I<sup>2</sup>= 0%)

**Conclusiones:** No se encontraron diferencias en la mortalidad a 30 días ni al año en pacientes con VAB respecto a VAT en pacientes sometidos a TAVI. Tampoco se encontraron diferencias en las complicaciones peri procedimiento.

## 0528 - CIERRE PERCUTÁNEO DE DEFECTOS MÚLTIPLES DEL TABIQUE INTERAURICULAR MEDIANTE IMPLANTE DE DOS DISPOSITIVOS: EXPERIENCIA INICIAL CON DISPOSITIVOS NIT-OCCLUD® ASD-R Y PFO.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

Unidad Temática 2: Cardiopatías Congénitas Del Adulto

FACUNDO, Ledesma | CONTRERAS, Alejandro | CABRERA, Marcelo Sebastián | PEIRONE, Alejandro Román

**Introducción:** El cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular es desafiante y en la mayoría de estos casos es necesario el implante de más de un dispositivo para lograr el cierre completo. La estrategia más aceptada consiste en la utilización de un dispositivo de comunicación interauricular (CIA) para la oclusión del defecto mayor, seguido del implante de otro dispositivo de CIA, foramen oval permeable (FOP) o cribiforme para ocluir el/los restantes. Sin embargo, aún no existe un claro consenso sobre técnicas de abordaje y tipos de dispositivos a utilizar para el cierre de estos defectos.

**Objetivos:** Reportar nuestra experiencia inicial en el cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular mediante implante de dos dispositivos pfm Nit Occlud® (pfm Medical, Cologne, Germany) utilizando diferentes estrategias.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes en los que se realizó cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular mediante implante de dos dispositivos entre noviembre de 2019 y agosto de 2021. Se incluyeron características demográficas, tipo de defecto, técnica de cierre y resultados.

Paciente	Tipo de defecto	Primer dispositivo	Shunt residual	Segundo dispositivo
#1	Aneurisma multi fenestrado del SIA + FOP + CIA 7 mm	30 mm Nit-Occlud PFO-R	12 mm	18 mm Nit-Occlud ASD-R
#2	Aneurisma del SIA + CIA múltiple (> 4 defectos)	30 mm Nit-Occlud PFO-R	12 mm	14 mm Nit-Occlud ASD-R
#3	2 CIA	20 mm Nit-Occlud ASD-R	14 mm	16 mm Nit-Occlud ASD-R
#4	2 CIA (Cierre en dos tiempos)	24 mm Nit-Occlud ASD-R	15 mm	16 mm Nit-Occlud ASD-R

**Resultados:** Se incluyeron 4 pacientes, 3 de sexo masculino, con una mediana de edad de 44.5 años (35 -64), y una mediana de peso de 73 kg (40-76). Las características de los defectos múltiples del tabique interauricular se resumen en la tabla 1. Mediante la utilización de diferentes estrategias se logró de forma exitosa el cierre de defectos múltiples del tabique interauricular mediante implante de dispositivos Nit Occlud® en todos los casos. En dos pacientes con defectos tipo C según clasificación de Farah y col se implantó inicialmente un dispositivo de FOP, seguido del implante de un dispositivo de CIA para completar el cierre. En tanto que en los dos pacientes restantes (defectos tipo B de Farah y col) se realizó el implante simultáneo de dos dispositivos de CIA. En tres pacientes los dos dispositivos se colocaron en la misma intervención y en el paciente restante, el segundo dispositivo se colocó durante una nueva intervención. Durante el seguimiento (mediana de 1.4 años, rango 0.7-2.5) no se detectaron shunts residuales ni erosiones mediante ecocardiografía Doppler color transtorácica, ni aparición de arritmias en ECG o monitoreo Holter de 24 hs realizado a los 90 días post implante.

**Conclusiones:** La gran variabilidad anatómica de estas lesiones presenta un desafío para la selección del abordaje apropiado. El cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular durante esta experiencia inicial con dispositivos Nit Occlud® ASD-R y PFO fue posible, seguro y efectivo. La técnica utilizada fue exitosa logrando la oclusión completa en todos los casos. No se registraron complicaciones inmediatas ni durante el seguimiento a corto y mediano plazo.

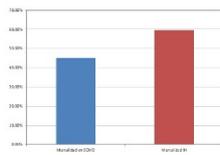
## 0566 - RESULTADOS DE SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO CON ECMO VENOARTERIAL POST CIRUGÍA CARDIACA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

FURMENTO, Juan Francisco | BURGOS, Lucrecia | VRANCIC, Juan Mariano | BARO VILA, Rocio | NAVIA, Daniel | COSTABEL, Juan Pablo | DIEZ, Mirta | SEOANE, Leonardo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires



**Introducción:** La incidencia del síndrome de shock cardiogénico postcardiotomía varía de un 3% a un 5%. La mayoría de estos pacientes reciben tratamiento inotrópico y asistencia con balón de contrapulsación intraórtico (BCIAo), sin embargo una minoría evolucionan con shock cardiogénico refractario necesitando asistencia circulatoria mecánica más allá del BCIAo. Una opción de tratamiento para esta situación es asistencia circulatoria mecánica con oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO siglas en inglés).

**Objetivos:** Analizar los resultados de pacientes sometidos a cirugía cardiaca que requirieron asistencia circulatoria mecánica con ECMO

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes desde febrero de 2014 a febrero de 2022 sometidos a cirugía cardiaca en esta institución. Se discriminaron aquellos que requirieron asistencia circulatoria mecánica con ECMO venoarterial en el posoperatorio.

**Resultados:** De un total de 72 pacientes asistidos con ECMO, 42 (58.3%) fueron postcardiotomía. El 35.7% (n:15) fueron por falla primaria del injerto postrasplante cardiaco y el 64.3%(n:27) post cirugía cardiaca. El INTERMACS de implante fue 1-2, el %73.8 (n: 31) fueron ECMO periféricos, el 21.4% (n:9) fueron centrales y el 4.7% (n:2) fueron de configuración mixta. La media de duración de la asistencia fue de 6.88 días. La principal estrategia utilizada fue puente a la recuperación 88% (n 37), la mortalidad bajo asistencia fue del 45.2% (n: 19) y la mortalidad hospitalaria fue del 59.5%.

**Conclusiones:** Se requirió asistencia circulatoria mecánica con ECMO venoarterial en pocos pacientes posoperatorios de cirugía cardiaca. La principal estrategia utilizada fue como puente a la recuperación. La mortalidad bajo asistencia y la mortalidad hospitalaria fueron elevadas, motivo por el cual tiene que haber una adecuada selección de los pacientes a asistir

## 0620 - ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALON EN HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA "RESULTADOS A 4 AÑOS DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL HOSPITAL EL CRUCE"

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

MILANESI, Josè Maria (1) | HAUQUI, Agustin Ignacio(1) | SOLERNO, Raúl(1) | SAABY, Noelia(2) | OSCOS, Martin(1) | AIMONE, Daniel Eduardo(1) | PEDRONI, Pablo(1) | SARMIENTO, Ricardo Aquiles(1)

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela (1); Hospital Italiano regional del sur (2)

Sesión	PACIENTE 1 (9 sesiones)		PACIENTE 2 (11 sesiones)		PACIENTE 2 NUEVO TIO (6 sesiones)		PACIENTE 3 (5 sesiones)		PACIENTE 4 (2 sesiones)		PACIENTE 5 (4 sesiones)		PACIENTE 6 (2 sesiones)	
	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA
APAP (mmHg)	42	30	46	30	52	36	40	30	29	26	35	29	36	32
RVP (cmH <sub>2</sub> O)	2.6	5.2	6.5	4.8	3.0	8	2.3	8	2.8	3.3	2.5	5	1.8	7
VM (l/min)	2.9	5.33	4	6.77	3	4.7	3.3	5.3	6	5.77	3.2	4.1	3.25	5.6

**Introducción:** La Hipertensión Pulmonar Tromboembolica Crónica (HPTC) tiene como "gold estándar" terapéutico a la Tromboendarterectomía Quirúrgica. El 36% de los pacientes no son pasibles de cirugía. La Angioplastia Pulmonar con Balón (APB) ha surgido como una alternativa terapéutica en pacientes inoperables.

**Objetivos:** Evaluar resultados hemodinámicos y el impacto en la clase funcional de la APB en pacientes con HPTC rechazados para TEQ.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes a los que se le realizó APB por HPTC desde 2018 a la actualidad.

**Resultados:** Hemos tratado 6 pacientes con APB (edad media 54,6 +/- 13,27 años), de los cuales, dos completaron tratamiento, uno óbito, uno continúa en tratamiento y un paciente que ya había completado tratamiento reingreso en 2022 en el programa de APB por un nuevo episodio de tromboembolismo pulmonar en contexto de infección por COVID-19. El 66,6% (n: 4) se encontraban en CF IV al momento de iniciar el tratamiento. Hasta el momento hubo 37 sesiones con 2,56 +/- 0,37 segmentos tratados por sesión. En total se trataron 100 lesiones, de las cuales el 91% (n=91) correspondían a los tipos A y B de Kawakami, y el resto, 9% (n=9) tipo C. Se obtuvo una mejoría de la CF a CF I-II en el 80% de los pacientes. Con respecto a los parámetros hemodinámicos, se comparó la mPAP, el VM y las RVP iniciales con los valores obtenidos en la última sesión. En la mPAP hubo una reducción del 28,57% en el paciente 1, 34,78% en el paciente 2 en su primer tratamiento y 30,77% con las nuevas sesiones, 50 % en el paciente 3, un empeoramiento del 20,68% en el paciente 4 (realizó 2 sesiones y discontinuó su tratamiento), mejoría del 17,14% en el paciente 5 y un valor neutro en el paciente 6, ya que se encuentra iniciando su tratamiento. Con respecto al VM se objetivó mejoría del 36,6% en el paciente 1; 59,25% y 56,67% en el paciente 2, 60,60% en paciente 3, empeoramiento del 3,83% en paciente, mejoría del 28,3% y del 72,31% en los pacientes 5 y 6, respectivamente. Finalmente, en las RVP se evidenció una reducción del 31,57% en el paciente 1; 26,15% y 20% en el paciente 2; 38,46% en el paciente 3, empeoramiento del 17,85% en el paciente 4, mejoría del 28,57% del paciente 5 y 50% en el 6. Con respecto a las complicaciones se observó en el 13,51% del total de sesiones (5 sesiones) edema de reperfusión, de los cuales tres requirieron oxígeno con máscara reservorio (Inami II), una ventilación no invasiva (Inami III) y una asistencia respiratoria mecánica (Inami V). Se observaron 5,40% de hemoptisis (2 casos), ambas cedieron durante el procedimiento con insuflación prolongada con balón. No se evidenciaron complicaciones mayores en los accesos vasculares. La mortalidad relacionada con el procedimiento fue del 2,7% (un paciente).

**Conclusiones:** La APB ha demostrado en pacientes con HPTC inoperables, mejorar la CF y los parámetros hemodinámicos. La experiencia de los primeros 4 años del equipo multidisciplinario del Hospital El Cruce muestra que la APB mejora la CF y los parámetros hemodinámicos de pacientes con HPTC inoperables, pero, es un procedimiento que no está exento de complicaciones.

## **0103 - ENTRENAMIENTO DE LOS MÚSCULOS INSPIRATORIOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA: UNA REVISIÓN DE REVISIONES**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

*Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

**BIZZOZERO PERONI, Bruno | DÍAZ GOÑI, Valentina**

**Instituto Superior de Educación Física. Universidad de la República**

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) tiene una prevalencia mundial de más de 37 millones de personas, con pronóstico de aumento de estas cifras especialmente en adultos mayores (Ziaeián & Fonarow, 2016). El objetivo de esta revisión fue conocer la influencia de la entrenamiento muscular (IMT) sobre la capacidad aeróbica y la fuerza muscular inspiratoria (IMS) en pacientes con IC.

**Objetivos:** Métodos: Realizamos una revisión de revisiones sistemáticas y metanálisis en PubMed y Web of Science hasta agosto de 2019. Este resumen de revisiones sistemáticas se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la Colaboración Cochrane (Becker & Oxman, 2011). Se recomienda este enfoque cuando se intenta resumir, sintetizar y comparar los hallazgos de investigación de revisiones sistemáticas para proporcionar evidencia relevante a los tomadores de decisiones clínicas (Smith et al., 2011). Debido a la heterogeneidad significativa dentro de las revisiones sistemáticas incluidas, no evaluamos los efectos agrupados y proporcionamos resultados más bien descriptivos. Al buscar en PubMed, se utilizaron los términos MeSH (Medical Subject Heading) para definir la enfermedad y la intervención. La combinación fue la siguiente: ('insuficiencia cardíaca' [MeSH]) AND ('ejercicios de respiración' [MeSH] OR 'terapia con ejercicio' [MeSH] OR 'ejercicio' [MeSH] OR 'rehabilitación cardíaca' [MeSH]). Para los términos MeSH 'ejercicios de respiración', 'terapia con ejercicio' y 'ejercicio', se utilizó la opción de restringir al tema principal como función de búsqueda. Además, se seleccionaron otros criterios de búsqueda: estudios de revisión sistemática y/o metanálisis, publicados en inglés o español, a texto completo y en población humana. Se realizó la búsqueda en Web of Science con palabras clave para definir patología, intervención, idioma del estudio y tipo de artículo: ('entrenamiento muscular inspiratorio' OR 'ejercicios respiratorios' OR 'ejercicio respiratorio') AND ('insuficiencia cardíaca') AND ('english' OR 'español') AND ('revisión'). Se identificaron un total de 2053 artículos, de los cuales 4 fueron seleccionados para esta revisión. Se utilizó la herramienta 'Assessment of Multiple Systematic Reviews 2' (AMSTAR-2) para evaluar la calidad de los estudios. Resultados: En los estudios incluidos, se examinaron un total de 10 intervenciones diferentes con 250 pacientes (rango de edad media = 53 a 76 años). Todos los estudios presentaron nivel de confianza alto

(AMSTAR-2). El EMI presentó mejoras significativas sobre la capacidad aeróbica (test de la marcha de 6 minutos: 46.66-71.04 metros;  $p < 0.05$  y  $VO_2$  pico: 2.59-2.65 mL/kg-1/min-1;  $p < 0.01$ ) y la FMI (presión inspiratoria máxima: 16.57-23.36 cmH<sub>2</sub>O,  $p < 0.05$ ) en comparación al grupo control. Programas de intervención de EMI con una duración de 12 semanas reportaron mayores mejoras sobre la capacidad aeróbica y la FMI en comparación a programas de intervención de menor duración.

**Materiales y Métodos:** El EMI es un tratamiento importante y necesario en la rehabilitación cardíaca de pacientes con IC. Son necesarios más estudios que analicen los efectos de diferentes rangos en las características del EMI.

## 0299 - LA INTERNACIÓN EN UCO COMO VECTOR PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE IC.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

*Unidad Temática 2: Investigación Básica*

**KUBALA, Melisa** | NOVIELLI, Diego Sebastián | ISQUIERDO, Ignacio Nicolás | ISQUIERDO, Augusto Matías | ROJAS MONTEROS, María Del Cisne | NUNES DA CRUZ, Sergio | ALLENDE, Norberto Gustavo | SOKN, Fernando José

Clínica IMA Adrogé

Ingreso	Frec. Abs	%	Egreso	Frec. Abs	%	P
NO BB	36	30%	NO BB	7	5.8%	<b>0.034</b>
BB<50%	20	46.6%	BB<50%	48	40%	
BB>50%	61	53.3%	BB>50%	65	54.1%	
NO IECA/ARA	47	39.1%	NO IECA/ARA	18	15%	<b>&lt;0.001</b>
IECA/ARA <50%	28	23.3%	IECA/ARA 2<50%	29	24.1%	
IECA/ARA >50%	40	33.3%	IECA/ARA 2 >50%	64	53.3%	
ARNI	5	4.1%	ARNI	9	7.5%	
MRA NO	88	26.6%	MRA NO	40	33.3%	<b>0.001</b>
MRA SI	32	73.3%	MRA SI	80	66.6%	
OTROS	0	0%	ISGLT2 SI	2	2.4%	<b>0.033</b>
	120	99.9%	ISGLT2 NO	118	97.6%	
<b>Score ingreso</b>	<b>2.8</b>		<b>Score egreso</b>	<b>4.8</b>		<b>&lt;0.001</b>

Tabla 1.

**Introducción:** Las terapias recomendadas para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca basado en la evidencia científica es frecuentemente incompleta al ingreso, en este sentido la internación es una oportunidad para optimizar al alta.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue evaluar, según este score, la medicación de ingreso y compararla con la de egreso hospitalario.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron los pacientes ingresados de forma consecutiva a UCO con diagnóstico de insuficiencia cardíaca; A partir de la base de datos permanente se obtuvieron los datos clínicos, resultados de estudios complementarios, tratamiento previo al ingreso del paciente y las indicaciones al alta. Se utilizó el Score presentado en JACC Marzo/2022, propuesto para cuantificar intensidad de tratamiento y calidad del mismo previo a su ingreso y compararlo con el tratamiento de egreso.

**Resultados:** Se analizaron 125 pacientes consecutivos, ingresados durante el período de 01/2020 al 03/2022, la edad media fue de 71.3 años (+/- 8), sexo masculino (69%). El promedio de internación fue de nueve días. La características basales del tratamiento previo y alta se describen en la tabla 1. Luego de la internación se observa un incremento significativo del Score como reflejo de la adecuación del tratamiento al alta del paciente. Los pacientes que egresan con dosis óptimas de BB + IECA/ARA2+ MRA (bloqueo mineralocorticoide) son 24 (20%). La tasa de uso de las drogas más recientemente aprobadas ARNI y SGLT2 fue muy baja.

**Conclusiones:** El tratamiento indicado al paciente luego de su paso por la UCO resultó más adecuado a las recomendaciones de las sociedades científicas, lo que se evidencia a través de un incremento del Score. La

mejoría de score se logró con drogas clásicas. Asimismo no se pudo implementar un score de excelencia probablemente relacionado con el grado de comorbilidades, barrera socioeconómicos y culturales.

## **0323 - ADHERE SCORE EN FEY CONSERVADA VS FEY DETERIORADA COMO PREDICTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

**OLIVERO VILA, Federico** | VARGAS SANABRIA, Kaytleen Miriam | GUTHMANN, Maria Gabriela | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | DIZEO, Claudio | CALDERON, Gustavo

Sanatorio Franchin

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca es un síndrome cardiovascular de especial interés por su elevada prevalencia, alta hospitalización y mortalidad que aumenta su incidencia debido al envejecimiento de la población y en especial a la mejoría en la supervivencia de la cardiopatía isquémica, generando altos costos al sistema de salud. Con una prevalencia del 1 a 1,5%, una edad promedio de 67 años y riesgo de mortalidad anual de 5-10% anual que se incrementa a 30- 40 % en pacientes graves, es la principal causa de internación en pacientes mayores de 65 años, con alta tasa de reinternación. La IC FEY preservada representa un 30-50% de los casos con pronóstico similar a la FEY deteriorada. De esta manera es importante una evaluación rápida inicial al momento de la consulta, que permita diferenciar aquellos pacientes en mayor riesgo de muerte intrahospitalaria. El ADHERE score (Acute Decompensated Heart Failure National Registry) permite con 3 valores al ingreso del paciente (Tensión arterial Sistólica, Nitrógeno ureico en sangre y Creatinina) valorar el riesgo de muerte intrahospitalaria. Dicho score no considera la FEY del paciente al momento del ingreso y para la evaluación del riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

**Objetivos:** En el presente estudio el objetivo es evaluar la utilidad del ADHERE score en pacientes que ingresaron con diagnóstico de Síndrome de insuficiencia cardíaca aguda en dos grupos, Preservada (FEY  $\geq$ 50%) Vs. Deteriorada (FEY < 50%).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional que incluyó todos los pacientes que consultaron por Síndrome de insuficiencia cardíaca aguda. Se dividió en dos grupos: FEY  $\geq$  50% y FEY menor a 50%. Se calculó el Adhere Score teniendo en cuenta TAS y BUN de ingreso y se dividió en 5 grupos: Riesgo Bajo, intermedio 3, intermedio 2, intermedio 1 y Alto riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Se tomó como Punto final primario la muerte intrahospitalaria de cualquier causa y como punto secundario el combinado de mortalidad y requerimiento de ARM

**Resultados:** La muestra fue de un total de 614 pacientes. 180 FEY conservada, 434 FEY deteriorada. FEY conservada se dividió en Bajo riesgo: 123; Int.3: 41; Int.2: 12; Int.1: 3; Alto riesgo: 1 FEY deteriorada se dividió en Bajo riesgo: 267; Int.3: 122; Int.2: 21; Int.1: 18; Alto riesgo: 6 El Punto final primario se dio en 8 pacientes (4%) del grupo con FEY conservada (Bajo riesgo 3; Int.3: 2; Int.2:3) y en 16 pacientes (3,68%) del grupo de FEY deteriorada (Bajo riesgo 6; Int.3: 4; Int. 1: 4; Alto riesgo: 2) En este estudio no hubo diferencias en la mortalidad en los grupos de FEY conservada y FEY deteriorada ( $p=0.56$ ) El Adhere fue no predictor de mortalidad en el grupo de FEY conservada (OR 1.93 IC95% 0.93-4.01),  $p=0.07$ ) pero sí fue predictor del punto combinado (OR 3.13 (ic95% 1.76 – 5.55),  $p<0.001$ ). En el grupo de FEY deteriorada, el Adhere fue predictor tanto de mortalidad como del punto combinado (OR 2.23 (IC95% 1.55- 3.37),  $p<0.001$  y OR 1.91 (ic95% 1.33-2.75),  $p<0,001$ ; respectivamente)

**Conclusiones:** En los pacientes con FEY conservada, el adhere no fue predictor de mortalidad, pero sí del punto combinado; mientras que en los pacientes con FEY reducida, el Adhere fue predictor tanto de mortalidad como del punto combinado.

## **0336 - INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCION DE EYECCION PRESERVADA¿ES UNA SOLA ENTIDAD?**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

*Unidad Temática 2: Miocardiopatías*

**FERNANDEZ VILLAR, Gonzalo Manuel** | BELZITI, Cesar | BLURO, Ignacio | VILLANUEVA, Eugenia | DELGADO GAETE, Mauricio | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | PIZARRO, Rodolfo

## Hospital Italiano de Buenos Aires

Variable	Miocardio patía amiloidea	Miocardio patías asociadas a las enfermedades crónicas	Miocardio patía Hipertrofica	Valor de p
N	49	46	33	
Edad	80	82	47	< 0,001
Sexo				< 0,001
Femenino	41 (85 %)	15 (33%)	23 (70%)	
Masculino	9 (18%)	31 (66%)	10 (30%)	
Hipertensión arterial	32 (65%)	35 (76%)	13 (41%)	< 0,001
Diabetes	16 (41%)	18 (41%)	7 (22%)	0,16
Enfermedad Renal crónica	6 (16%)	9 (20%)	3 (9%)	0,43
Tropinas promedio	13 (24%)	14 (33%)	3 (9%)	0
Tropinas promedio	51 (85-60%)	26,5 (14-61%)	0 (0-60%)	< 0,001
pro-BNP promedio	3752 (1245-5414)	2995 (1386-6903)	0 (0-594)	< 0,001
pro-BNP mínimo	2052 (488-3048)	1040 (493-4188)	0 (0-594)	< 0,001
pro-BNP más alto	5048 (1919-9581)	4381 (2012-9918)	0 (0-594)	< 0,001
Fibrilación auricular	18 (38%)	26 (56%)	1 (3%)	< 0,001
Fracción de eyección	60 (55-60 %)	60 (50-61 %)	60 (50-64%)	0,017
Tipo de llenado	23 (41%)	23 (41%)	23 (41%)	0,32
Normal	0	1 (6 %)	5 (19 %)	
Alteración de la relajación	0	9 (52 %)	2 (11 %)	
Pseudonormal	10 (45%)	6 (35 %)	11 (39 %)	
Restringido	4 (18 %)	1 (6 %)	1 (4 %)	
Volumen de aurícula izquierda	98 (85-11)	87,8 (71-119)	74 (58,5-101)	0,007
Onda a pnc	0,9 (0,7-1,1)	0,97 (0,77-1,13)	0,71 (0,61-0,9)	0,004
Onda a	0,78 (0,46-0,89)	0,99 (0,88-1,1)	0,7 (0,62-0,9)	0,01
Area aurícula izquierda	28 (22-31)	26,5 (25-33)	21,9 (19-28)	0,03
Area aurícula derecha	23 (18,7-27)	25 (17,5-32)	17 (12,3-29)	0,23
Volumen indexado de aurícula izquierda	43 (41-49)	51 (43-71)	37,6 (35-48)	< 0,001
Psi	43 (41-49)	45 (36-49)	26 (24-29)	< 0,001
Tapas / psp	0,4 (0-0,68)	0,42 (0,29-0,89)	0,74 (0-1,1)	0,61

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada (ICFSP) constituye un síndrome clínico en el cual se incluyen a diferentes entidades nosológicas. Al día de la fecha no contamos con ningún tratamiento que haya logrado disminuir la mortalidad de estos pacientes, una explicación posible podría ser la heterogeneidad existente entre las diferentes poblaciones incluidas en este síndrome.

**Objetivos:** Comparar las características clínicas y ecocardiográficas de pacientes con tres fenotipos diferentes de ICFSP. .

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el cual se incluyeron pacientes con amiloidosis cardíaca (AC), miocardiopatía hipertrofica (MH) e ICFSP asociada a enfermedades crónicas (MAEC). Se revisaron 204 historias clínicas de pacientes, de un centro de buenos aires que padecían algunas de las características mencionadas. Se analizaron las características clínicas, ecocardiográficas de cada uno.

**Resultados:** Se incluyeron 128 pacientes, con fracción de eyección preservada igual o mayor al 60 %, quedando 46 pacientes en el grupo con AC, 49 con MAEC y 33 con MH. Las características de cada uno se pueden ver en la tabla 1 . Analizando las características ecocardiográficas de los pacientes con miocardiopatía hipertrofica presentan valores de psp inferiores a los otros 2 grupos. Además encontramos que los pacientes con enfermedades crónicas tienen una prevalencia de fibrilación auricular del 55 %, en comparación con un 3 % en el grupo con MH y 38 % en el grupo con AC. Tanto el grupo con AC y MAEC presentaba un mayor volumen indexado de aurícula izquierda.

**Conclusiones:** En base a los hallazgos presentados, vemos que los pacientes con síndrome de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada presentan características clínicas y ecocardiográficas distintas, por lo cual no se trata de una sola entidad. La búsqueda de etiología específica en la ICFSP es mandatoria para la caracterización clínica de estos pacientes.

## 0364 - "DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL DURANTE LA INTERNACIÓN COMO PREDICTOR DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA"

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

*Unidad Temática 2: Cardiología Clínica*

CONCA, Ailín Betsabé | VARGAS SANABRIA, Kaytleen Miriam | GUTHMANN, Maria Gabriela | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | DIZEO, Claudio | CALDERON, Gustavo

### Sanatorio Franchin

**Introducción:** La Insuficiencia Cardíaca es una enfermedad crónica con un impacto sociosanitario importante. La insuficiencia renal es un factor pronóstico adverso en este tipo de pacientes, y una de las manifestaciones más frecuentes. Las recomendaciones en los tratamientos de pacientes con IC y enfermedad renal crónica (ERC) concomitante no difieren, en general, de las de los pacientes con función renal normal. Pero los pacientes con enfermedad renal moderada o grave han sido excluidos de la mayoría de los ensayos clínicos, y faltan evidencia y seguridad en los tratamientos que aplicar a estos pacientes. La IC como síndrome primario puede experimentar ERC secundaria, y viceversa, o ambos pueden coexistir sobre las bases de factores de riesgo compartidos o desórdenes sistémicos. Además los biomarcadores como el péptido natriurético B (BNP) o el pro-BNP N-terminal tienen un elevado valor predictivo negativo en los pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedad renal. El

efecto del empeoramiento del filtrado glomerular estimado (FGe) sobre los niveles de BNP y especialmente pro-BNP N-terminal se relaciona con aclaramiento renal empeorado y anormalidades cardíacas subyacentes.

**Objetivos:** Este estudio analiza la prevalencia y el valor pronóstico del deterioro de la función renal en pacientes ingresados a Unidad Coronaria en contexto de insuficiencia cardíaca.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, donde se incluyó pacientes que ingresaron a unidad coronaria, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda. Se evaluó la función renal al ingreso y a las 48 hs. Se dividió a los pacientes en dos grupos: con deterioro función renal y sin deterioro función renal. Se definió deterioro renal (DR) a un incremento en la creatinina  $> 0.3$  mg/dL a las 48 horas respecto del ingreso. Se considero como punto final primario de complicaciones intrahospitalarias al combinado de muerte, requerimiento de ARM, de inotrópicos por mas de 48 hs y estadía hospitalaria mayor de 7 días.

**Resultados:** Se incluyeron 235 pacientes (23 presentaron Deterioro renal -9.7%- y 212 en no presentaron deterioro renal). La edad promedio fue de  $58 \pm 7$  años y el 35% mujeres. El punto final combinado se observó en el 14.8% de los pacientes (n=35) con una mortalidad intrahospitalaria de 4.6% (n=11). La uremia de ingreso fue de  $60 \pm 39$  mg/ml, la creatininemia  $1.49 \pm 1,3$  mg/ml y el NT- proBNP  $6394 \pm 5800$  pg/ml. El deterioro renal resulto predictor independiente del punto combinado (OR ajustado por uremia, creatininemia y NT-proBNP al ingreso: 5.82 (IC95% 1.92- 12.75),  $p=0.01$ ). El NT-proBNP también resultó predictor independiente del punto combinado (OR 1.02 (IC95% 1.01-1.03),  $p=0.04$ )

**Conclusiones:** En nuestra población casi el 10% deterioro la función renal luego del ingreso. El presentar deterioro de la función renal fue predictor del punto combinado independientemente de la función renal de ingreso y del NT-proBNP.

## **0445 - FASE VULNERABLE DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS, REINTERNACIONES Y MORTALIDAD EN UN CENTRO PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

**MARPEGAN, Cecilia** | PUTARO, Carolina Barbara | BARMAK, Martin Eitan | MERLO, Mariano Martin | GOMEZ, Luis Enrique | MANGARIELLO, Brenda | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Hombres	40 (78,43%)
Edad	60 (40-70)
<b>ETIOLOGÍA IC</b>	
Isquémico necrótica	12 (23,52%)
Hipertensiva	12 (23,52%)
Chagásica	5 (9,8%)
Otras infecciosas	4 (7,8%)
Valvular	3 (5,88 %)
Periparto	2 (3,92 %)
Infiltrativa	2 (3,92 %)
Hipertensión Pulmonar	1 (1,96%)
En estudio	13 (25,49%)
<b>PRESENTACIÓN INTERNACIÓN</b>	
Global	33,33%
IC derecha	31,37%
Edema Agudo de Pulmón	19,6%
IC izquierda	11,76%
Shock cardiogénico	3,92%
<b>ANTECEDENTES</b>	
DBT	17 (33,33%)
HTA	26 (50,98%)
Enfermedad coronaria	13 (25%)
Insuficiencia renal crónica	9 (17,64%)
Tabaquista/ex tabaquista	28 (54,9%)
<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>	
Fibrilación auricular/aleta auricular	13 (25,49%)
Bloqueo completo rama izquierda	14 (27,45%)
Bloqueo completo rama derecha	2 (3,92%)
<b>ECOCARDIOGRAMA</b>	
FSVI deteriorada	34 (66,67%)
FSVI ligeramente deteriorada	8 (15,68%)
FSVI preservada	9 (17,64%)
<b>TRATAMIENTO ICFD (n:36)</b>	
IECA/ARAI/ARNI	77,7%
Betabloqueantes	97%
Antagonista de receptores de mineralocorticoides	58%
ISGLT2	13%

**Introducción:** A pesar de los innumerables avances en el conocimiento y tratamiento de la insuficiencia cardíaca(IC), el número de pacientes(P) continua en ascenso. Se denomina fase vulnerable a los 30 días luego de una hospitalización por IC aguda descompensada(ICAD); durante éste, el 30% de los P reingresa y el 60% lo hace en los primeros seis meses. Por lo cual resulta fundamental realizar un seguimiento estrecho en ésta etapa de transición y así intentar reducir las reinternaciones y la morbimortalidad.

<b>Seguimiento</b>	
<b>Reinternaciones a los 30 días</b>	<b>0</b>
<b>Reinteraciones al año</b>	<b>4 (8,69%)</b>
<b>Fallecidos a los 30 días</b>	<b>1 (1,96%)</b>
<b>Fallecidos al año</b>	<b>4 (8,69%)</b>

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas, estrategias diagnósticas, terapéuticas y evolución durante la fase vulnerable y dentro del primer año de una internación por ICAD.

**Materiales y Métodos:** Se analizó una cohorte retrospectiva de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron 51 P desde octubre de 2020 hasta abril de 2022 que cursaron internación por ICAD, con seguimiento ambulatorio mínimo de 30 días (dos visitas o una visita y un llamado telefónico). Las variables categóricas fueron representadas como porcentaje, las variables continuas como media o mediana con su respectivo intervalo de confianza o rango intercuartilo.

**Resultados:** Se analizaron 51 P que ingresaron de forma consecutiva al consultorio durante la fase vulnerable de la IC. Predominó el género masculino (78%) con una media de edad de 60 años. El 66% de la población presentaba IC con fracción de eyección deteriorada (ICFD), mientras que el 17% IC con fracción de eyección preservada (ICFP). La etiología más frecuente fue la isquémico necrótica (23%), seguida por la hipertensiva (16%). Cabe destacar que el 25% de la población continuaba en estudio etiológico al momento de finalizar este trabajo. El 33% de los P ingresaron por IC global, seguido por la IC derecha (31%). Más de la mitad de la población tenía antecedentes de tabaquismo (tbq) e hipertensión arterial (HTA), el 33% eran diabéticos (DBT) y un cuarto tenía enfermedad coronaria (EC). Se observó que más del 25% de la población tenía arritmia auricular y casi el 30% presentaba bloqueo completo de rama izquierda. Durante el seguimiento, el 94% de la población recibió betabloqueantes (BB); 82% inhibidores del sistema renina angiotensina (ISRA)/inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina (ARNI), 49% antagonista de mineralocorticoides (ARM) y 9% inhibidores del cotransportador sodio glucosa tipo 2 (ISGLT2). Entre los 51 P en seguimiento no hubo reinternaciones (RI) en los primeros 30 días, sin embargo 9% de la población lo hizo durante el primer año. Un P murió en el primer mes y 9% al año.

**Conclusiones:** Al igual que en otros registros nacionales, predominó el género masculino, la etiología isquémico necrótica, la presentación como congestión mixta, una tercera parte de la población era DBT y un cuarto tenía antecedentes de EC; sin embargo en nuestro medio los P fueron más jóvenes, con mayor prevalencia de ICFD. Respecto al tratamiento farmacológico en el grupo con ICFD nuestros resultados fueron similares y en algunos casos superiores al tratamiento al egreso hospitalario publicado en el registro ArgenIC; utilización de BB 97% vs 79%; ISRA/ARNI 78% vs 71% y ARM 58% vs 56% respectivamente. En el registro OFFICEIC AR, en P con más de 3 meses de externación se observó que el 89% recibía BB; 57% ISRA, 29% ARNI y 79% ARM. Las RI fueron más frecuentes durante el primer mes en el ArgenIC (17%) respecto a nuestro centro (0%) al igual que la mortalidad (5% vs 2%), cabe aclarar que en el Argen IC solo el 47% había accedido a la consulta médica al mes del alta.

## 0245 - PREDICCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

*Unidad Temática 2: Arritmias y Electrofisiología*

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | OLGUIN, Lisandro(2) | D' IMPERIO, Herald(1) | **RIZZO, Lucila** (1) | ALTAMIRANO, Maria Laura(3) | DIAZ, Daniela(3) | MITRIONE, Cecilia(3) | LESCANO, Adrian(1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Colegio Argentino de Cirujanos CV (2); GRUPO ARGEN CCV (3)

Puntaje	ARGEN CCV			AFRI		
	N 799	Prevalencia	FA POP	N 1378	Prevalencia	FA POP
0	79	9,9	7,6	190	13,7	10
1	301	37,7	15	362	26,3	17,4
2	310	38,8	23	481	34,9	18,5
3	102	12,8	30	309	22,5	27
4	7	0,9	28	36	2,6	39

Puntaje	ARGEN CCV			POAF		
	N 799	Prevalencia	FA POP	N 4290	Prevalencia	FA POP
0	30	3,8	20	613	14,2	13
1	174	21,8	8	1363	31,8	19,5
2	284	35,5	16	1320	30,8	30
3	203	25,4	27	-	-	-
4	93	11,6	35	-	-	-
5	15	1,9	40	-	-	-
≥3	311	38,9	30	994	23,2	42,5

**Introducción:** La Fibrilación Auricular (FA) que se produce en el postoperatorio de la cirugía cardíaca es un evento que ocurre en casi un tercio de los pacientes, modifica negativamente la evolución postoperatoria, prolonga las internaciones y puede prevenirse mediante el uso de medicaciones específicas por lo que poder evaluar qué pacientes tienen más riesgo de desarrollarla se torna de importancia clínica. Existen scores

predictivos del desarrollo de FA que han sido realizados en otros países y con otras poblaciones que podrían ser utilizados en nuestra práctica cotidiana.

**Objetivos:** Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de FA postoperatoria en nuestro medio de acuerdo al tipo de cirugía (CRM, valvular sola, combinada) 2) Validar en nuestra población al AFRI (atrial fibrillation risk index) y al POAF score (postoperative atrial fibrillation score) como predictores del desarrollo de FA postoperatoria.

**Materiales y Métodos:** Se analizó la base de datos con resultados parciales del Registro Argentino de Cirugía Cardiovascular (ARGEN CCV) con los primeros 1001 pacientes incluidos desde marzo del 2018 a abril del 2022. Se excluyeron pacientes que no contaban con datos para realizar los scores o que no tenían registrado el evento de FA postoperatoria. Se calcularon los puntajes de riesgo de FA: AFRI y POAF score. Se estimó el valor predictivo y la validez de ambos scores mediante su poder de discriminación por área bajo la curva ROC y calibración según el test de bondad de ajuste para modelos de regresión logística de Hosmer-Lemeshow.

**Resultados:** de 1001 pacientes ingresados se excluyeron 91 por tener algún dato faltante que impidiera calcular los 2 scores a validar, 56 por no tener consignado si hicieron o no FA postoperatoria en la ficha de registro, 41 p por tener antecedentes de FA y 14 por presentar FA en el ECG de ingreso a recuperación postoperatoria. Se analizaron entonces 799 p. Edad mediana 64 (RIC 57-71), 74% hombres, 77% HTA, 29% DBT, 29% DLP, 17% tabaquista, 16% disfunción sistólica, 15% IC previa, 16% EPOC. CRM sola: 47%, valvular solo: 32,4% cirugías combinadas: 20,6%. Prevalencia de FA postoperatoria global: 20%, en CRM: 18%, en valvulares 22% y en cirugía combinada 26%. Las prevalencias de categorías de riesgo por ambos scores y el porcentaje (%) de pacientes que desarrollaron FA postoperatoria del ARGEN CCV se muestran en la tabla. El ABC ROC del AFRI fue de 0,61 (IC95% 0,56-0,66) y el ABC ROC del POAF score fue de 0,65 (IC95% 0,6-0,7). Test de Hosmer-Lemeshow de 0,6 y 0,02, respectivamente.

**Conclusiones:** 2 de cada 10 pacientes presentan FA en el postoperatorio de cirugía cardíaca. El AFRI fue útil para predecir el desarrollo de FA postoperatoria en nuestra población. No así el POAF score.

## 0252 - ARGEN CCV: RESULTADOS PARCIALES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR EN ARGENTINA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

CÁCERES, Leonardo Luis (1) | RUANO, Carlos(1) | HERNAN, Del Percio(2) | D' IMPERIO, Heraldo(1) | ANABEL, Miranda(3) | GRAMAGLIA, Franco Santiago(3) | JIMENEZ, Lautaro(3) | A DE TOURMEMINE, Susana(3)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Colegio Argentino de Cirujanos CV (2); GRUPO ARGEN CCV (3)

**Introducción:** Con el objetivo de actualizar nuestros datos en cirugía cardiovascular, la Sociedad Argentina de Cardiología y el Colegio de Cirujanos Cardiovasculares diseñaron el Registro ARGEN CCV, el cual comenzó en mayo 2021 y finalizará en septiembre 2022. Participan 47 centros de Argentina. Presentaremos aquí los resultados parciales de los pacientes sometidos a cirugía valvular sola o combinada con CRM.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas y evolutivas de los pacientes sometidos a cirugía valvular sola o combinada.

**Materiales y Métodos:** El registro ARGEN CCV es un estudio prospectivo, multicéntrico, de carácter nacional con inclusión de pacientes sometidos a cirugía cardíaca coronaria (CRM), valvular, de aorta ascendente o combinadas. Se trata de un registro actualmente en curso, que se completa mediante la plataforma REDCap del Área de Investigación SAC. Se analizaron y compararon características clínicas, intraoperatorias y evolución intrahospitalaria de los pacientes a los que se les realizó cirugía valvular sola o combinada con CRM.

**Resultados:** 1001 p incluidos, de los cuales 405 fueron cirugías valvulares: un 72% sola (n=293) y un 28% combinada con CRM (n= 112). Edad mediana global fue de 67 años (RIC 58-74). Sexo masculino 63%. Hipertensión arterial 75%, diabetes 23%, dislipemia 46%, tabaquismo 10%. Antecedentes: insuficiencia cardíaca 22%, infarto de miocardio 8%, fibrilación auricular (FA) crónica 11%. Los pacientes sometidos a cirugía combinada fueron más probablemente hombres (78 vs 58%, p 0,001), más añosos (edad mediana 71 vs 65 años, p 0,001), más hipertensos (87 vs 70%, p 0,001) y dislipémicos (61 vs 40%, p 0,001). Tuvieron más antecedente de infarto (15 vs 5%, p 0,001) y menos FA crónica (5 vs 13%, p 0,001). La valvulopatía intervenida más frecuentemente fue la estenosis aórtica en un 64% (n=261), seguida de la insuficiencia mitral en un 25% (n=102), un 15% de insuficiencia aórtica (n=62), 5% estenosis mitral (n=20), 1% otras (n=4). Las cirugías fueron programadas en un 89%, de urgencia en un 10% y solo 1% fue de emergencia. En la valvulopatía aórtica se utilizó más frecuentemente prótesis biológica (68%) mientras que en la posición mitral fue más frecuente la prótesis mecánica (57%). Plástica mitral 9% y tricúspidea 5%. El tiempo de circulación extracorpórea de los p con cirugía valvular aislada fue de 95 min (RIC 75-115) versus 120 min (RIC 95-160) en las cirugías combinadas con CRM (p<0,001). Evolución: hemorragia 11%, reexploración 4%, disfunción del ventrículo derecho (VD) 5%, síndrome bajo gasto 20%, requerimiento inotrópico/vasopresor 74%, FA nueva 27%, marcapasos definitivo 5%,

insuficiencia renal 14%. Infección posquirúrgica 8%. Mediastinitis 2%. Los pacientes con cirugía combinada tuvieron más disfunción del VD (10 vs 4%, p 0,001), síndrome de bajo gasto cardiaco (35 vs 14%, p 0,001), insuficiencia renal (22 vs 11%, p 0,001) e infecciones post quirúrgicas (13 vs 6%, p 0,02). Permanencia en internación: 8 días (RIC 6-14). Mortalidad: valvulares puros 9%, combinados 18%.

**Conclusiones:** Los datos parciales del ARGEN CCV nos permiten saber que la mayoría de las cirugías ocurren en hombres de menos de 70 años. El reemplazo valvular aórtico es el más frecuente en nuestro medio y las cirugías combinadas se dan en uno de cada tres pacientes. El síndrome de bajo gasto y las hemorragias son las complicaciones más frecuentes. La mortalidad de las cirugías combinadas es del doble que la de las cirugías valvulares aisladas.

## 0289 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y RESULTADOS PERIPROCEDIMIENTO DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

ACOSTA, María Florencia | **BARBOSA, María Belen** | CORONEL, Roberto | COSTA, Diego | DALICANDRO, Anabel | MATSUDO, Maia | SARDAN RENGEL, Omar Yerko | SERÓ, Bernardo

### Sanatorio Sagrado Corazón

Características (n = 110)	Media [Rango intercuartil] o n(%)
Edad	61 (54 – 70)
Masculino	92 (85.2)
Diabetes	27 (25.5)
Dislipidemia	61 (57.5)
Fumadores	29 (27.4)
Ex fumadores	35 (33.0)
Antecedentes de infarto	32 (30.2)
Fracción de eyección reducida	53 (41.2)
Acceso radial	37 (33.6)
Lesión distal del tronco coronario izquierdo	50 (58.8)
Lesión de descendente anterior	83 (79.8)
Revascularización completa	61 (55.5)
Guiada con IVUS	103 (93.6)
Aterectomía rotacional.	21 (19.1)
Número de stent	
1	23 (20.9)
2	30(27.3)
3	25 (22.7)
> 3	32 (29.1)
Tipo de stent liberador de Drogas	
Zotarolimus	90 (81.8)
Everolimus	26 (23.6)
Paclitaxel	7(6.4)

**Introducción:** La enfermedad aterosclerótica del tronco coronario izquierdo se encuentra entre el 5 al 6% de todas las angiografías coronarias. La revascularización, según las guías actuales, tiene una recomendación de clase IA y existe un debate sobre cuál es la mejor estrategia para la misma, si la cirugía de revascularización coronaria o la intervención coronaria percutánea. La selección del método depende de las características del paciente (edad, sexo, comorbilidades, fragilidad), así como las consideraciones anatómicas.



**Objetivos:** Nuestro objetivo es describir a los pacientes con enfermedad de tronco coronario izquierdo que fueron tratados con intervención coronaria percutánea en un centro de tercer nivel e informar los resultados a corto plazo.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes con intervención coronaria percutánea del tronco coronario izquierdo entre 2013 y 2019. Las características basales se extrajeron de la historia clínica electrónica. La lesión renal aguda se definió como un aumento absoluto de la

creatinina sérica mayor o igual a 0,3 mg/dl o mayor o igual a 1,5 veces del valor basal. El infarto de miocardio tipo IVa fue definido según la Tercera Definición Universal.

**Resultados:** Se realizaron un total de 110 procedimientos durante el período de estudio (Figura 1). La mayoría de los pacientes eran hombres, con una mediana de edad de 61 años. Un número considerable de pacientes mostró una fracción de eyección reducida (41,2%). Las lesiones principales izquierdas fueron más frecuentemente distales y asociadas con enfermedad de la arteria descendente anterior izquierda. El acceso radial se utilizó en una minoría de casos (33,6%), y la mayoría fueron guiados por IVUS (93,6%). La revascularización completa se logró en el 55,5%. El número de procedimientos a lo largo del tiempo se muestra en la Figura 2. Se puede ver un aumento del mismo después de 2016 coincidiendo con la publicación del ensayo EXCEL. Solo hubo 1 muerte (0,9%) durante el periodo de hospitalización, con alta incidencia de infarto de miocardio tipo IVa (19,1 %) y daño renal agudo (10 %), y una baja incidencia de hemorragia mayor TIMI (1,8 %)

**Conclusiones:** La práctica actual marca un aumento de la intervención coronaria percutánea del tronco coronario izquierdo a lo largo del tiempo, de acuerdo con las nuevas guías y directrices. Esto puede deberse a que muchos de los aspectos técnicos fueron mejorados, como la guía IVUS, que se utilizó en la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio. Aunque la mortalidad a corto plazo asociada con el procedimiento fue muy baja, así como un bajo riesgo de sangrado, hubo una alta incidencia de infarto de miocardio tipo IVa y solo la mitad logró una revascularización completa. Por lo tanto, a pesar de los resultados inmediatos prometedores en la práctica clínica, el seguimiento a largo plazo será esencial para determinar el papel futuro de la intervención coronaria percutánea en el tronco de coronaria izquierda.

### **0343 - ANÁLISIS SOBRE LAS COMPLICACIONES ACTUALES DEL TAVI EN PACIENTES CON RIESGO QUIRÚRGICO ELEVADO EN ARGENTINA.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Valvulopatías*

**PALMIERI, Martin Alejandro** | SUSHEK, Sol | IGLESIAS, Daniel | LEONARDI, Mariela | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

**Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)**

**Introducción:** Introducción: La estenosis aortica es la enfermedad valvular más frecuente y la primera causa de recambio valvular. Su prevalencia sigue en aumento debido al envejecimiento de la población. En la actualidad, si bien la cirugía de reemplazo valvular sigue siendo la primera opción para el tratamiento de la enfermedad aórtica sintomática, el implante el implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) es una opción de tratamiento que va ganando terreno no solo en el grupo de alto riesgo, sino también en los grupos de moderado y bajo riesgo. Este procedimiento no está exento de complicaciones, principalmente en los pacientes de alto riesgo.

**Objetivos:** OBJETIVOS El propósito de este estudio es evaluar las complicaciones intrahospitalarias de pacientes considerados de alto riesgo sometidos a TAVI en un centro de la ciudad de buenos aires. **MÉTODOS** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se incluyeron pacientes de alto riesgo quirúrgico (STS > 5, argenscore > 25.8) sometidos a TAVI en un único centro de la ciudad de Buenos aires. Se evaluaron las siguientes complicaciones intrahospitalarias: Mortalidad intrahospitalaria, los accidente cerebrovascular postprocedimiento, necesidad de marcapasos definitivo y la insuficiencia paravalvular (leak). **RESULTADOS** Se incluyeron 61 pacientes con una edad de 81 +/- 8 años, el 64% mujeres. El STS promedio fue 7.1 +/- 3 y el ArgenScore fue de 34 +/- 7. El implante fue exitoso en 98% de los pacientes. La prótesis más frecuentemente implantada fue la ACURATE (67%), seguida de la Evolut (29%). Respecto a las complicaciones, el 19% requirió colocación de marcapasos definitivo (n=12), el 3.2% presentó ACV perioperatorio (n=2), el 11.4% presento leak periproteisico moderado (n=7) y un paciente severo. La mortalidad intrahospitalaria fue de 1.6% (n=1)

**Materiales y Métodos:** CONCLUSIONES En nuestra población de pacientes con EAO severa de alto riesgo quirúrgico, el implante de TAVI presentó una baja tasa de complicaciones con una mortalidad intrahospitalaria menor al 2%.

### **0381 - SISTEMA DE PUNTAJE PREDECIR MORTALIDAD POSTOPERATORIA LUEGO DE UN REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Valvulopatías*

*Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular*

ESPINOZA, Juan Carlos | BRISCO, Isaac | VILLAGRA, Maximiliano | CORTEZ, Marcia | VRANCIC, Juan  
Mariano | PICCININI, Fernando | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

**Objetivos:** Desarrollar y validar un sistema de puntuación (score) clínico para predecir óbitos luego del reemplazo valvular aórtico.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de datos obtenidos de forma prospectiva durante un período de 15 años (2003-2017) de todos los pacientes sometidos a cirugía de reemplazo valvular aórtico asociada o no a revascularización coronaria (n = 2.441). Aleatoriamente la muestra se dividió en dos. El sistema de puntuación (Score) fue desarrollado en una sub-muestra de aproximadamente el 50% seleccionados al azar (Grupo Prueba, n = 1.207) y luego validada en el 50% restante de la muestra original (Grupo Validar, n = 1.234). Para seleccionar las variables a incluir en el sistema de puntuación, hemos ajustado un modelo de regresión logística paso a paso (forward stepwise) para óbito dentro de los primeros 30 días posoperatorios. Los predictores seleccionados fueron incluidos en el modelo luego de un análisis de resampléo x 1000 del Grupo Prueba (Bootstrap). La eficacia en la predicción se comparó mediante el área bajo la curva ROC (receiver operating characteristic).

**Resultados:** La mortalidad postoperatoria global en toda la muestra fue del 5,1%. La probabilidad predictiva resultante de fallecer luego de la cirugía estuvo comprendida entre un mínimo de 0,14% a un máximo de 99,52%. Las variables incluidas en el modelo predictivo final fueron: edad, talla, presencia de insuficiencia cardiaca, antecedente de cirugía cardiaca previa, y la disfunción ventricular izquierda. El área bajo la curva ROC en el Grupo Prueba fue 0.720 (IC 95% 0,652 - 0,788; p<0,001) y fue similar al del Grupo Validación 0,725 (IC 95% 0,657 - 0,794; p<0,001). Se estratificó en terciles (riesgo bajo, intermedio, y alto) la probabilidad predictiva resultante para aumentar su utilidad clínica. La mortalidad a través de todos los niveles de riesgo fue 1,28% (0,55%-2,96%), 4,6% (IC95% 2,96%-7,07%), 9,9% (IC95% 7,37-13,23%) para riesgo bajo, intermedio y alto respectivamente. La mortalidad en cada nivel de puntuación del Grupo Validación estuvo comprendido dentro del intervalo de confianza del 95% del Grupo Prueba. Esto demuestra la validez del modelo predictivo en todos los niveles del sistema de puntuación.

**Conclusiones:** El presente estudio proporciona un sistema de puntuación clínica para predecir mortalidad posoperatoria luego de una cirugía de reemplazo valvular aórtico y lo valida en una población comparable, lo que puede ayudar a la planificación de futuras intervenciones.

## 0466 - REGISTRO DE ANGIOPLASTIAS CORONARIAS A PUENTES AORTO CORONARIOS

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria*

VISCONTI, Mariano | GEVARA, Ivan | LOPARDO, Cesar | CAFARO, German

Sanatorio Dr. Julio Méndez

**Introducción:** La enfermedad coronaria es una de las primeras causas de mortalidad en Argentina y en el mundo. Tras una cirugía de revascularización miocárdica la enfermedad coronaria sigue progresando afectando también los puentes aortocoronarios. La angioplastia coronaria en estos territorios resulta desafiante por la complejidad anatómica y características peculiares en los sitios de sutura, carga trombotica, etc.

**Objetivos:** Evaluar retrospectivamente las angioplastias realizadas a pacientes con enfermedad de los puentes aortocoronarios en nuestro centro en el periodo mayo/2018 a abril/2022. Objetivo primario de evaluar eficacia y seguridad de los procedimientos realizados, intrainternación, a 30 días y al año del procedimiento. Objetivos secundarios, evaluar las características clínicas, los motivos de ingreso a sala, hallazgos angiográficos, las estrategias terapéuticas tomadas.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes a los cuales se les realizó angioplastias a puente venoso o arterial y angioplastias a vaso nativo a través de algún puente. En hoja de calculo se ingresaron las variables antecedentes patológicos, motivo de ingreso, anatomía coronaria, accesos vascular elegido, estrategias terapéuticas y resultados angiográficos. Mediante pesquisa en epicrisis de unidad coronaria, se evaluaron los eventos intra internación. Mediante llamada telefónica se realizó seguimiento a 30 días y al año.

**Resultados:** Se realizaron 1363 procedimientos terapéuticos. Solo 24 corresponden a nuestro grupo de estudio (1.7%). De éstos, el 87.5% fueron a puente venoso, 8.3% a vaso nativo a través de puente y 4.1% a puente arterial. Las complicaciones relacionadas al procedimiento fueron 8.3%. La tasa de éxito y resolución angiográfica 91.7%. A 30 días no se registraron eventos. Al año, 21% de nuevos ingresos en sala (8% relacionados a vaso previamente tratado, y 13% enfermedad vascular en otro territorio). Otro 8% tuvo reinternaciones por causa no

vascular. No se evidenciaron óbitos. Con media de seguimiento de 734 días, se observó un óbito, por causa no cardiovascular.

**Conclusiones:** En coincidencia si, con lo evidenciado en múltiples estudios en que es mayor el desarrollo de enfermedad en puentes de vena safena, y que los puentes mamarios suelen gozar de cierta "inmunidad" a la enfermedad aterosclerótica. No sorprende que el diagnóstico de ingreso más frecuente (75%), corresponda a síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, ya que estos pacientes con patologías de larga data suelen presentar grandes porcentajes de tejido necrótico y tejido hibernado, además de desarrollar muchas veces circulación colateral, por lo que se torna raro el ingreso a sala de un paciente con cirugía e infarto con supradesnivel del ST. Respecto a eficacia y seguridad de los procedimientos realizados. Surgieron complicaciones intra hospitalarias en un 8,3%. Si bien el porcentaje parece alto, afortunadamente dichas eventualidades se resolvieron exitosamente. El éxito terapéutico alcanzó el 91.7%. Los dos casos en los que no se logró una revascularización exitosa, fueron casos en los que el objetivo era el vaso nativo, accediendo a través del puente, lo cual habitualmente tiene una tasa de fracaso similar en otros registros. El seguimiento posterior al alta en general los pacientes tuvieron una buena evolución, con 9% de reingreso para tratar un vaso ya tratado. Conocer estos datos retrospectivos nos permite en el servicio poder conocer de manera objetiva los resultados de los procedimientos terapéuticos realizados con el objetivo de mejorar en nuestros procedimientos diarios dentro y fuera de la sala.

## **0258 - INSUFICIENCIA AÓRTICA EN PACIENTES CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE: DIFERENTE Y SINGULAR**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Valvulopatías*

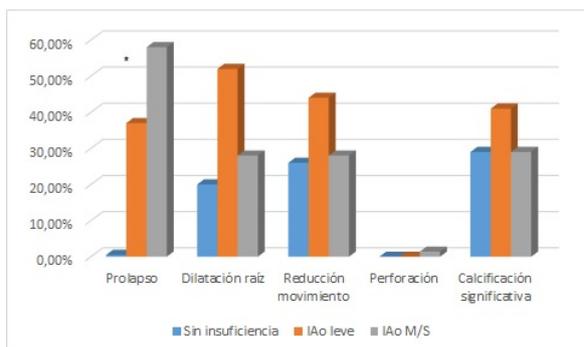
*Unidad Temática 2: Ecocardiografía*

CARRERO, María Celeste | CONSTANTIN, Iván | MASSON, Gerardo | DENES, Julieta | MEZZADRA, Maria | JUAN, San Miguel | DE STEFANO, Luciano | STUTZBACH, Pablo Guillermo

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

	n=304
Edad	39,7 ± 14,9
Hombres (%)	221 (72,6%)
Fusión CD-CI (%)	257 (84%)
Rafe	266 (87,5%)
Insuficiencia aórtica leve	145 (47,7%)
Insuficiencia aórtica moderada	62 (20,4%)
Insuficiencia aórtica severa	11 (3,7%)

**Introducción:** La insuficiencia aórtica (IAO) crónica es la segunda causa de cirugía valvular en pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) y tiene características distintivas de la regurgitación en válvula trivalva que en algunos casos dificultan su cuantificación y conlleva diagnóstico y tratamiento tardíos. Asimismo, las variables de cuantificación de la regurgitación aórtica no contemplan las características singulares de la insuficiencia en bicúspide. El reconocimiento de los mecanismos que llevan a la IAO en bicúspide es relevante ya que permite planificar el tratamiento de manera correcta y la plástica valvular en los pacientes candidatos.



**Objetivos:** Se diseñó un trabajo prospectivo para identificar los mecanismos de IAO y los factores (clínicos y anatómicos) asociados al desarrollo de insuficiencia aórtica significativa (moderada/severa) en pacientes con VAB.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes adultos consecutivos con diagnóstico confirmado de VAB (2014-2021) con al menos 3 años de seguimiento por el grupo de Cardiopatía Estructural de nuestra institución. La valvulopatía fue evaluada por ecocardiografía y métodos complementarios y se clasificó en insuficiencia aórtica leve, moderada y grave, según criterios vigentes (aproximación integral con criterios cuantitativos y semi-cuantitativos). Se analizó la prevalencia de mecanismos de regurgitación, la progresión de la insuficiencia aórtica, y variables predictoras de IAO significativa mediante análisis uni- y multivariados. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 304 pacientes ( $39,7 \pm 14,9$  años, 72,6% hombres). El 71,7% de los pacientes presentaba algún grado de regurgitación aórtica al inicio del seguimiento (24,1% IAO significativa). Dentro de los pacientes con IAO significativa, el 77% presentaba jet excéntrico, el 50% prolapso valvar (en el 86% de los casos de la valva fusionada), el 39,18% dilatación de la raíz aórtica, el 26,6% calcificación significativa de la válvula, el 1,3% perforación valvar y el 29,4% restricción del movimiento valvar. El 43% de los pacientes con IAO significativa presentaba mecanismos mixtos como causa de la regurgitación: la mitad de ellos (prolapso + dilatación de la raíz aórtica). El 71% no presentaba calcificación significativa. El prolapso valvar fue significativamente más frecuente en pacientes con IAO significativa basal y se asoció con progresión de IAO (Fig 1).

**Conclusiones:** La insuficiencia aórtica presentó elevada prevalencia en pacientes con VAB: 1 de cada 4 pacientes presentaba regurgitación significativa al inicio del seguimiento. Los jets excéntricos y la presencia de prolapso valvular fueron frecuentes en pacientes con reflujo significativo. El 43% presentó mecanismos mixtos de regurgitación. Estos aspectos deberían tenerse en cuenta para cuantificar y describir el mecanismo regurgitante en esta población.

## 0305 - UTILIDAD DE LA EXCURSIÓN DEL ANILLO MITRAL (MAPSE) EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Ecocardiografía*

**BURBANO CAICEDO, Johnny** | SAAD, Ariel Karim | CAPARROS, Juan Manuel | LUX, Barbara Gabriela | CHAVIN, Carolina | CABO, Constanza Patricia | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo | VOLVERG, Verónica Ines

Hospital de Clínicas UBA

		Correlaciones				
		MAPSE	FEY %	S LATERAL	STRAIN LG %	S SEPTAL
MAPSE	Correlación de Pearson	1	,350**	,291*	,542**	,205
	Sig. (bilateral)		,002	,012	,000	,080
	N	74	74	74	74	74
FEY %	Correlación de Pearson	,350**	1	,396**	,656**	,433**
	Sig. (bilateral)	,002		,000	,000	,000
	N	74	74	74	74	74
S LATERAL	Correlación de Pearson	,291*	,396**	1	,331**	,666**
	Sig. (bilateral)	,012	,000		,004	,000
	N	74	74	74	74	74
STRAIN LG %	Correlación de Pearson	,542**	,656**	,331**	1	,339**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,004		,003
	N	74	74	74	74	74
S SEPTAL	Correlación de Pearson	,205	,433**	,666**	,339**	1
	Sig. (bilateral)	,080	,000	,000	,003	
	N	74	74	74	74	74

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**Introducción:** Existen diversos métodos para evaluar función sistólica del ventrículo izquierdo (VI), donde el más utilizado la medición de la fracción de eyección (FEVI) que solo evidencia la función de cámara, y tiene mucha variabilidad intra- e interobservador. Un método muy sencillo y en la actualidad poco utilizado es la MAPSE. Un valor reducido del mismo resulta de miofibras longitudinales disfuncionales o estresadas debido a isquemia miocárdica, fibrosis o aumento de la tensión de la pared. Podría usarse como marcador temprano sensible de disfunción sistólica en diferentes situaciones. Quisimos evaluar la correlación de diferentes parámetros de función ventricular.

**Objetivos:** Realizar una correlación de los diferentes parámetros de evaluación de la función del ventrículo izquierdo (FEVI) automática, excursión del anillo mitral (MAPSE), Doppler tisular, septal y lateral, deformación global longitudinal.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 74 pacientes consecutivos, 58% mujeres, edad 58,80 años (rango 17-88), que concurren al servicio de ecocardiografía y Doppler, a los cuales se les realizó un estudio ecocardiográfico completo con equipo Philips E9 y E95 con determinación en particular de FEVI automática, MAPSE, onda S del Doppler tisular (DTIS) septal y lateral, y deformación global longitudinal (GSL). Los motivos de solicitud de estudio fueron variados: 45% hipertensión arterial, 9% diabetes, 19% otros FRC, 6% oncológicos, 17% enfermedad coronaria, y otros diagnósticos (sospecha endocarditis, accidente cerebrovascular, sospecha de tromboembolismo pulmonar, lupus sistémico eritematoso, examen de salud, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal). Se excluyeron pacientes con ventana ultrasónica subóptimo, calcificación del anillo mitral, prótesis valvular en posición mitral, con trastorno del ritmo (Fibrilación auricular, extrasistolia frecuente), portadores de marcapasos y CDI, hipertensión arterial (TAS >180mmHg). Se realizó la correlación por coeficiente de correlación de Pearson entre diferentes de evaluación de función sistólica (FEVI, MAPSE, onda S del DTI y GSL).

**Resultados:** En una población con diagnósticos variables, con FEVI media de 60% (rango 23 - 75%) se halló una correlación de FEVI con MAPSE de  $r=0.350$ , con DTIS lateral de  $r= 0.396$ , con DTIS septal de  $r= 0.433$  y GSL de  $r=0.656$ . La correlación de MAPSE con DTIS lateral de  $r= 0.291$ , con DTIS septal de  $r= 0.205$  y GSL de  $r=0.542$ . Se encontró una mejor correlación de MAPSE con el GSL que con FEVI.

**Conclusiones:** El MAPSE tuvo mayor correlación con el GSL que con FEVI en nuestro estudio, sugestivo que este parámetro parece correlacionar más con la función miocárdica, pudiendo ser más pronóstico que la FEVI.

## 0321 - CORRELACIÓN ENTRE TROPONINA T ULTRASENSIBLE Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN EMBOLIA DE PULMÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ARGENTINA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Ecocardiografía

Unidad Temática 2: Enfermedad Vascul ar Pulmonar

FOIA, Esteban | GODOY, Alejandro | SANTILLAN, Magdalena | ROSALES, Fernando | RUHL, Andres | PROTTI, Lucás Alejandro | ALVAREZ FERRER, José Ignacio | TABARES, Aldo Hugo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

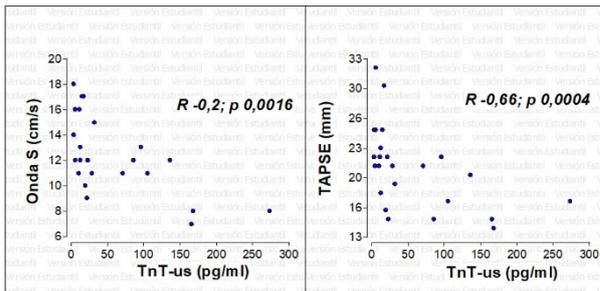


Figura 1. Parámetros de disfunción ventricular derecha.

**Introducción:** se recomienda el uso de troponina T ultrasensible (TnT-us) para evaluar el riesgo de disfunción ventricular derecha (DVD) en pacientes con embolia pulmonar (EP), con un valor de corte dicotómico, sin embargo, al ser la TnT-us una variable continua, este riesgo podría estar asociado a su valor absoluto.

**Objetivos:** correlacionar los valores de TnT-us con parámetros ecocardiográficos de DVD en EP.

**Materiales y Métodos:** estudio observacional, analítico, en el que se incluyeron pacientes con EP de forma prospectiva, a los cuales se les midió TnT-us al momento del diagnóstico. Se excluyeron aquellos con compromiso hemodinámico. A todos se les realizó un ecocardiograma transtorácico dentro de los primeros cuatro días, y se usaron criterios de DVD del estudio PEITHO. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje, las continuas en medianas y rangos intercuartílicos 25-75 % o media y desviación estándar según su distribución. Se correlacionó el valor de TnT-us con DVD ecocardiográfica mediante el test de Spearman. Se consideró una p significativa menor a 0,05. Se usó el paquete InfoStat® para analizar los datos.

**Resultados:** entre marzo del 2021 y abril del 2022, se incluyeron 24 pacientes, con una mediana de edad de 63,5 años (54-77). Del total, 54% fueron femeninos. El IMC fue  $28,46 \pm 5,66$  kg/m<sup>2</sup>. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: cáncer previo (38%), reposo en cama durante al menos tres días en el último mes (33%) y cirugía en los últimos tres meses (25%). En lo que respecta a la presentación clínica, la disnea ocupó el primer lugar (83%) seguido por edema en miembros inferiores (21%). La mediana de troponina al ingreso fue de 21 pg/ml (10-85,4) con 63% mayor a 14 pg/ml. Presentaron algún parámetro de DVD 75% de pacientes. Las medianas de los parámetros ecocardiográficos fueron: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE) de 21 mm (17-22), onda S 12 cm/s (11-15), relación VD/VI 0,82 (0,74-0,95), velocidad de jet de regurgitación tricuspídea 2,74 m/s (2,57-3,20) y presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) 37 mm Hg (30-45). La TnT-us se correlacionó con onda S ( $R -0,2$ ;  $p 0,0016$ ), TAPSE ( $R -0,66$ ;  $p 0,0004$ ) y PSAP ( $R 0,51$ ;  $p 0,011$ ).

**Conclusiones:** la TnT-us se correlacionó con dos parámetros de DVD (TAPSE y onda S). Se necesita un mayor número de pacientes para estudiar la relación con el resto de parámetros.

## 0475 - DISFUNCIÓN AURICULAR TEMPRANA MEDIDA A TRAVÉS DE LA DEFORMACIÓN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA POR ECOCARDIOGRAFÍA SPECKLE-TRACKING EN PACIENTES CON ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Ecocardiografía*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Vascular Periférica*

CABRERA, Fatima Sol | VIGO, Santiago Jose | GLASER, Carolina

Sanatorio Allende

**Introducción:** La disfunción auricular medida a través de speckle tracking bidimensional precede la dilatación auricular en al menos dos décadas, Por otro lado, la aterosclerosis subclínica ha sido asociada al remodelamiento del ventrículo izquierdo y disfunción diastólica. Dichos cambios podrían afectar la estructura y función auricular. Sin embargo, existen pocos datos que describan la asociación entre aterosclerosis subclínica y disfunción auricular temprana, por lo que se plantea en este trabajo como hipótesis.

**Objetivos:** Evaluar la función de aurícula izquierda mediante speckle tracking bidimensional en pacientes con aterosclerosis subclínica y comparar dichos hallazgos con un grupo de pacientes sin aterosclerosis subclínica.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en el Sanatorio Allende, Córdoba, desde Mayo a Septiembre de 2021. Se analizó un grupo de pacientes mayores de 18 años, que tenían realizado

ecocardiograma, eco doppler carotideo y aorto iliaco femoral, se encontraban en ritmo sinusal, con función sistólica preservada, sin enfermedad coronaria conocida, enfermedad valvular significativa, ni marcapasos.

**Resultados:** El estudio estuvo conformado por 50 pacientes. El 54% eran varones. La edad media fue de 50,8 años. El 42% de ellos tuvo un strain auricular alterado. De éstos el 62 % presentó ateromatosis subclínica con un valor de  $p=0,055$ . Dentro de los pacientes con strain alterado más de la mitad tenía ateromatosis carotídea, siendo estadísticamente significativo. Por otro lado, la ateroesclerosis carotídea se asoció con disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en el 50% de los pacientes.

**Conclusiones:** Si bien el resultado primario no alcanzó significancia estadística, Si se pudo demostrar mayor presencia de strain auricular alterado en aquellos pacientes que tenían ateroesclerosis subclínica en el territorio carotideo. La disfunción auricular temprana y ateroesclerosis subclínica podrían tener varios mecanismos en común, se requiere aún más ensayos clínicos multicéntricos aleatorizados para afirmar dicha asociación.

## **0643 - POTENCIAL UTILIDAD DE LA VALORACIÓN SEMICUANTITATIVA SERIADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE AMILOIDOSIS A TRANSTIRETINA DERIVADOS A GAMMAGRAFÍA CARDÍACA CON TECNECIO PIROFOSFATO.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

MURGUÍA SALGADO, Soledad | GARRETANO, Alejandra | ACQUISTAPACE, Federico | FERRANDO, Federico | VÁZQUEZ GONZÁLEZ, Joaquín | BAYARDO, Karina | GUTIERREZ, Luis | FERRANDO, Rodolfo

### **HOSPITAL CLINICAS**

**Introducción:** La amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR) es la variante de amiloidosis más frecuente en individuos añosos. Su incidencia en pacientes con insuficiencia cardíaca y función del ventrículo izquierdo preservada es elevada. La gammagrafía cardíaca utilizando diversos compuestos tecneciofosforados ha demostrado un elevado rendimiento diagnóstico en esta variante, comparable a la biopsia endomiocárdica. Sin embargo, la utilidad de la adquisición seriada de imágenes con distintos trazadores ha sido escasamente evaluada.

**Objetivos:** Comparar los índices semi-cuantitativos adquiridos a la hora y a las 3 horas en el centellograma con pirofosfato marcado con Tecnecio 99m-pirofosfato (99m-Tc-PYP) en pacientes con sospecha clínica de amiloidosis ATTR.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de cohortes, en pacientes que son derivados para realización de un centellograma 99m-Tc-PYP por sospecha de amiloidosis en dos centros de medicina nuclear. Se obtuvieron imágenes planares a la hora y a las 3 horas de la inyección de 99mTc-PYP. Se interpretaron las imágenes mediante métodos visual (Perugini) y semicuantitativo, índice de captación miocárdica (índice corazón (H) / hemitórax contralateral (CL)). Se correlacionaron las medidas a la hora (H/CL 1) y a las 3 horas (H/CL 2) en cada paciente, obteniendo el coeficiente Rho de Spearman en los subgrupos de pacientes con  $H/CL \leq 1,9$  y  $> 1,9$ . La captación del ventrículo derecho se evaluó mediante interpretación visual.

**Resultados:** Se incluyó una cohorte de 16 pacientes remitidos a centellograma con 99m-Tc-PYP, 14 hombres (88%), con edad promedio fue de 63,3 años (67-84). Diez pacientes presentaron score de Perugini de 3, 5 pacientes un score de 2 y 1 paciente un score de 1. El índice H/CL 1 fue de  $1,18 \pm 1,05$  y el índice H/CL 2 fue de  $1,03 \pm 0,98$ . En toda la serie, el coeficiente r de Pearson fue de 0,93 (IC 0,81-0,98,  $p < 0,001$ ). En los pacientes con H/CL 1 el coeficiente r fue de 0,85 (IC 0,39-0,97,  $p = 0,0065$ ), mientras que en el subgrupo de pacientes con  $H/CL < 1,9$  el coeficiente r fue de 0,84 (IC 0,33-0,97,  $p = 0,0093$ ). Se observó captación del trazador en el ventrículo derecho en 8 de 10 pacientes con score de Perugini 3 (80%) y en 2 de 6 pacientes (33%) con score de Perugini 2/1 ( $p = 0,011$ ).

**Conclusiones:** Los índices de captación miocárdica obtenidos a la hora y a las tres horas guardan una estrecha correlación entre sí, tanto en pacientes con score de Perugini diagnóstico como en aquellos no concluyentes. Se requieren experiencias más extensas para validar estos resultados en amiloidosis ATTR.

## **0651 - ALTERACIONES DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN RECIENTE POR SARS-COV-2.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Covid-19*

**GARRETANO, Alejandra** | FERRANDO, Federico | MURGUÍA SALGADO, Soledad | ACQUISTAPACE, Federico | MARICHAL, Pablo | BAYARDO, Karina | FERRANDO, Rodolfo | VÁZQUEZ GONZÁLEZ, Joaquín

Hospital de Clínicas de la Ciudad de Montevideo, Uruguay

**Introducción:** La enfermedad por el SARS-CoV-2 (COVID-19) puede generar diversas alteraciones del sistema cardiovascular (CV), tanto en su fase aguda como a largo plazo (daño CV post-COVID). Sin embargo, el impacto a corto plazo de la infección sobre la perfusión miocárdica han sido escasamente reportados.

**Objetivos:** Analizar las alteraciones de la perfusión miocárdica inducida por estrés vasodilatador en pacientes que cursaron COVID-19 reciente.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de casos-controles, en pacientes que cursaron COVID-19 en las 12 semanas previas remitidos para la realización de una gammagrafía de perfusión miocárdica (GPM) gatillada sensibilizada con dipiridamol desde noviembre de 2021 a mayo de 2022. La presencia de defectos de perfusión y los índices funcionales y estructurales se compararon entre sujetos con y sin COVID-19 previo. La cohorte de pacientes con COVID-19 se comparó con una cohorte histórica 2015-2018 de similar edad (n=84), calculando el OR [IC 95%] en toda la población y en distintas subpoblaciones. El diagnóstico de infección se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real, de acuerdo a los lineamientos sanitarios locales.

**Resultados:** Para el análisis se incluyó una cohorte de 66 pacientes con infección reciente por COVID-19 remitidos a GPM, 35 eran mujeres (53%), con una edad promedio de 64,0 + 8,9 años. El 38% eran diabéticos, 21% tenían enfermedad coronaria previa, y 41% presentaban angina de pecho. La infección reciente no se asoció significativamente con la presencia de defectos de perfusión compatibles con isquemia miocárdica de cualquier intensidad (OR: 1,08 [0,55-2,11], p=0,94), o de intensidad severa (OR: 0,72 [0,31-1,80], p=0,63), ni con defectos fijos compatibles con cicatriz de infarto (OR: 2,20 [0,78-5,76], p=0,13). La gravedad de la infección aguda tampoco se asoció con un riesgo mayor de defectos reversibles, p>0,99. La única variable que mostró una tendencia a la significancia estadística asociada al riesgo de defectos fijos fue el género femenino (OR: 4.83[0.92-24.99], p=0.096).

**Conclusiones:** La frecuencia e intensidad de las alteraciones de la perfusión miocárdica observadas en las primeras semanas tras la infección por COVID-19 no difieren con respecto a lo observado en pacientes que no cursaron la infección. Se requieren estudios longitudinales más extensos para detectar subpoblaciones de pacientes predispuestos a desarrollar alteraciones de la perfusión miocárdica como daño post-COVID temprano.

## **0039 - "PROGRAMA DE ECOCARDIOGRAFIA FETAL EN CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS (GRAVES) EN LA CIUDAD DE BARILOCHE. RESULTADOS"**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto*

**ABRIATA, Daniel José** (1) | **ALBERO, Rodrigo**(2) | **ZAMPACH, Maria Moira**(3) | **TREVISAN, Mariano**(2) | **BOCIÁN, Jorge Luis**(2) | **ROMERO VILLAFANE, Marina**(2) | **GRILLI, Jorge Oscar**(1)

**HOSPITAL PRIVADO REGIONAL DEL SUR (HPR) DE BARILOCHE (1); Sanatorio San Carlos de Bariloche (2); Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramon Carrillo" (3)**

**Introducción:** Dado que el centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal más cercano a la ciudad de Bariloche se encuentra a ~2000 km es de suma importancia la pesquisa fetal de cardiopatías congénitas (CC) que requerirán tratamiento urgente en los primeros días de vida

**Objetivos:** . Describir las características y resultados del programa de ecocardiografía fetal (EF) implementado en la ciudad de Bariloche con foco en las CC complejas (graves)

**Materiales y Métodos:** . Estudio descriptivo observacional en el que se analiza la base de datos de los autores de mayo 2008 a mayo 2019 (11 años) donde se registraron prospectivamente los datos detallados a continuación.

**Resultados:** . Se realizaron 804 estudios. La edad gestacional: promedio 28.32 rango 18-40. La edad materna :promedio 31.58 rango 15-48. Se realizaron 114 estudios (13%) antes de la semana 24. Estudios no concluyentes: 6 (0.7%). Requerimiento de repetición de estudios: 64 (8%). Indicación : . 154 (19%) diabetes mellitus . 134 (17%) anomalías extracardiacas y cardiacas fetales cardiacas detectadas en la ecografía obstétrica general . 80 (10%) antecedentes familiares de cardiopatías. 51 (6%) arritmias fetales. 25 (3%) foco hiperecogénico en ventrículo izquierdo. 20 (2%) exposición a teratogénicos. 16 (1.8%) fertilización in vitro. 10 (1%) enfermedad reumatológica materna. 2(0.2%) toxoplasmosis aguda . 312 (39%) universal (screening) Se diagnosticaron 17 casos intrauterino, que se consideraron CC graves, las cuales excedían la complejidad en cardiología neonatal de los servicios de Neonatología de la ciudad: . síndrome de corazón izquierdo hipoplásico

SCIH 4 (23%). tumor cardiaco 2 (12%). coartacion de aorta 2 (12%). ventrículo único 2 (12%). estenosis pulmonar severa EPS 2 (12%) . doble arco aórtico 1 (5%). atresia tricuspidea 1 (5%). tetralogía de Fallot 1 (5%). anomalía de Ebstein 1 (5%). síndrome de Marfan 1 (5%) CC complejas según indicación del EF: . 154 diabetes mellitus casos: 0 . 134 anomalías en la ecografía obstétrica general casos: 16 (12%) . 80 antecedentes familiares de cardiopatías casos: 1 (1.3%) . 51 arritmias fetales casos: 0 . 25 foco hiperecogénico en ventrículo izquierdo casos: 0 . 20 exposición a teratogénicos casos: 0 . 16 fertilización in vitro casos: 0 . 10 enfermedad reumatológica materna casos: 0 . 2 toxoplasmosis aguda casos: 0 . 312 screening (39%) casos: 0 Se derivó, antes del parto, a centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal por vía aérea (avión de línea comercial) a 17 pacientes . Derivación adecuada (neonatos que requirieron acción de alta complejidad en Cardiología Neonatal): 14 p (1.74% del total de pacientes del estudio y 82% de los pacientes con diagnóstico considerado CC complejas). Se detectaron 6 casos de CC factibles de tratamiento intrauterino: ( 4 casos de SCIH, 2 casos EPS) . Estos diagnósticos fueron hechos en las semanas: 22, 27, 29, 31, 33, 35. En los 2 casos más tempranos (ambos correspondieron a síndrome de corazón izquierdo hipoplásico) se intentó valvuloplastia aórtica intrauterino. El desempeño, en esta serie, del EF fue : falsos (+): 2 (ATRVP, CANAL AV), FALSOS (-): 1 (ATRVP + síndrome heterotaxia). S 94%, E 99%. VPP 89% VPN 99%

**Conclusiones:** . En esta serie el ecocardiograma fetal demostró ser un método confiable para el diagnóstico de cardiopatías congénitas complejas/graves permitiendo derivar, a las madres en forma programada preparto, hacia centro de alta complejidad en cardiología neonatal. En concordancia con la literatura, la realización selectiva del ecocardiograma fetal en pacientes con ecografía fetal general anormal aparece como la estrategia más razonable

## **0189 - "PROGRAMA DE ECOCARDIOGRAFIA FETAL EN CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS (GRAVES) EN LA CIUDAD DE BARILOCHE. SOBREVIDA DE LOS PACIENTES "**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto*

ABRIATA, Daniel José (1) | ALBERO, Rodrigo(2) | ZAMPACH, Maria Moira(3) | TREVISAN, Mariano(2) | ROMERO VILLAFANE, Marina(2) | GRILLI, Jorge Oscar(1)

HOSPITAL PRIVADO REGIONAL DEL SUR (HPR) DE BARILOCHE (1); Sanatorio San Carlos (2); Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramon Carrillo" (3)

**Introducción:** Dado que el centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal más cercano a la ciudad de Bariloche se encuentra a ~2000 km es de suma importancia la pesquisa fetal de cardiopatías congénitas que requerirán tratamiento urgente en los primeros días de vida.

**Objetivos:** . Evaluar el efecto e implicancias del programa de ecocardiografía fetal en la supervivencia de los pacientes dentro del programa de ecocardiografía fetal implementado en la ciudad de Bariloche con foco en las cardiopatías congénitas complejas (graves)

**Materiales y Métodos:** . Estudio descriptivo observacional en el que se analiza la base de datos de los autores de mayo 2008 a mayo 2019 (11 años) donde se registraron prospectivamente los datos detallados a continuación.

**Resultados:** . Se realizaron 804 estudios. Se diagnosticaron 17 casos intrauterino, que se consideraron cardiopatías complejas graves, las cuales excedían la complejidad en cardiología neonatal de los servicios de Neonatología de la ciudad: . síndrome de corazón izquierdo hipoplásico 4 (23%). tumor cardiaco 2 (12%). coartacion de aorta 2 (12%). ventrículo único 2 (12%). estenosis pulmonar severa 2 (12%) .doble arco aórtico 1 (5%). atresia tricuspidea 1 (5%). tetralogía de Fallot 1 (5%). anomalía de Ebstein 1 (5%). síndrome de Marfan 1 (5%) Se derivó, antes del parto, a centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal por vía aérea (avión de línea comercial) a 17 pacientes . Derivación adecuada (neonatos que requirieron acción de alta complejidad en Cardiología Neonatal): 14 p (1.74% del total de pacientes del estudio y 82% de los pacientes con diagnóstico considerado cardiopatías complejas). De los 14 pacientes con casos de cardiopatías congénitas complejas/graves propiamente dichas se determinó que la supervivencia al año fue del 15% ( vivos 2 pacientes: atresia tricuspidea 1 p, síndrome de corazón izquierdo hipoplásico 1 p) habiendo fallecido dentro del año de vida el 85% (12 pacientes). Como referencia, en el mismo periodo del estudio, la base de datos mostró que la supervivencia al año de los pacientes que presentaron cardiopatía congénita compleja de diagnóstico en el periodo neonatal (y que no había pasado por el tamiz del ecocardiograma fetal ya que la mayoría no presentaba indicación de ecocardiograma fetal) fue de 60%.

**Conclusiones:** En esta serie, la supervivencia al año de las cardiopatías congénitas complejas detectadas intrauterino vs la supervivencia de las cardiopatías congénitas complejas detectadas en el periodo neonatal fue considerablemente más baja, reflejando el peor pronóstico general asociado a malformaciones extracardiacas o la magnitud de las alteraciones cardíacas factibles de ser detectadas por un ecógráfico obstétrico general.

## **0192 - "PROGRAMA DE ECOCARDIOGRAFIA FETAL EN CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS (GRAVES) EN LA CIUDAD DE BARILOCHE. ANALISIS ECONOMICO"**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto*

**ABRIATA, Daniel José** (1) | **ALBERO, Rodrigo**(2) | **ZAMPACH, Maria Moira**(3) | **TREVISAN, Mariano**(2) | **ROMERO VILLAFANE, Marina**(1) | **GRILLI, Jorge Oscar**(1)

**HOSPITAL PRIVADO REGIONAL DEL SUR (HPR) DE BARILOCHE (1); Sanatorio San Carlos (2); Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramon Carrillo" (3)**

**Introducción:** Dado que el centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal más cercano a la ciudad de Bariloche se encuentra a ~2000 km es de suma importancia la pesquisa fetal de cardiopatías congénitas que requerirán tratamiento urgente en los primeros días de vida.

**Objetivos:** . Realizar un análisis económico del programa de ecocardiografía fetal

**Materiales y Métodos:** . Estudio descriptivo observacional en el que se analiza la base de datos de los autores de mayo 2008 a mayo 2019 (11 años) donde se registraron prospectivamente los datos detallados a continuación.

**Resultados:** . Se realizaron 804 estudios. Se diagnosticaron 17 casos intrauterino, que se consideraron cardiopatías complejas graves, las cuales excedían la complejidad en cardiología neonatal de los servicios de Neonatología de la ciudad. Respecto al análisis económico, se detallan los siguiente parámetros de costos: 1) ecocardiograma fetal: 70 U\$, 2) derivación avión sanitario UTI neonatal: 12000u\$ 3) pasaje en avión de línea: 200 U\$. El gasto en esta serie: 804 estudios x 70 U\$: 56280 u\$. Gasto si los ecocardiogramas fetales se hubieran restringido solo a anomalías ecografía general: 134 estudios x 70 U\$: 9380 u\$. La derivación en avión de línea de las madres implicó un gasto de 3400 U\$. De haber nacido en la ciudad de Bariloche, los 14 pacientes derivados correctamente hubiesen implicado un gasto de derivación en avión sanitario de: 168000 U\$. En esta serie se logró (para el sistema) un ahorro de 108320 U\$ (9847U\$ x año); la estrategia restringida hubiera ahorrado: 155220 U\$ (14110 U\$ x año). En un análisis de simulación, la estrategia universal que implicaría ~2000 ecocardiogramas fetales/año resultaría en 4 horas x día de operador vs el programa de esta serie que resultó en un requerimiento de 0.5 horas x día de operador. En el análisis económico, la estrategia universal (~2000 nacimientos/año x 70 U\$) implicaría un gasto de ecocardiogramas fetales de 140000 U\$/año vs la estrategia cero (realización de ningún ecocardiograma fetal) que significaría un gasto en derivación en avión ambulancia de 36000 u\$/año (asumiendo una tasa de cardiopatía complejas graves de ~1.5/1000 nacidos vivos, figura que arroja la base de datos de los autores y que coincide con otros reportes de autores argentinos). Estos guarismos permiten inferir que el punto de equilibrio se alcanzaría en ~500 ecocardiogramas fetales por año (1 de cada 4 embarazos) que implicaría 1 hora/día de operador.

**Conclusiones:** . En esta serie, el ecocardiograma fetal demostró ser un método confiable para el diagnóstico de cardiopatías congénitas complejas/graves. Desde el punto de vista económico, la estrategia intermedia efectuada en este programa (estrategia intermedia entre estrategia cero vs estrategia universal) le permitió al sistema medico ahorrar ~ 10000 U\$/año al evitar traslados en avión sanitario; la estrategia selectiva (ecocardiograma fetal solo para ecografía obstétrica general anormal) hubiese permitido al sistema ahorrar ~ 14000 U\$/año. Una eventual estrategia universal presenta para ser implementada, a pesar de ser la estrategia que permitiría el diagnóstico de todas las cardiopatías complejas, amplias limitaciones logísticas y económicas. Para finalizar, se resalta que estos análisis no cuantifican el stress ( tensión emocional y física) de la familia y del equipo de salud, ni la pérdida de oportunidad del paciente, parámetros que deberán ser considerados en futuros estudios.

## **0240 - MODELOS DE RECONSTRUCCIÓN 3D EN ATRESIA PULMONAR CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y COLATERALES AORTO PULMONARES.**

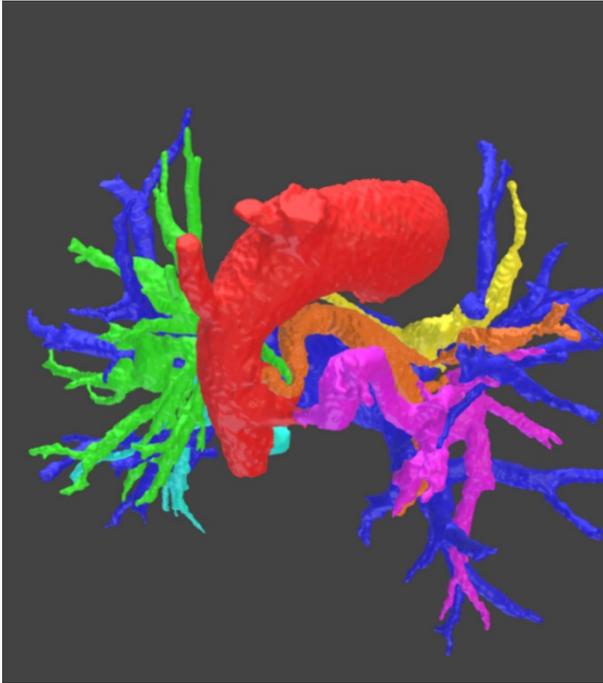
*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto*

*Unidad Temática 2: Multimagen*

**BERBER, Norberto** | **MARTÍNEZ, Inés Ana** | **LUGONES, Ignacio**

**Hospital General de Niños Pedro de Elizalde**



**Introducción:** La atresia pulmonar con comunicación interventricular (AP con CIV) y colaterales aortopulmonares mayores (MAPCA's) es una cardiopatía congénita que incluye subgrupos heterogéneos de pacientes. La vascularización pulmonar es variada, a veces con patrones extremadamente complejos, que pueden incluir la presencia de ramas pulmonares centrales de diverso tamaño hasta la irrigación pulmonar dependiente de MAPCA's exclusivamente.



**Objetivos:** Evaluar la utilidad de los modelos de reconstrucción 3D en la toma de decisiones para el abordaje quirúrgico en pacientes con AP con CIV y MAPCA's

**Materiales y Métodos:** Se les realizó angiografía computarizada cardíaca con posterior reconstrucción tridimensional a 3 pacientes (2 varones y una mujer con edades entre 2 y 9 meses) con AP con CIV para valorar la vascularización pulmonar, la presencia y morfología de las arterias pulmonares centrales y la relación entre las MAPCA's, el esófago y los bronquios.

**Resultados:** La reconstrucción 3D proporcionó una evaluación precisa de la vascularización pulmonar así como su relación con otras estructuras mediastinales. Esto permitió decidir la realización de una anastomosis central como punto de partida a la rehabilitación de arterias pulmonares nativas en dos pacientes y la elección del camino de unifocalización en varios estadios en el restante.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta la heterogeneidad de los patrones de suministro vascular pulmonar en la AP con CIV y MAPCA's y la necesidad de adoptar un abordaje a medida para cada paciente, los modelos de reconstrucción 3D ofrecen un recurso sumamente valioso para la toma de decisiones quirúrgicas.

## **0451 - ORIGEN AORTICO ANOMALO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: IMPORTANCIA DE LA MULTIMODALIDAD DE IMÁGENES EN SU RECONOCIMIENTO**

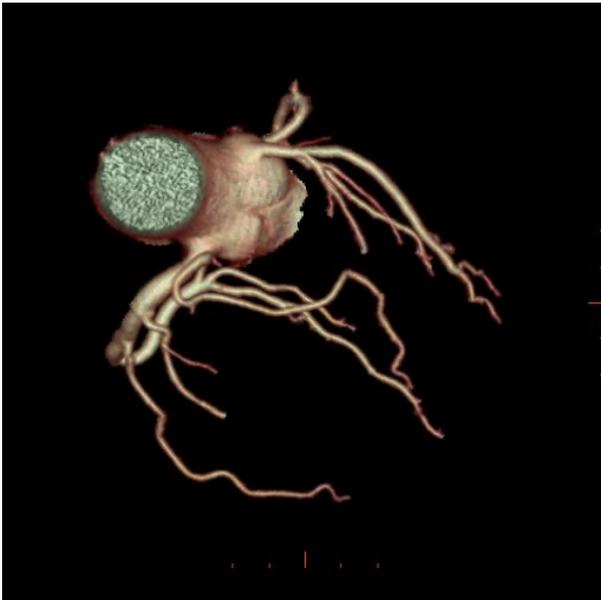
*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto*

*Unidad Temática 2: Tomografía y Resonancia Magnética*

**BONELLI, Juan Manuel (1) | SCHROH, Ana Myriam(2) | PEIRONE, Alejandro Román(3) | ROMERO, Gabriel(2) | SCHROH, María L(1)**

**FUESMEN - Fundación Escuela de Medicina Nuclear (1); Cardiología Infantil S. A. (2); Hospital Privado Universitario de Córdoba (3)**



**Introducción:** El origen aórtico anómalo de las arterias coronarias (OAAC) tiene una prevalencia estimada del 0.02-5.7% , y se define cuando la arteria coronaria derecha (ACD) o izquierda (ACI), la arteria descendente anterior (ADA) y/o la arteria circunfleja (ACX) nace del seno coronario contralateral por ostium separado o compartiendo el mismo ostium de la arteria coronaria normal; el trayecto interarterial de alguna de ellas es considerado variante maligna al ser potencialmente responsable de eventos cardiovasculares serios.



**Objetivos:** Estudio prospectivo cuyo objetivo fue detectar pacientes con anomalías en el origen y curso de las arterias coronarias desde los senos de Valsalva utilizando todas las técnicas de imágenes disponibles para visualizar la anatomía coronaria con énfasis en el ecocardiograma Doppler color transtorácico (ETT) y posteriormente confirmado por otras técnicas de imágenes como la angio-TAC multicorte, angio-RMC o por angiografía coronaria convencional.

**Materiales y Métodos:** Durante el periodo comprendido entre enero/2020 y diciembre/2021, se seleccionados todos los pacientes evaluados por ecocardiograma Doppler color en quienes se sospechó OAAC con confirmación por angiotomografía coronaria (angio-TAC) o angioresonancia magnetica cardíaca (angio-RMC) o cuyo diagnóstico fue por estas técnicas de imágenes para estudio de pacientes sintomáticos. Fueron subdivididos en 2 grupos: Grupo A: constituido por 10 niños asintomáticos (4 mujeres y 6 varones) con edad media de 10,2 años en quienes se sospechó la anomalía por ETT y el Grupo B: conformado por 11 pacientes adultos (1 mujer y 10 varones) con edad media de 50 años de los cuales el 45% fueron estudiados por presentar arritmias cardíacas y/o signos de isquemia miocárdica y el resto por sospecha de OAAC por ETT.

**Resultados:** El origen anómalo de la ACX desde el SCD o la ACD fue la anomalía más prevalente en nuestra casuística. En 10/21 pacientes (47.6%) la ACX aislada tuvo origen y trayecto retroaórtico. Un paciente con enfermedad de Kawasaki tenía nacimiento anómalo de la ACX del seno coronario derecho con trayecto retroaórtico y aneurismas en la ACD y DA. En 6 pacientes (28.6%) la ACI nacía del SCD (en un paciente el tronco de la ACI nacía por ostium separado del SCD con trayecto retroaórtico de la ACX y en cuatro el origen de ACD, ADA y ACX fue independiente en el SCD con trayecto retroaórtico de la ACX y en el sexto paciente la ADA nacía del SCD con trayecto interarterial y nacimiento separado de la ACX Y ACD del SCD. En cinco pacientes (23.8%) la ACD nacía del del SCI con trayecto interarterial en todos los casos. Detectamos en nuestra población pediátrica asintomática una prevalencia de 1.47 casos/1000 niños y/o adolescentes estudiados por ETT.

**Conclusiones:** El OAAC en la población es poco frecuente pero no excepcional siendo la ACX con nacimiento del SCD o CD y trayecto retroaórtico la variante más frecuentemente detectada cuando la pesquisa se realiza por angiografía coronaria, pero es pobremente reconocida mediante ETT sobre todo en adultos lo que lleva a un subdiagnóstico de esta entidad. Su significado clínico deberá evaluarse a través de un seguimiento a largo plazo, ya que puede tener un trayecto inicial intramural y/o interarterial (5/21 de nuestros pacientes) que son considerados potencialmente malignos por su asociación con arritmias cardíaca, isquemia miocárdica y/o arritmias cardíacas.

## **0144 - PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DR. CESAR MISLSTEIN (UACM)**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud*

**LOPEZ GONZALEZ, Valeria Soledad** | CABELLO, Cecilia | RODRIGUEZ, Pablo Ezequiel | CANALES, Valeria | CASCU, Ana | STEFANI, Victor | ALTAMIRANO, Virginia

Hospital Cesar Milstein

**Introducción:** Las personas mayores con enfermedad cardiovascular (ECV) a menudo presentan fragilidad física, lo que implica un desafío para los programas de rehabilitación cardiovascular (RC) tradicionales. Los pacientes con ECV y fragilidad pueden ser menos propensos a tolerar el ejercicio físico de la RC convencional, por alteraciones en la fuerza, el equilibrio y la movilidad. Además, presentan otras afecciones frecuentes como la comorbilidad, polifarmacia, depresión, deterioro cognitivo, sarcopenia, entre otras.

**Objetivos:** Describir las características de la población que asiste al programa de rehabilitación cardiovascular de la UACM.

**Materiales y Métodos:** Trabajo descriptivo, se incluyeron 28 personas mayores de 60 años que asistieron al Programa de Rehabilitación Cardiovascular de la UACM desde 1ro de Noviembre de 2021 al 30 de Abril de 2022. Todos fueron evaluados previo a su ingreso por Cardiología, kinesiología y Gerontología para la realización de una Valoración Geriátrica Integral. Todos completaron el programa de 3 meses en Actividad Física, Kinesiología, Taller de psico-educación y Taller de hábitos saludables.

**Resultados:** Del total de la población incluida la edad media es 75.3 años, 57% son hombres. 80 % son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria. Según la escala de fragilidad global por Edmonton 21 % son vulnerables y 25 % presentan fragilidad global. Respecto a la batería corta de rendimiento físico que evalúa función física y fragilidad física, el 86 % presentó un test patológico con una puntuación de 10 o menos. Además 21 % presentó SARC-F patológico, es decir un indicador de probable sarcopenia. 25 % probable depresión por Yesavaye. La media del índice de masa corporal es de 28.9.

**Conclusiones:** La RC contemporánea debe identificar e incluir personas mayores con ECV y fragilidad a sus programas, ya que está demostrado que podrían beneficiarse de las intervenciones multidisciplinarias a través de una evaluación geriátrica integral, objetivos centrados en la personas e intervenciones individualizadas para mejorar su calidad de vida.

## 0202 - EL DESAFÍO DE LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN PANDEMIA

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

PIÑERO, Diana | BLANCO, Santiago | LUCCHETTI, Rodrigo | FERNANDEZ, Juliana | ORTIZ, Lucia Marianela | VISCOCHEA, Eduardo Ernesto | SANTA CRUZ, Cristina | PORTIS, Marcelo Luis

Hospital San Juan de Dios (La Plata)

Tabla 1. Características demográficas

N=47	Grupo COVID-19 N=12 (%)	Grupo no COVID-19 N=35 (%)	Valor p
Edad 53,72 ± 11,33	51,5 ± 11,44	54,48 ± 11,36	
Masculino	10 (83,33)	27 (77,14)	
<b>Factores de riesgo cardiovasculares</b>			
HTA	5 (41,66)	7 (48,57)	0,67
DBT	2 (16,66)	7 (20)	0,80
DISLIPEMIA	1 (8,33)	8 (22,85)	0,26
TABAQUISMO	7 (58,33)	18 (51,42)	0,67
OBESIDAD	2 (16,66)	7 (20)	0,80
Infarto previo	6 (50)	9 (25,71)	0,11
FEVI 59,58 ± 10,19	60,41 ± 8,6	59,29 ± 10,80	
FEVI < 40%	0 (0)	2 (5,88)	0,39
EURO SCORE II 0,90 ± 0,38	0,82 ± 0,29	0,93 ± 0,40	

HTA: hipertensión arterial. DBT: diabetes. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Tabla 2. Tipo de procedimiento

	Grupo COVID-19 N=12 (%)	Grupo no COVID-19 N=35 (%)	Valor de p
<b>Según intervención</b>			
CRM	7 (58,33)	12 (34,28)	
Recambio valvular	4 (33,33)	12 (34,28)	
Dos procedimientos	1 (8,33)	6 (17,14)	
Otras	0 (0)	5 (14,28)	
<b>Indicación según riesgo</b>			
Urgencia - Emergencia	0 (0)	5 (14,28)	0,16

CRM: cirugía de revascularización miocárdica

**Introducción:** A causa de un brote de neumonía de etiología desconocida declarado en Wuhan, China, en diciembre del 2019, la diseminación mundial del virus obliga a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a declararla pandemia el 11 de Marzo del año 2020. El virus, de la familia Coronaviridae, denominado SARS-CoV-

2 es causante de la enfermedad denominada por consenso internacional COVID-19. Dicha pandemia generó una importante carga sanitaria, especialmente en pacientes con comorbilidades cardiovasculares y ha planteado desafíos para la atención médica en todo el mundo 1-2. Durante la pandemia hubo una reducción abrupta de las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares agudas 3-4-5 y un aplazamiento preventivo de los procedimientos electivos debido a la vulnerabilidad del subgrupo de pacientes que habitualmente se tratan, la infección podía generar un significativo riesgo adicional 6-7. Sin embargo, hay evidencia previa de que los retrasos se han asociado con una mayor mortalidad 8. Las cirugías cardíacas de emergencia, entre ellas los síndromes aórticos agudos (SAA) continuaron durante la pandemia por COVID-19 10-11-12, y se estratificaron aquellas de urgencia y electivas. Desafortunadamente, hay poca evidencia científica en el contexto de la pandemia de COVID-19 sobre las estrategias perioperatorias en cirugía cardiovascular 13-14-15. Nos planteamos como objetivo evaluar el impacto y resultados clínicos de los pacientes adultos con diagnóstico de COVID-19 que fueron sometidos a cirugía cardiovascular desde marzo del año 2020 al mismo mes del año 2021 comparado con aquellos COVID 19 negativo en el mismo periodo, en un centro de referencia provincial.

Tabla 3. Complicaciones totales y evolución

	Grupo COVID 19 N=12 (%)	GRUPO no COVID N=36 (%)	Valor de p
<b>COMPLICACIONES</b>	6 (50)	16 (45,71)	
<b>TOTALES</b>			
ACV	0 (0)	1 (2,85)	0,55
IRA	3 (25)	3 (8,57)	0,14
SDRA	1 (8,33)	0 (0)	0,08
SBVM	5 (41,66)	11 (31,42)	0,51
INFECCIONES	2 (16,66)	5 (14,48)	0,84
HEMORRAGIAS	0 (0)	3 (8,57)	0,29
SIRS	0 (0)	2 (5,71)	0,39
TROMBOEMBOLICAS	0 (0)	0 (0)	
<b>EVOLUCIÓN</b>			
DÍAS DE			
INTERNACIÓN	14 (116,67)	9,28 (25,78)	
PASE A SALA	4 (33,33)	1 (2,85)	
ALTA	7 (58,33)	28 (77,78)	
ÓBITO	1 (8,33)	6 (17,44)	

ACV: accidente cerebrovascular. IRA: insuficiencia renal aguda. SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo. SBVM: Síndrome de bajo volumen minuto. SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

**Objetivos:** Evaluar el impacto y resultados clínicos de los pacientes adultos con diagnóstico de COVID-19 que fueron sometidos a cirugía cardiovascular del año 2020 al 2021 comparados con aquellos COVID negativo en el mismo periodo, en un centro de referencia provincial.

**Materiales y Métodos:** Se enrolaron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía cardiovascular en el Hospital San Juan de Dios de La Plata, desde marzo del 2020 a marzo del 2021. Se incluyeron 47 pacientes continuos, de los cuales 12 (25,53%) tuvieron diagnóstico de COVID-19 positivo. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, tipo de cirugía, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** Durante el periodo Marzo 2019-2020 se intervinieron 99 pacientes versus 47 pacientes en el respectivo periodo de 2020-2021. La media de edad fue  $53,72 \pm 11,33$  años; 12 (25,53%) tuvieron el diagnóstico de COVID-19. El 80% fueron hombres. En cuanto a características basales del grupo COVID-19 vs no COVID-19: diabéticos 16,66% vs. 20%, hipertensos 41,66% vs. 48,47%, dislipémicos 8,33% vs. 22,85%, tabaquistas 58,33% vs 51,42%, obesos 16,66% vs. 20%, IAM previo 50% vs. 25%, fracción de eyección del ventrículo izquierdo 60,41% vs. 59% y EURO SCORE-2 0,82 vs 0,93. Las complicaciones de los procedimientos se presentaron en el 50% de los pacientes del grupo COVID-19 y en el grupo no COVID-19 el 45,71%. Al analizar la evolución, se encontró que en el grupo COVID-19 fallecieron el 8,33% y en el grupo no COVID-19 el 17,44%.

**Conclusiones:** A pesar de que la evolución y los resultados esperados en los pacientes que presentaron infección por COVID-19 eran poco alentadores, no encontramos diferencias significativas respecto a estos como así tampoco en cuanto a las características basales. Hubo una tendencia no significativa de menor mortalidad en el grupo COVID-19.

## 0274 - RESULTADOS DEL FUNCIONAMIENTO DE UN CONSULTORIO DE CARDIO-ONCOLOGÍA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardio Oncología

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

TEPPER, Rita | CURRAO, Florencia Natali | AMOR, Miguel | MOSTO, Hugo | BARRAL, Patricia Ines | SOUTO, Germán | CARBAJALES, Justo | FEIGELSON, Estela Adriana

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

DVATC	55%
asintomática	64%
sintomática	36%
DAÑO MIOCÁRDICO SUBCLÍNICO	10%
EVENTOS VASCULARES	20%
EVP	10%
HAP	5%
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO	82%

**Introducción:** Los servicios de cardio-oncología están dirigidos a prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente las comorbilidades cardiológicas y las complicaciones cardiovasculares secundarias a los tratamientos oncológicos.

**Objetivos:** Evaluar el funcionamiento y los resultados de un consultorio de cardio-oncología con respecto a la optimización de la salud cardiovascular y el tratamiento seguro del cáncer.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional. Se revisaron las historias clínicas manuscritas y electrónicas de los pacientes (p) atendidos en un consultorio de cardio-oncología entre el 1 de diciembre de 2018 y el 31 de diciembre de 2021. Se registraron las características basales de la población y tipo de tumores. Para evaluar el funcionamiento del consultorio se incluyeron la detección de cardiopatías desconocidas por los p y los tratamientos indicados, la detección de toxicidad cardiovascular (TCV) asociada al tratamiento del cáncer y las conductas adoptadas en cada caso. Las variables cuantitativas se expresaron en media y desvío estándar o medianas y rango intercuartilo, según su distribución. Las variables cualitativas se expresaron en números absolutos y porcentajes.

**Resultados:** Se evaluaron 239 p; la edad media fue  $53,49 \pm 16,09$  años y el 51,46% fueron mujeres. La obesidad fue el factor de riesgo coronario más frecuente (43,51%), seguidos por tabaquismo (35,98%) e hipertensión arterial (HTA) (32%). Los tumores más frecuentes fueron los hematológicos (77%) y el cáncer de mama (11%). El 68,61% (n = 164) de los pacientes concurren a control 2 o más veces. Se realizaron diagnósticos de cardiopatías desconocidas en 20,5%: HTA (n = 10), arritmias (n = 7) cardiopatía isquémica (n = 6) y valvulopatías (n = 6), que se manejaron de acuerdo con las recomendaciones vigentes. La incidencia de TCV asociada al tratamiento del cáncer fue 8,36% (n = 20): 55% disfunción ventricular asociada al tratamiento del cáncer (DVATC), asintomática en 64%; 10% daño miocárdico subclínico, 20% eventos vasculares, 10% enfermedad vascular periférica, y 5% hipertensión arterial pulmonar. En el 45% de los casos de DVATC no fue necesario suspender la medicación antineoplásica y el 82% de todos los que presentaron DVATC pudieron continuar el tratamiento oncológico (Tabla). En todos los pacientes con TCV secundaria a inhibidores de la tirosina quinasa se suspendió la medicación y se cambió según el criterio del oncohematólogo. En todos los casos se inició tratamiento antirremodelado o antiisquémico, según correspondiere.

**Conclusiones:** El funcionamiento de un consultorio de cardio-oncología permitió diagnosticar enfermedades cardiovasculares en los pacientes con cáncer y controlar a aquellos que desarrollan TCV, con alta tasa de continuidad del tratamiento antineoplásico.

### 0312 - STENT FARMACOLOGICOS ¿ES MAYOR SU USO EN PACIENTES NO DIABETICOS QUE EN DIABETICOS EN LA ACTUALIDAD?

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

FIORUCCI, Martín Javier

EDAD PROMEDIO	62
HTA	258
TBQ O EX	196
DISLIPEMIA	227
IAM PREVIO	99
ACV PREVIO	151
VASCULOPATIA PERIFERICA	40
IRC	16
ANGIOPLASTIA PREVIA	152

**Introducción:** En la actualidad la evidencia y el desarrollo de las distintas plataformas de los stent han llevado a un incremento en cuanto a las opciones para su utilización mas allá de la antigua recomendación que únicamente incluía a los pacientes diabéticos debido a que estos presentaban mayor tasa de reestenosis de los stent convencionales.

**Objetivos:** Determinar si existe en la actualidad un mayor uso de stents farmacológicos en pacientes no diabéticos (No DBT) que en diabéticos(DBT).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de las angioplastias coronarias (ATC) realizadas en nuestro centro entre el periodo comprendido desde el año 2017 al 2022, tanto en pacientes no DBT como en DBT a los cuales se les implantaron stents farmacológicos (DES) en distintos escenarios clínicos.

**Resultados:** En total se realizaron 387 ATC de las cuales 269 eran pacientes no DBT y 118 DBT. Se implantaron 620 DES, 197 en pacientes DBT y 423 en no DBT. EL 68% de los pacientes tenían 2 o más lesiones angiográficamente significativas definidas como obstrucciones mayores al 70% en arteria coronaria derecha, descendente anterior y circunfleja o mayores al 50% en tronco de coronaria izquierda. De estas el 71% se evidenciaron en pacientes no DBT y 36% en DBT. En el 24% de los pacientes las ATC se realizaron debido a un Síndrome Coronario Agudo con supra desnivel del segmento ST.

**Conclusiones:** La tasa de uso de DES en nuestro centro fue mayor en pacientes no diabéticos que en diabéticos como así también la cantidad de lesiones significativas que presentaban los primeros lo que podría justificar la mayor indicación de DES en estos.

## **0417 - IMPACTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID -19 EN POBLACIÓN DE TRASPLANTADOS CARDIACOS, DURANTE LA PANDEMIA.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Covid-19*

*Unidad Temática 2: Investigación Básica*

MORCOS, Ludmila | RODRIGUEZ, Manuel Claudio

Hospital Italiano de Mendoza

**Introducción:** Hacia fines del año 2019, se dio a conocer la infección por el SARS CoV-2 en la ciudad china de Wuhan, que dio lugar a la pandemia actual. En presencia de un paciente inmunosuprimido el cuadro clínico indudablemente es variable, y las herramientas terapéuticas y de prevención juegan un rol importante.

**Objetivos:** El objetivo es presentar nuestra experiencia en pacientes con trasplante cardiaco contagiados de COVID 19.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, en pacientes trasplantados cardiacos y cardiopulmonares en seguimiento en Hospital Italiano de Mendoza, Argentina, desde agosto de 2020 a febrero de 2022, con diagnóstico con PCR positiva o por nexo epidemiológico sintomáticos para COVID 19.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 37 pacientes, con una media de edad de 58,2 años (16 a 76 años), 97% fueron trasplantados cardiacos ortotópicos y 3% cardiopulmonares. Durante la primera ola comprendida entre marzo de 2020 y noviembre de 2020, en contexto nacional de cuarentena obligatoria, hubo 8 infectados con cuadros moderados-severos en 4 pacientes y una mortalidad de 37,5 %. Durante la segunda ola (mayo de 2021), comenzó la vacunación en pacientes inmunosuprimidos, en este contexto hubo 13 infectados, 62,5% con cuadros severos, con una mortalidad de 38,4 %, 69 % de vacunados con al menos una dosis. A principios del 2022, con la campaña de vacunación avanzada, los casos aumentaron de forma exponencial, se infectaron 16 pacientes. El 100% estaba vacunado. En ese contexto, de los 8 que recibieron 2 dosis de vacuna previo a contraer la enfermedad, 3 tuvieron cuadros moderados- severos. Solo 5 pacientes lograron completar el esquema de vacunación con 3 dosis, y en este subgrupo no se observaron cuadros severos. Por último, la mortalidad de la tercera ola fue del 12,5%.

**Conclusiones:** En nuestra población observamos que conforme transcurrió la pandemia aumentó el número de contagios, pero la aparición de la inmunización marcó una diferencia en términos de morbimortalidad, seguramente asociado además a la menor virulencia de las cepas que predominaron en nuestro país en cada una de las tres olas de COVID 19.

## **0422 - VALOR DEL QRS COMO MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES POST COVID-19 DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

**FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus** | RAMIREZ, Mauro Nahuel | DRA. FRANCHI, Alicia Natalia | DRA. GENTILE, Carolina Beatriz | TAIE, Maria Laura Rocio | ALMIRÓN, Sergio Francisco | CARDOZO B., Betania | LÓPEZ, Esteban Argentino

### **Actividad Clínica Privada**

**Introducción:** Desde el inicio de la pandemia covid-19 se han registrado alteraciones estructurales y eléctricas a nivel miocárdico, provocadas por miocarditis. Las extrasístoles ventriculares (EV) se asocian con frecuencia a esta patología y determinan una morbimortalidad significativa.

**Objetivos:** Determinar si la presencia de extrasístoles ventriculares con QRS mayor a 120 ms tenía implicancia pronóstica en la evolución de los pacientes post-covid 19.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron 61 pacientes post covid-19 de consultorios externos que presentaron extrasístoles ventriculares, evaluados entre septiembre del año 2020 a mayo del año 2021. Se dividió la población en dos partes : Grupo 1 (pacientes con QRS menor a 120 ms 42% ( n = 26 ) ) y Grupo 2 ( pacientes con QRS mayor a 120 ms ( n= 35) 58%) . Criterios de inclusión: pacientes post covid con extrasístoles ventriculares detectadas en electrocardiograma y prueba ergométrica de esfuerzo. Se utilizó el sistema estadístico IBM SPSS Statistics analizando variables cualitativas y cuantitativas. Se consideró como p significativa menor a 0,05. IC 95%. Se analizaron datos de las historias clínicas como edad, sexo, HTA, DBT, electrocardiograma en reposo y esfuerzo para definir la presencia de extrasístoles ventriculares con QRS menor o mayor a 120 ms. Se analizó el ancho y morfología del QRS, BCRI y BCRD, presencia de bigeminia, trigeminia, duplas, tripletas y taquicardia ventricular. Se analizaron variables de mala evolución clínica como la aparición de insuficiencia cardíaca, angina, fibrilación auricular, taquicardia auricular, síncope, disnea y requerimiento de dispositivos como marcapaso o cardiodesfibrilador implantable.

**Resultados:** Se observó una población de 61 pacientes post covid-19 con edad media de 45 años en grupo 1 y 46 años en grupo 2. No hubo diferencia significativa en ambos grupos en cuanto a sexo, presencia de hipertensión arterial y diabetes. La morfología del QRS prevalente era el BCRD con p significativa de 0,049, indicando procedencia del VI. IC 95%. Todas las EV provenían de un mismo foco. No hubo diferencia significativa en la presencia de bigeminia, duplas, bloqueo A-V, fibrilación auricular, taquicardia auricular ni taquicardia paroxística supraventricular. La presencia de trigeminia en grupo 2 fue estadísticamente significativa con p 0.013. La presencia de tripletas fue superior en el grupo 2 con una p de 0,05. La presencia de taquicardia ventricular fue significativa en el grupo 2 con p de 0,05. Con respecto a la presentación de síntomas la presencia de angina de pecho e insuficiencia cardíaca fue mayor en el grupo 2 con una p 0,001 y p 0,034 respectivamente. Sin embargo

no hubo diferencia en ambos grupos en la presencia de síncope ni disnea. Solo 1 paciente requirió uso de CDI y otro de marcapaso, sin diferencia significativa entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Se pudo concluir en este estudio que los pacientes post covid-19 con extrasístoles ventriculares mayores a 120 ms (grupo 2), hubo más hallazgos de trigeminias, tripletas, taquicardia ventricular y desarrollo de insuficiencia cardíaca. Pudimos concluir así que las extrasístoles ventriculares de más de 120 ms sería un marcador de mal pronóstico de evolución clínica.

## **0340 - ASOCIACIÓN ENTRE VARIACIONES EN LA COMBINACION DE LIDOCAÍNA Y PREVALENCIA DE ESPASMO ARTERIAL EN PROCEDIMIENTOS POR ACCESO RADIAL**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Investigación Básica*

**HERNANDEZ, Marcos**

**Hospital Español de La Plata**

**Introducción:** El acceso arterial Radial se ha ido utilizando y perfeccionando dentro del intervencionismo cardiovascular hasta ser, en la actualidad, la vía de elección, desplazando al acceso femoral, ampliamente utilizado con anterioridad. Esta tendencia se ha ido imponiendo por varios factores, entre ellos la menor tasa de complicaciones hemorrágicas, También constituye una buena alternativa en aquellos pacientes con enfermedad oclusiva, tortuosidad y aneurismas en eje aorto-ilio-femoral, principalmente cuando son añosos.

**Objetivos:** 1- Evaluar la relación entre la administración de Lidocaína / Lidocaína + Diltiazem / Lidocaína + Nitroglicerina (previo a la realización de procedimientos de cateterismo cardiovascular) y la prevalencia de espasmo arterial radial en pacientes adultos. 2- Evaluar la presencia de espasmo arterial radial según sexo, grupo etario, IMC, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades y tratamiento farmacológico al momento del estudio.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio experimental, analítico, de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes adultos con indicación de cateterismo cardíaco izquierdo y/o angiografía de miembros inferiores o vasos de cuello, a quienes se les realizaron procedimientos de cinecoronariografía, angiografía de vasos de cuello, angiografía de miembros inferiores y/o angioplastias de coronarias por acceso radial. A los pacientes incluidos se les administró 5 minutos antes de iniciar el procedimiento Lidocaína, Lidocaína+Diltiazem o Lidocaína+Nitroglicerina.

**Resultados:** De las complicaciones descriptas, solo se presentó el espasmo arterial en 21 pacientes (25,3%), más frecuente en mujeres (30,8%) que en hombres (20,5%). El grupo etario más afectado fue >70 años (33,3%) y con sobrepeso (66,7%). El grupo que presentó significativamente menor prevalencia de espasmos fue el de Lidocaína+Nitroglicerina (10,7%) en relación al grupo de Lidocaína+Diltiazem (32,1%;  $p=0,028$ ) y al grupo de Lidocaína (33,3%;  $p=0,025$ ). Más del 50% contaban con medicación habitual de Estatinas, IECA-ARAI, Beta-bloqueantes, Aspirina y Clopidogrel. La comorbilidad más frecuente fue la enfermedad periférica y de los factores de riesgo cardiovascular: dislipemia, sedentarismo e hipertensión arterial.

**Conclusiones:** La prevalencia de espasmo arterial radial con el uso de Lidocaína 2%+Nitroglicerina en dosis de 200 mcg., administrada de forma subcutánea en el canal radial, resulta menor a la registrada con la administración de Lidocaína sola o Lidocaína+Diltiazem.

## **0382 - REEMPLAZO VALVULAR AORTICO DE LA NUEVA ERA, SIN SUTURAS.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

*Unidad Temática 2: Valvulopatías*

**PAIRONE, Martin | ESPINOZA, Juan Carlos | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Juan Mariano | BRISCO, Isaac | NAVIA, Daniel**

**ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires**

**Introducción:** Las opciones de tratamiento para pacientes con enfermedad de la válvula aórtica se han ampliado en los últimos 20 años. El reemplazo valvular aórtico con prótesis sin sutura es una alternativa frente a pacientes añosos, con mayores comorbilidades y es una buena alternativa en la búsqueda de tratamientos menos invasivos. La prótesis Perceval S®. Se trata de una prótesis auto expandible sin sutura de pericardio bovino montada en un stent de nitinol.

**Objetivos:** Presentar la experiencia inicial en nuestro centro con el uso de prótesis Perceval S.

**Materiales y Métodos:** Entre noviembre de 2018- mayo de 2020 se implantaron en 23 pacientes la prótesis Perceval S en un unico centro de los cuales 9 fueron mujeres, 14 varones con una edad media de 78 años.

**Resultados:** Se realizó el reemplazo valvular aórtico aislado en 14 pacientes y, combinado con revascularización miocárdica en 9 pacientes. El abordaje mínimamente invasivo fue más frecuente en el reemplazo valvular aislado (59%). Se implantaron 3 válvulas aórticas protésicas Perceval S talla S, 5 talla M, 8 talla L y 7 talla XL. Los tiempos de clampeo aórtico y de CEC en las sustituciones valvulares puras fueron de 46,3 min y 54.7 min, respectivamente y en los casos asociados a revascularización miocárdica fueron de 71.3 minutos y 93 minutos. La mayoría de los pacientes fueron extubados en el quirófano o bien dentro de las primeras 6 horas (69,5%). La estancia media en la unidad de recuperación cardiovascular fue de 2 días y la estadía total fue de 6 días. La mortalidad hospitalaria y dentro de los primeros 30 días de la cirugía fue del 0%. No se requirió re intervención por sangrado peri operatorio. Cuatro pacientes presentaron Insuficiencia renal aguda las primeras 72 hs, de ellos ninguno requirió diálisis. No se registraron Endocarditis protésicas al seguimiento Cuatro pacientes presentaron Fibrilación Auricular de > 48 hs. los cuales recibieron anticoagulación vía oral con posterior suspensión a los tres meses. A los 12 meses, el 90% de los pacientes estaban en clase funcional I/II de la NYHA. Un solo paciente presentó fuga peri protésica de grado moderado, el mismo paciente se encuentra en clase funcional II de la NYHA.

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia, el implante de la prótesis Perceval S ha demostrado ser seguro. Al acortar los tiempos quirúrgicos, se disminuyen las complicaciones de tiempos prolongados, especialmente en pacientes de riesgo intermedio y alto o en cirugías combinadas. El abordaje mínimamente invasivo parece estar facilitado. Se necesitan estudios más amplios para confirmar nuestros resultados y determinar la durabilidad a largo plazo.

## **0391 - IMPLANTE DE STENT EN TRONCO CORONARIO IZQUIERDO. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN UN CENTRO DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria*

SOMOZA ALVARENGA, Francisco Ramon (1) | TOLEDO MARTINEZ, Juan Fernando(2) | AMAYA HANDAL, Ramses Daniel(2) | SOMOZA, Francisco Somoza(3) | PONCE, Josue Manuel(2)

American Heart Association (1); Actividad Clinica Privada (2); American College of Cardiology (3)

**Introducción:** La enfermedad del tronco coronario izquierdo es considerada como la manifestación con mayor mortalidad de la aterosclerosis coronaria, además de ser infrecuente en relación a otras enfermedades de vasos coronarios mostrando en angiografías realizadas en diversos estudios una incidencia de oclusión completa del 0.05% y del 3-5% de oclusión incompleta. Por lo tanto, el tratamiento quirúrgico y el seguimiento son desafiantes en la práctica en cardiología intervencionista debido a que se debe de actuar de manera inmediata ya que los índices de mortalidad y morbilidad aumentan exponencialmente en poco tiempo.

**Objetivos:** 1. Caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes con enfermedad coronaria de tronco coronario izquierdo 2.Describir la evolución clínica de los pacientes post implante de stent en tronco coronario izquierdo. 3.Exponer la eficacia de la Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea en el implante de stent en tronco coronario izquierdo.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, tipo serie de casos. Se analizaron un total de 889 angiografías coronarias diagnósticas atendidas en un centro único de cardiología intervencionista en un periodo de tres años de seguimiento desde enero del 2019 a enero del 2022. Se analizaron una serie de nueve pacientes intervenidos quirúrgicamente por estenosis incompleta del TCI e Implante de stent en tronco coronario izquierdo que cumplieron los criterios d inclusión y exclusion.

**Resultados:** Durante los tres años de estudio, la institución realizó 889 angiografías coronarias diagnósticas, encontrándose nueve casos con oclusión en TCI. Se analizaron 9 casos de pacientes con síndrome coronario agudo con estenosis de TCI atendidos en un centro único de atención para cardiología intervencionista de dos años de seguimiento desde enero del 2019 a enero del 2022. La totalidad de casos presentaron estenosis del TCI (9/9), la mayoría localizada en la región distal del vaso (5/9), dos casos en la región proximal y los restantes dos

en la región medial; todos los casos tenían entre 2-3 vasos afectados, siendo la arteria descendente anterior, arteria circunfleja, la arteria coronaria derecha y la arteria primera diagonal las más involucradas según orden de frecuencia. Se dio seguimiento clínico postprocedimiento a los dos, cuatro y seis meses a los ocho casos. La totalidad de pacientes refirieron la abolición de los síntomas y signos que presentaron previo a la angioplastia con mejoramiento en la calidad de vida, reincorporación a actividades cotidianas y sin limitación de actividades físicas.

**Conclusiones:** Implantar un stent como procedimiento de revascularización percutánea en el tronco coronario izquierdo conlleva buenos resultados terapéuticos. En la práctica de cardiología intervencionista este tipo de procedimiento conlleva un alto grado de mortalidad y morbilidad, para reducir estas posibilidades el pilar fundamental es establecer tempranamente el diagnóstico e intervenir hemodinamicamente de manera inmediata dado que el tiempo de intervención es fundamental para el éxito del procedimiento y por consiguiente la disminución de la mortalidad.

## 0525 - MODIFICACIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN FEMENINA CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA DURANTE EL PERÍODO DE PANDEMIA

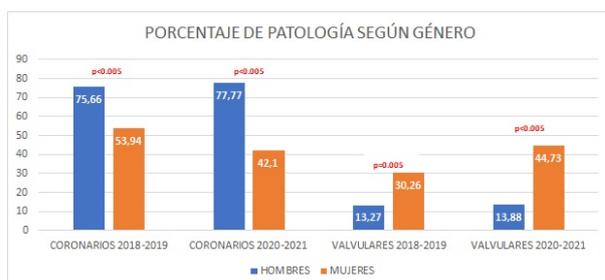
*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

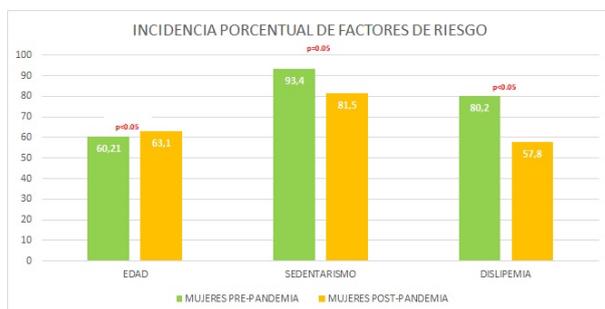
*Unidad Temática 2: Corazón y Mujer*

ROSELL, María Belén | TORO CARDENAS, Marilyn Eugenia | CONTRERAS BARRIENTOS, Neyda Daniela | TRAININI, Alejandro | STAZZONE, Pablo Matías | LLANOS TIRADO, Tomás Edward | CHRISTEN, Alejandra Inés | CRESPO, Fabian

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón



**Introducción:** La mujer tiene factores de riesgo cardiovasculares únicos, vinculados a su propia biología que impactan en su salud cardiovascular. Además, la mujer latinoamericana tiene particularidades propias relacionadas a su etnia y cultura.



**Objetivos:** Comparar las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad cardíaca entre la población femenina y masculina con indicación de Cirugía Cardíaca en un Hospital Público de tercer nivel de la provincia de Buenos Aires. Comparar los factores de riesgo en la población femenina pre y post pandemia.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes (P) consecutivos, que tuvieron indicación de Cirugía Cardíaca, entre Enero de 2018 y Diciembre de 2021. Se tomaron variables epidemiológicas relacionadas con factores de riesgo cardiovasculares tradicionales (FRCV) y antecedentes clínicos. Se utilizaron las pruebas Test de Student y Chi-Cuadrado (SPSS v24).

**Resultados:** En el período 2018-2019 tuvieron indicación quirúrgica 302 P, 76 mujeres (M) (25.1%) y 226 hombres (H) (74.8%),  $58 \pm 11.2$  años (M:  $60 \pm 12.9$  vs H:  $58 \pm 10.5$ ; pns); y entre 2020-2021, 182 P, 38 M (20.8%) y 114 H (79.2%),  $59 \pm 10.4$  años (M:  $63 \pm 11.4$  vs H:  $58 \pm 10.0$ ;  $p < 0.05$ ). En los años 2018-2019 se observó diferencia significativa en: tabaquismo previo (M: 19.7% vs H: 38.4%;  $p = 0.002$ ), infarto agudo de miocardio (IAM) previo (M: 39.4% vs H: 59.3%;  $p < 0.005$ ) y deterioro de función ventricular izquierda (M: 18.4% vs H: 41.1%;  $p < 0.005$ ). Los FRCV como hipertensión arterial, sedentarismo, dislipemia, tabaquismo actual, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre M y H. En los años 2020-2021 se observó únicamente diferencia significativa en TBQ actual (M: 13.1% vs H: 34.7%;  $p < 0.005$ ) e IAM previo (M: 47.3% vs H: 67.3%;  $p < 0.05$ ). De la comparación de los períodos 2018-2019 vs. 2020-2021 (bienio de pandemia) surgió que las M recibieron una indicación significativamente mayor de cirugía de reemplazo valvular en ambos períodos con respecto a los H (M: 44.7% vs H: 22.4%;  $p < 0.0001$ ). Al comparar las M en 2018-2019 (M1) vs. en 2020-2021 (M2) se observó que durante el último período recibieron mayor indicación de implante de válvula biológica (M1: 6.5% vs. M2: 26.3%,  $p < 0.005$ ), con edad media  $60 \pm 12.6$  años (M1:  $60 \pm 12.9$  vs. M2:  $63 \pm 11.4$ ,  $p < 0.05$ ). Se observó diferencia significativa en FRCV: sedentarismo (M1: 93.4% vs M2: 81.5%;  $p = 0.05$ ) y dislipemia (M1: 80.2% vs M2: 57.8%;  $p < 0.05$ ). Los FRCV hipertensión arterial, tabaquismo previo y actual, enfermedad obstructiva crónica, diabetes mellitus, IAM previo y deterioro de función ventricular no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

**Conclusiones:** En los años 2018-2019 se observó que las mujeres que tenían indicación de Cirugía Cardíaca presentaron menor incidencia de tabaquismo e IAM previo y una consecuente función ventricular más conservada, con respecto a la población masculina. En los años 2020-2021 se observó que eran más añosas, con una menor incidencia de tabaquismo actual e IAM previo, con respecto a los hombres. Al comparar ambos períodos, las mujeres con indicación quirúrgica durante la pandemia eran más añosas, dislipémicas y sedentarias que aquellas operadas previo a este ciclo. Durante ambos períodos se encontró una mayor proporción de indicación de cirugía de reemplazo valvular en la población femenina. Finalmente, se observó un aumento en indicación de implante de válvula biológica durante la pandemia.

## **0532 - CIERRE DE FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO.**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiopatías Congénitas Del Adulto*

*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

**CARO, Santiago** | LOPARDO, César Ariel | VISCONTI, Mariano | GUEVARA, Iván Aníbal | GIMENEZ, Christian | MASTANTUONO, Christian Gustavo | LEEDS, Ariel Federico | CAFARO, Germán Luis

**Sanatorio Dr. Julio Méndez**

**Introducción:** La persistencia del foramen oval es una condición frecuente que se presenta en aproximadamente el 25% de la población general y se asocia con diversas entidades como enfermedad cerebrovascular, síndrome de platipnea-ortodesoxia, la embolia gaseosa de los buceadores y la migraña entre otras. El cierre percutáneo del foramen oval permeable demostró disminuir significativamente la recurrencia de accidente cerebrovascular isquémico.

**Objetivos:** Describir la experiencia del cierre percutáneo de foramen oval permeable en centro único.

**Materiales y Métodos:** Se realizó el cierre del foramen oval permeable a 18 pacientes y se realizó seguimiento antes del procedimiento y hasta dos años después. Se recabó información sobre factores de riesgo cardiovascular, medicación habitual, características ecocardiográficas del foramen oval permeable y antecedentes neurovasculares. Se registró el tipo de dispositivo utilizado para el cierre. Durante el seguimiento posterior, se valoró la aparición de complicaciones relacionadas con el procedimiento, la ocurrencia de eventos cerebrovasculares isquémicos y/o muerte por todas las causas.

**Resultados:** De los 18 pacientes intervenidos; 8 eran hipertensos; 5 dislipémicos; 3 tabaquistas activos y 13 habían presentado un episodio de accidente cerebro vascular o accidente isquémico transitorio. En 11 casos se evidenció ecocardiográficamente la presencia de pasaje de burbujas de derecha a izquierda, y en 2 pacientes el tamaño del foramen oval era mayor a 10 mm. En el seguimiento a 2 años se observó un único caso de accidente isquémico transitorio recurrente, sin casos de muerte.

**Conclusiones:** El cierre percutáneo del foramen oval permeable es una técnica segura, con bajo número de complicaciones periprocedimiento. Se necesitaría un número mayor de pacientes para poder demostrar su eficacia en la disminución de eventos neurovasculares.

## 0562 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN FEMENINA CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA.

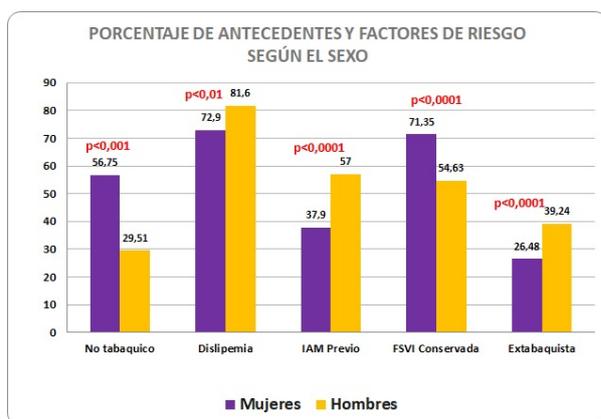
Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Corazón y Mujer

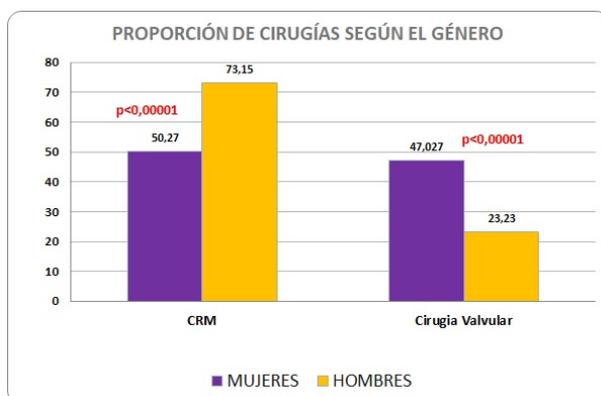
Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

TORO CARDENAS, Marilyn Eugenia | ROSELL, Maria Belen | CONTRERAS BARRIENTOS, Neyda Daniela | MIRAGAYA, Nicolas | TRAININI, Alejandro | DUVAL, Javier Andrés | CHRISTEN, Alejandra Inés | CRESPO, Fabian

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón



**Introducción:** En los últimos años se ha observado que la enfermedad cardiovascular en las mujeres suele ser la principal causa de mortalidad en este grupo de la población, presentándose de manera más agresiva y solapada por lo cual suele estar infradiagnosticada en comparación con la población masculina.



**Objetivos:** Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad cardíaca en la población femenina y masculina con indicación de cirugía cardíaca en un hospital de tercer nivel de la provincia de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes (P) con indicación de Cirugía Cardíaca en el periodo Enero 2016 hasta Febrero 2022. Las pruebas utilizadas fueron Test de Student y Chi-Cuadrado (SPSS) para analizar parámetros epidemiológicos, factores de riesgos cardiovasculares tradicionales y factores clínicos-quirúrgicos.

**Resultados:** Entre Enero 2016 y Febrero 2022 fueron evaluados 822 P con indicación de tratamiento quirúrgico, 185 mujeres (M) (22,6%) y 637 hombres (H) (77,4%), con edad media  $60 \pm 11,0$  (DS M:  $61 \pm 11,0$  vs H:  $59 \pm 11,0$ ). Respecto a los factores de riesgo cardiovasculares típicos se observó diferencia significativa en antecedentes tabáquicos como extabaquistas (M: 71% vs H: 54,63%, p<0,0001) y no tabaquistas (M: 56,75% vs H: 29%, p<0,001), enfermedad dislipemia (M: 72,9% vs H: 81,6%, p < 0,01), antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) previo (M: 37,9% vs H: 57%, p<0,0001), función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI)

Conservada (M: 71% vs H: 54,63%, p<0,0001) y Moderada (M: 71% vs H: 54,63%, p <0,01). En el aspecto clínico-quirúrgico hubo diferencias significativas estadísticamente en las transfusiones postoperatorias en sala (M: 64,32% vs H: 48,35%, p=0,0001) y el tiempo de circulación extracorpórea (M: 49,72% vs H: 25,7%, p<0,00001). La indicación quirúrgica de reemplazo valvular en mujeres fue mayor (M: 47,02% vs H: 23,23 %, p<0,00001) tanto en recambio valvular mitral (M: 9,7% vs H: 3,4 %, p<0,005) como en recambio valvular aórtico (M: 34,6 % vs H: 18,9 %, p<0,00001). Los antecedentes de hipertensión arterial, sedentarismo, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

**Conclusiones:** En la población analizada, se observó que la población femenina con indicación de Cirugía Cardíaca presentaba menor antecedente de IAM con mayor conservación de la FSVI, y eran menos dislipémicas y tabaquistas en comparación con la población masculina. La proporción en la indicación de recambio valvular en esta población femenina fue significativamente mayor, tanto en el recambio de la válvula mitral como en la aórtica.

## 0083 - ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Enfermedad Vascul Periférica

Unidad Temática 2: Multimagen

FERNANDEZ VILLAR, Gonzalo Manuel | DELGADO GAETE, Mauricio | ROSSI, Emiliano | BORJA YENCHONG, Marco | NUCIFORA, Elsa | PIZARRO, Rodolfo | BELZITI, Cesar | BLURO, Ignacio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Tabla 1. Características de los pacientes y la cirugía	
Características básicas de los pacientes	n=122
Edad, mediana (RIC), años	67 (57-75)
Sexo femenino, n(%)	29 (23,7)
Peso, media (DS), Kg	82
Talla, media (DS), M	1,71
Hipertensión arterial, n(%)	78 (63,9)
Dislipemia, n(%)	79 (64,8)
Diabetes, n(%)	29 (23,8)
Insuficiencia renal, n(%)	6 (4,9)
Enfermedad renal crónica, n(%)	11 (9%)
Tabaquista activo, n(%)	23 (19)
Infarto de miocardio, n(%)	8 (7,4)
Cirugía cardíaca, n(%)	5 (4,1)
Accidente cerebrovascular, n(%)	2 (1,7)
Claudicación, n(%)	2 (1,7)
EPOC, n(%)	5 (4,1)
Fración de eyecoclon, n(%)	
>55	101 (82,8)
45-55	6 (4,9)
35-45	13 (10,7)
<35	2 (1,6)
<b>Características de la cirugía</b>	
Tiempo de Cirugía, mediana (RIC), min	202 (240-260)
Tiempo de CEC, mediana (RIC), min	138 (110-165)
Cell Saver, n(%)	4 (3,3)
Tipo de Cirugía, n(%)	
CEM	64 (52,5)
Reemplazo Valvular aórtico	53 (43)
Biológico	43 (52,2)
Mecánico	10 (8,2)
Válvula mitral	16 (13)
Plástica	12 (9,8)
Reemplazo biológico	2 (1,6)
Reemplazo Mecánico	2 (1,6)
Aorta	13 (10,7)

**Introducción:** La anemia ferropénica tiene una prevalencia del 90 % en el postoperatorio de cirugía cardiovascular. Se sabe que la misma es un marcador de morbilidad y mortalidad, ya que genera un aumento del número de transfusiones, aumento de la incidencia de fibrilación auricular, infarto de miocardio, stroke, infecciones y retraso tanto en el egreso hospitalario como en la incorporación del paciente a su vida habitual. En la actualidad no contamos con información sobre la prevalencia preoperatoria de la misma, su evolución en el postoperatorio inmediato y alejado, y el tiempo de recuperación. De la misma forma tampoco sabemos si con las terapias actuales estamos logrando resultados favorables.

	Ingreso	5to Día	30 día
Hemoglobina, media (DS), g/dl	14,1 (8,2-136)	10,5 (7,7-31)	11,5066 (8,8-15)
Hematocrito, media (DS), %	38 (25-53)	28 (10,2-39)	34,79 (27-46)
Ferritina, media (DS), ng/mL	380 (4,2-10136)	3919,7 (28,3-336511)	361,83 (44-2088)
Transferrina, media (DS), mcg/dL	246 (103-414)	172,02 (70-301)	234,687 (105-330)
Reticulocitos absolutos, media (DS)	68430,9 (58-1572000)	107330,6 (0,5-31200-1119000)	105749 (83-1446000)
Reticulocitos %, media (DS)	1,21488 (0,4-3)	2,75 (0,8-7)	2,16 (0,4-7)
LDH, media (DS), U/L	207 (94-810)	327 (142-7163)	207,5 (115-456)
Cr media, media (DS), mg/dL	0,99 (0,5-2,09)	0,97 (0,38-3,2)	1,01487 (0,4-2,7)
Uremia, media (DS), mg/dL	42 (15-110)	44 (17-105)	39,94 (14-124)

**Objetivos:** Primarios: 1) Describir la prevalencia de anemia en el preoperatorio de cirugía cardiovascular. 2) Describir la incidencia de anemia en el posoperatorio de cirugía cardiovascular. 3) Describir la prevalencia de ferropenia sin anemia en el preoperatorio y su incidencia en el posoperatorio de cirugía cardiovascular. 4) Describir la prevalencia de la misma a los 30 días con el tratamiento estándar. 5) Buscar asociación entre la anemia preoperatoria y el aumento de los días de internación.

**Materiales y Métodos:** Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectivo en el que se incluyeron pacientes sometidos a cirugía cardiovascular central, operados entre septiembre de 2021 y febrero de 2022. El seguimiento fue de 30 días por paciente.

**Resultados:** Luego del seguimiento a 30 días se analizaron 122 pacientes. Las características de los mismos se observan en la tabla 1. El tipo de cirugía en un 52 % fue revascularización miocárdica, un 35 % de reemplazo valvular aórtico y un 9 % de plásticas mitrales. El tiempo de circulación extracorpórea en promedio fue de 138 minutos. La prevalencia de anemia preoperatoria fue de alrededor del 32 % y la de ferropenia aislada (sin anemia) del 2.5 %. Al 5to día del postoperatorio la prevalencia de anemia fue de un 90 %. A los 30 días con el tratamiento médico actual (hierro, vitamina b12 y ácido fólico), el 76 % de los pacientes persisten anémicos y hasta un 56 % persisten con ferropenia. La anemia no se asoció al aumento de los días de internación. Si bien la media de ferritina a los 30 días estaba en valores de 330, existe un grupo de pacientes que se encuentra con ferritina elevada, lo cual nos habla de que persisten inflamados. La transferrina media fue de 234, teniendo transferrina por debajo de 200 hasta en un 25 % de los pacientes. Por último observamos que a los 30 días la respuesta medular, a pesar del estado inflamatorio ha sido aceptable por presentar una media de 2.1 % que con un recuento total medio de 105.000.

**Conclusiones:** La prevalencia de anemia en el preoperatorio es alta. La misma no se asoció con una demora en la recuperación de la hemoglobina a los 30 días. El tratamiento de la anemia durante los primeros 30 días del postoperatorio es insuficiente, teniendo un grupo de pacientes que aún persisten con ferropenia clara, esto justificaría la implementación de un programa de manejo de esta patología.

## **0132 - 10 AÑOS DE HEART TEAM EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA CANDIDATOS A REEMPLAZO PERCUTÁNEO**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Valvulopatías*

*Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista y Estructural*

**TRIVI, Marcelo Sergio** | DRA. CASTRO, Florencia | DRA. TROSSERO, Romina | CURA, Fernando | DR. PICCININI, Fernando | DRA. CANDIELLO, Alfonsina | DRA. HENQUIN, Ruth | DR. BOTTO, Fernando

**ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires**

**Introducción:** La difusión en el uso de las prótesis endovasculares para el reemplazo aórtico percutáneo (TAVI) en la estenosis aórtica ha creado la necesidad de un grupo de discusión sobre la elección del mejor tratamiento para los pacientes. Este grupo denominado Heart Team (HT) es una recomendación clase I en todas las guías sobre valvulopatías aunque con bajo nivel de evidencia.

**Objetivos:** Reflejar la evolución de un HT a lo largo de 10 años, analizando las características de los pacientes asignados a cada tratamiento.

**Materiales y Métodos:** Diseño retrospectivo y unicéntrico, con inclusión consecutiva de todos los pacientes con Estenosis Aórtica Severa (EAS) evaluados por el HT entre enero del 2012 y julio del 2021. Los criterios de derivación al HT fueron: 1) casos potenciales para TAVI y 2) casos con incertidumbre, para seleccionar la mejor estrategia entre TAVI, Cirugía de Reemplazo valvular aórtico (CRVA) y tratamiento médico conservador (TMC). Se seleccionó para TAVI pacientes con estenosis aórtica severa comprobada, sintomáticos, de alto riesgo quirúrgico, añosos, frágiles y aptos para el procedimiento, y para CRVA los de menor riesgo quirúrgico, no adecuados para TAVI o con necesidad de otra intervención. Quedaron con TMC, los que no cumplían criterios de intervención, fútiles, con expectativa de vida <1 año o que rechazaran el procedimiento. El HT estuvo integrado por, al menos, un cirujano cardiovascular, un cardiólogo intervencionista, un especialista en imágenes cardiovasculares y un cardiólogo clínico especialista en valvulopatías. El HT se reunió con frecuencia semanal (virtual desde la pandemia). Se comparó anualmente a lo largo de 10 años el número de pacientes evaluados, las conductas propuestas y la concreción de las intervenciones. Cuando fue factible, se midió el grado de fragilidad en una escala de 1 a 5. Los pacientes intervenidos fueron seguidos por contacto personal, telefónico o correo electrónico. El análisis estadístico se efectuó utilizando las pruebas correspondientes según las variables y se midió sobrevida actuarial.

**Resultados:** De 892 pacientes evaluados, se asignaron a TAVI 473, aunque se implantó efectivamente en 392 (83% de los asignados y 44% del total); se asignó a CRVA a 216 y se operaron 183 (85% y 24% respectivamente) y se asignó a TMC a 284 (32%). La edad media fue de 85±7 años, 45% eran mujeres, el área valvular aórtica

fue de  $0.67 \pm 0.2$  cm<sup>2</sup>, la fracción de eyección del VI (FEVI) de  $55 \pm 11\%$ , un 48% tenían enfermedad coronaria previa y un 47% comorbilidades. Comparando los pacientes que fueron a TAVI con respecto a los CRVA, los primeros eran algo mayores ( $86 \pm 7$  vs  $83 \pm 7$  años), con mayor EUROSCORE II (6.2 ,IC95% 5.7-6.6 vs. 5.6 ,IC95% 4.37-6.5) y más frágiles ( $1.62 \pm 1$  vs.  $0.94 \pm 1$ ) (todos  $p < 0.01$ ). El área valvular aórtica medida por ultrasonidos era similar ( $0.61$  vs.  $0.62$  cm<sup>2</sup>), lo mismo que la FEVI (58 vs. 57%) (ambos  $p = n.s.$ ). La supervivencia al año y a los 2 años fue, para TAVI 86% (IC 95% 80-90) y 78% (IC95% 72-83), para CRVA 83% (IC95% 77-88) y 77% (IC95% 69 y 84) (TAVI vs. CRVA, todos  $p = n.s.$ ) y para ambos 85% (IC95% 81-88) y 78% (IC95% 72-82).

**Conclusiones:** A lo largo de 10 años de establecido un Heart Team para la selección de pacientes con estenosis aórtica candidatos a reemplazo percutáneo, se asignaron a esta intervención algo menos de la mitad y el resto se asignó a cirugía o tratamiento médico. Los pacientes intervenidos parecieron seguir la indicación propuesta por el equipo. La supervivencia de los pacientes intervenidos fue similar hasta los 2 años, sugiriendo una selección adecuada de los pacientes a cada intervención.

## **0379 - IMPACTO DEL USO DE AMBAS ARTERIAS MAMARIAS EN SOBREVIVENCIA ALEJADA ENTRE PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA GRAVE PREOPERATORIA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica*

*Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular*

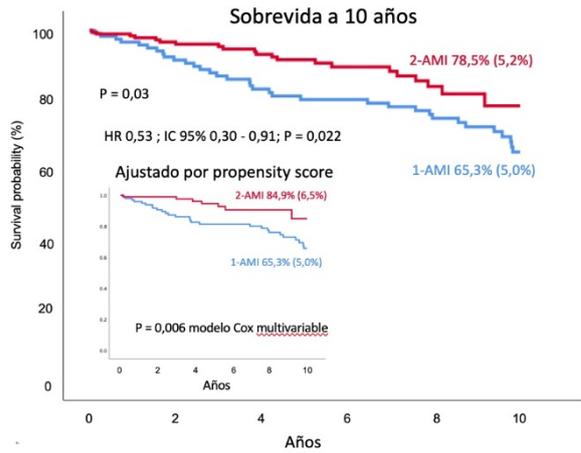
ESPINOZA, Juan Carlos | VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | VERNA HERLEIN, Guillermo | PAIRONE, Martin | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

**Objetivos:** Evaluar el impacto sobre la mortalidad a corto y largo plazo del injerto arterial total sin circulación extracorpórea en pacientes con disfunción grave del VI.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo desde enero de 2000-2015 de un solo centro. Se incluyeron pacientes con CRM electiva aislada y disfunción preoperatoria grave del VI (fracción de eyección  $< 35\%$ ). Se excluyeron los sometidos a cirugía valvular concomitante u otra cirugía mayor. La estratificación se realizó de acuerdo con el número de arterias mamarias internas (AMI) utilizadas en el Grupo 2-IMA y el Grupo 1-IMA + otro conducto (vena, radial). Se evaluaron los resultados tempranos, incluida la muerte intrahospitalaria, la infección esternal de la herida profunda (mediastinitis), el accidente cerebrovascular, la ventilación mecánica prolongada ( $> 48$ h), la diálisis posoperatoria y el infarto de miocardio (IAM). Se realizó un análisis de tiempo-evento evaluando la supervivencia a 10 años utilizando tablas de supervivencia y curvas de Kaplan-Meier. Se ajustó un modelo de regresión de Cox multivariable y se usó para identificar predictores independientes para supervivencia a 10 años. La muestra emparejada por puntaje de propensión se obtuvo en una proporción de 1:1 utilizando un modelo de regresión logística para ajustar los cofundadores.

**Resultados:** De un total de 4.687 pacientes que se sometieron a CRM aislada en el período de estudio, 340 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Se estratificaron en Grupo 2-AMI ( $n=210$ ) y Grupo 1-AMI ( $n=130$ ). La técnica sin bomba se utilizó en todos los pacientes del Grupo 2-AMI y en el 68% del Grupo 1-AMI. Hubo un beneficio significativo en la mortalidad hospitalaria a favor del Grupo BITA (0,5 % frente a 3,1 %,  $p=0,011$ ); mientras que no hubo diferencia significativa en ventilación mecánica prolongada (1,0% vs 3,1%,  $p=0,148$ ), ni en diálisis postoperatoria (1,0% vs 1,5%,  $p=0,638$ ), ni en IAM postoperatorio (0,5% vs 0,8%,  $p=0,731$ ), ni en ACV (0,5% vs 0,8%,  $p=0,731$ ), ni en mediastinitis (1,0% vs 1,5%,  $p=0,626$ ). Hubo un beneficio significativo en la supervivencia a los 10 años a favor del grupo BITA (78,5 % +/- 5,2 % frente a 65,3 % +/- 5,0,  $p$  log rank = 0,03). En la muestra emparejada por puntaje de propensión ( $n = 210$ ) se obtuvo un beneficio en la supervivencia a favor del grupo 2-AMI (84,9 % +/- 6,5 % frente a 65,7 % +/- 5,6 %,  $p 0,006$ ). El modelo de regresión de Cox Multivariable identificó al uso de ambas arterias como factor protector independiente (HR 0,529, 95% IC 0,30-0,91,  $p = 0,022$ ).



**Conclusiones:** En el presente estudio, se observó que el uso de ambas arterias mamarias internas fue un factor distintivo que redujo la mortalidad tardía entre los pacientes con disfunción preoperatoria grave del ventrículo izquierdo.

### 0399 - ANGIOPLASTIA FARMACOMECÁNICA CON TROMBECTOMÍA DEDICADA VS DISPOSITIVOS MANUALES.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

Unidad Temática 2: Enfermedad Venosa

KRAUSE, Sofia | TELAYNA (H), Juan Manuel | ARIS CANCELA, María Esther | COLIMODIO, Paulo | TELAYNA, Juan Manuel | COSTANTINI, Ricardo Andrés

Hospital Universitario Austral

**Introducción:** La trombosis remanente posintervención farmacomecánica es uno de los mayores determinantes de síndrome post trombótico.

	Trombectomia dedicada Grupo A n=41		Trombectomia no dedicada n=19		p
	n	%	n	%	
<b>RESULTADOS</b>					
Flebo trombo	41	100,0	18	94,7	0,31
Retrombo	4	9,8	3	15,8	0,46
TEP post procedimiento	0	0,0	0	0,0	
Sangrado	2	4,9	0	0,0	1
Mortalidad intrahospitalaria relacionada con el procedimiento	0	0,0	0	0,0	
Longitud promedio de Stent (mm)	83,34 ± 25,04		81,85 ± 24,61		0,908
Ra de intervención terapéutica	3	7,3	2	10,5	0,64
Contraste	235,23 ± 72,27		214,15 ± 101,78		0,461
Tiempo de radioscopia	37,2 ± 23,96		33,57 ± 9,48		0,528
Seguimiento	20,36 ± 17,82		40,56 ± 38,51		0,007
Presencia de sistemas de SPT	1	2,4	1	5,3	0,534
<b>Score de Villalta</b>					
Leve	1	2,4	0	0,0	1
Moderno	0	0,0	1	5,3	0,31
Severo	0	0,0	0	0,0	-

**Objetivos:** Analizar los resultados clínicos y del procedimiento de pacientes con trombosis venosa profunda de miembros inferiores comparando sistemas de trombectomia mecánica vs manual.

Características basales	Trombectomía dedicada Grupo A n=41		Trombectomía no dedicada n=19		p
	n	%	n	%	
Edad	46.82 ± 20.44		39.1 ± 18.63		0.167
Sexo femenino	30	73.2	11	57.9	0.37
Cáncer	2	4.9	4	21.1	0.073
Lupus eritematoso sistémico	0	0.0	1	5.3	0.32
Osteofito	2	4.9	0	0.0	1
Reposo prolongado	8	19.5	5	26.3	0.73
Tabaquismo	20	48.8	3	15.8	0.03
Diagnóstico de TEP concomitante	20	48.8	7	36.8	0.55
Embarazo/Puerperio	5	12.2	0	0.0	0.16
Bajo terapia anticonceptiva	10	24.4	3	15.8	0.52
Presentación de la trombosis					
Aguda	34	82.9	16	84.2	1
Subaguda	7	17.1	3	15.8	1
Vasos comprometidos					
Vena cava inferior	5	12.2	6	31.6	0.08
Vena ilíaca primitiva	36	87.8	15	78.9	0.44
Vena ilíaca externa	30	73.2	6	31.6	0.0055
Vena Femoral Común	14	34.1	8	42.1	0.93
Vena femoral Superficial	9	22.0	6	31.6	0.52
Vena Poplítea	0	0.0	1	5.3	0.31
Síndrome de May-Thurner	23	56.1	5	26.3	0.061
Relacionados con el procedimiento					
Implante de Filtro de Vena Cava Inferior	35	85.4	16	84.2	0.78
Trombolisis con dispositivo Cleaner	1	2.4	0	0.0	1
Angiojet	23	56.1	0	0.0	-
Penumbra	18	43.9	0	0.0	-
Aspirex	1	2.4	0	0.0	-

**Materiales y Métodos:** Desde marzo de 2008 a abril de 2022 se realizaron 150 intervenciones en territorio venoso de las cuales 60 fueron angioplastias con tromboaspiración. Se excluyeron las intervenciones en otros territorios fuera de miembros inferiores, definiéndose dos grupos, definiendo al Grupo A n=41 pacientes que se realizaron tromboaspiración farmacomecánica con dispositivos dedicados y el Grupo B n=20 pacientes que se realizaron tromboaspiración manual.

**Resultados:** Las características basales son respectivamente para el Grupo A vs Grupo B n(%): edad media 46.8±20.4 vs 39.1±18.6 años; mujeres 30(73) vs 11(58); cáncer activo al momento del diagnóstico 2(5) vs 4(21); compresión mecánica por osteofito 2(5) vs 0; reposo prolongado 8(20) vs 8(32); tabaquismo 20(49) vs 5(20); tromboembolismo del pulmón concomitante 20(49) vs 10(40); embarazo o puerperio 5(12) vs 0; terapia anticonceptiva 10(24) vs 4(16). Presentación de TVP aguda 34(83) vs 22(88) y subagudos 7(17) vs 3(12). La trombosis afectó a vena cava inferior en 5(12) vs 6(24); vena ilíaca primitiva 36(87) vs 20(80); vena ilíaca externa 30(73) vs 11(44) p=0.005; vena femoral común 14(34) vs 11(44); vena femoral superficial 9(22) vs 13(52); vena poplítea 0 vs 1(5). Como condición anatómica presentaron Síndrome de May-Thurner 23(56) vs 5(26). Se realizó implante de filtro de vena cava inferior transitorio en 35(85) vs 16(84); se infundieron trombolíticos locales 40(97) vs 15(79) p=0.054. Se requirió tromboaspiración adicional en 9(22) vs 4 (21). El éxito técnico se obtuvo en 41(100) vs 18(95) de los casos, con retrombosis en 4(10) vs 3(16). Se presentó como evento adverso sangrado 2(5) vs 0; sin TEP post procedimiento ni mortalidad intrahospitalaria relacionada con el procedimiento. La longitud promedio de stents fue de 174.35 ± 25 vs 107 ± 89 p<0.001 con número de stents promedio de 1.76±1.08 vs 1.40±0.86. Tiempo de radioscopia de 37.2±23.96 vs 33.57±9.48. Seguimiento 20.36±17.82 vs 40.56±38.51. Presencia de Síndrome post trombótico 1(2) vs 1(5).

**Conclusiones:** Los resultados clínicos y del procedimiento de pacientes con trombosis venosa profunda de miembros inferiores con sistemas de trombectomía mecánica no evidenció diferencias frente a los pacientes con intervención manual. En los pacientes que se realizó trombectomía dedicada presentaron menor índice relativo de retrombosis si bien sin alcanzar significación estadística.

## 0486 - LITOTRIZIA INTRAVASCULAR: UNA ALTERNATIVA PARA OBSTRUCCIONES CALCIFICADAS. EXPERIENCIA INICIAL.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Medicina Vasculat*

TORRESANI, Ernesto Marcelo | MARTINO, Guillermo Raúl | TABBAKH, Fadel Norberto | FERNANDEZ, Alberto | HRABAR, Adrian Demetrio | BIONDINI, Pablo Ignacio | BASTIANELLI, Gustavo Atilio | DE BENEDETTI, Leonardo Hugo

#### Sanatorio Modelo de Quilmes

**Introducción:** Las obstrucciones vasculares calcificadas representan un desafío permanente ante la necesidad de tratamiento endovascular. Si bien contamos desde hace años con algunos dispositivos que nos permiten su optimización como el Rotablator®, hay situaciones donde puede ser dificultoso o inadecuado. La litotricia intravascular es una nueva tecnología que proporciona ondas de presión sónica pulsátiles convertidas en energía mecánica para modificar el calcio vascular. Desde hace poco más de 1 año disponemos en nuestro medio del Shockwave® IVL consistente en un balón de baja presión montado sobre un catéter que permite la emisión de ondas sónicas al ser conectado a una consola.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia inicial con el dispositivo Shockwave IVL® tanto en territorio coronario como periférico.

**Materiales y Métodos:** El dispositivo utilizado tiene un diseño para uso coronario (C2) 2.5 a 4.0 mm de diámetro / 12 mm de largo con capacidad de emisión de 8 ciclos (C) de hasta 10 pulsos (P) / C y otros de uso periférico para infra-patelar (S4) 2.5 a 4.0 mm / 40 mm y 8 C de hasta 20 P / C y supra-patelar (M5) 3.5 a 7.0 mm / 60 mm, con capacidad de emisión de 10 C de hasta 30 P / C. Todos emiten 1 P / segundo. La cantidad de emisores depende de la longitud del balón teniendo 2 el C2, 4 el S4 y 5 el M5. La capacidad de emisión de P es finita siendo de 80 P para el C2, 160 para el S4 y 300 para el M5. Comenzamos nuestra casuística en diciembre 2021 habiendo realizado hasta mayo 2022, 3 casos en coronarias y 4 en periféricos. Todas las lesiones estaban severamente calcificadas objetivado por radioscopia. Las características de las placas coronarias fueron: a) aorta en porcelana con obstrucción severa de ostium de coronaria derecha, b) obstrucción severa de tronco de coronaria izquierda en paciente con CRM previa (oclusión de puente radial a Cx) y c) reestenosis intrastent (RI) con dilatación sub-óptima del mismo. Por otro lado, las placas en territorio periférico estuvieron localizadas en: a) iliaca primitiva en 2 casos, b) femoral común y c) femoral superficial (FS). Se consideró dilatación óptima cuando se logró una dilatación homogénea del balón del dispositivo con una relación balón/arteria 1/1 y obstrucción residual cercana al 0% (en relación al diámetro de referencia) mientras estuviera insuflado, excluyendo el posible recoil que pudiera ser corregido con stent.

**Resultados:** El dispositivo pudo ser utilizado como si fuese un balón de angioplastia convencional. No hubo complicaciones ni efectos colaterales relacionados. Se logró dilatación óptima en 5/7. En uno de los casos coronarios (el de RI) y uno de los periféricos (obstrucción larga > 100 mm de FS) si bien se logró una mejoría parcial quedaron con una lesión residual cercana al 30 % con expansión inadecuada del stent. Es probable que en el caso de la RI debido a la antigüedad de la lesión (ATC previa > de 1 año antes) predominara la fibrosis sobre la calcificación lo que justificaría la dilatación inadecuada. Por otro lado, en el caso de la FS tal vez la mayor longitud de la lesión en relación a la del dispositivo (lo que generó la necesidad de desplazarlo) pudiera explicar el resultado.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia inicial logramos utilizar sin inconvenientes el dispositivo de litotricia intravascular Shockwave IVL®. Su curva de aprendizaje es corta. Debemos adquirir mayor experiencia para una adecuada selección de casos. Es probable que en lesiones largas pueda ser necesario la utilización de más de 1 dispositivo.

### **0549 - PRÓTESIS DE RÁPIDO IMPLANTE INTUITY; EN POSICIÓN VALVULAR AÓRTICA: REPORTE DE 100 PACIENTES EN ARGENTINA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular*

*Unidad Temática 2: Valvulopatías*

KOTOWICZ, Vadim | ESTRADA MENDOZA, Ronald Manuel | DOMENECH, Alberto | RAFFAELLI, Pablo | POSATINI, Ricardo | HALAC, Marcelo | BATTELLINI, Roberto

Hospital Italiano de Buenos Aires

Tabla 2	n=100	DE	%
<b>DATOS QUIRÚRGICOS</b>			
Implante Edwards Intuity	100		100
Abordaje: Esternotomía	75		75
Miniesternotomía	25		25
Cirugía combinada:	38		38
CRM Asociada	24		63,2
Reparación mitral o RVM	11		28,9
Reparación tricúspidea	3		7,8
Estatus: Electivo	79		79
Urgencia	21		21
Tamaño de prótesis implantada n.º			
19	7		7
21	28		28
23	40		40
25	20		20
27	5		5
Tiempo de CEC promedio (min)			
RVAo + P. Combinado	87	15,08	
RVAo aislada	58	14,2	
Tiempo de Clampeo promedio (min)			
RVAo + CRM	63,8	10,8	
RVAo aislada	48	8,9	
Tiempo de implante (*/min)	10	4,7	

DE: Desvío estándar; CEC: Circulación Extracorpórea; CRM: Cirugía de Revascularización Miocárdica

POP: Postoperatorio; RVAo: Reemplazo Valvular Aórtico;

(\*) desde fin de la descalcificación aórtica hasta el inflado del balón

**Introducción:** Las prótesis de rápido despliegue (RD) se han introducido en Latinoamérica como una opción para el tratamiento de la estenosis aórtica severa sintomática desde hace muchos años. En Argentina el uso reportado de las mismas es menor en relación a las prótesis convencionales. Esto puede ser debido a la relación costo-económico/beneficio en el momento de elegir una prótesis; y a que en múltiples ensayos existe un menor seguimiento, con un mayor índice de colocación de marcapasos post-implante en comparación a las válvulas convencionales. A pesar de esto, las prótesis RD poseen propiedades interesantes como: a) bajos gradientes, ideal en pacientes con anillo pequeño, b) fácil técnica de implante, que favorece abordaje mini invasivo, c) reducción de tiempos de clampeo e isquemia miocárdica, lo cual es beneficioso en pacientes que requieren procedimientos concomitantes con alto riesgo preoperatorio.

RESULTADOS POSTOPERATORIOS	n=100	DE	%
Mortalidad a 30 días	0		0
Mortalidad a 6 meses	3		3
Accidente cerebro vascular	2		2
Gradiente medio POP al alta (mmHg)	9	2,9	
Gradiente medio a los 6 meses (mmHg)	9,6	1,5	
Media AOE al alta	2,1	1,3	
Insuficiencia valvular residual	0		0
Leak	0		0
Masa VI promedio postoperatorio	133		12,2
Reoperación por sangrado	1		1
ARM > 48 hs	3		3
Endocarditis	1		1
Fibrilación auricular	26		26
Insuficiencia renal aguda	24		24
Mediastinitis	2		2
Marcapasos Postoperatorio relacionado al implante	5		5
IAM	1		1
Estancia unidad críticos ( días)	4		2,5

POP: Postoperatorio; IAM: Infarto Agudo de Miocardio; AOE: Área Aórtica Efectiva; IAM: Infarto Agudo de Miocardio; ARM: Asistencia Mecánica Respiratoria

**Objetivos:** El objetivo primario es analizar mortalidad a 30 días y 6 meses. El secundario: analizar resultados técnico-quirúrgicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo de 100 pacientes consecutivos sometidos a RVA con prótesis RD Edwards Intuity® entre marzo de 2018 a marzo de 2022. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con estenosis aórtica severa riesgo moderado/alto, que requirieron o no procedimiento concomitante; evaluados para TAVI con factibilidad de cirugía. Criterios de exclusión: insuficiencia aórtica aislada, endocarditis, aneurismas de la raíz o aorta ascendente. Los datos se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar. Se realizó el análisis de la supervivencia utilizando curvas de Kaplan-Meier.

**Resultados:** El implante fue exitoso en 100 % de la cohorte. Sexo: 55% eran hombres. El STS PROM % fue 7,8 ( $\pm$  1,6). En 62 pacientes se realizó RVA aislado, 25 de ellos fueron por mini esternotomía. La fracción de eyección VI promedio fue: 51 ( $\pm$  2,3) mmHg. El área valvular promedio y el diámetro anular promedio medidos por ETE: fueron de 0,7 cm<sup>2</sup> ( $\pm$  1,3) y 21 mm ( $\pm$  1,6) respectivamente. 11 pacientes tenían insuficiencia mitral preoperatoria: 10 insuficiencia grave y uno moderada, (todos fueron tratados). El tiempo de clampeo total (RVA + procedimiento concomitante) fue de 63,8  $\pm$  10, 8 min. El tiempo de clampeo de RVA aislada fue de 43  $\pm$  9,9 min. Tiempo promedio implante 10 ( $\pm$  4,1) min. La estancia media en cuidados críticos fue de 4 ( $\pm$  2,5) días. No hubo mortalidad a 30 días. A los 6 meses fue del 3 %. Se presentaron 2 casos de mediastinitis (uno fue reintervenido) y hubo necesidad de implante de marcapasos en 5 pacientes. El seguimiento promedio fue 9 ( $\pm$  2,2) meses. Un paciente sufrió explante valvular a los 4 meses por endocarditis. Resultado ecocardiográfico a los 3 y 6 meses: gradientes medios de 9 ( $\pm$  2,9) mmHg y 9,6 ( $\pm$  1,5) respectivamente. En válvulas número 19 el gradiente postoperatorio medio fue 12 ( $\pm$  1,8). El resto de los resultados postquirúrgicos se observan en la tabla 2.

**Conclusiones:** Las prótesis RD combinan los beneficios de buenos resultados hemodinámicos, remodelado ventricular izquierdo y tiempos de clampeo aórtico cortos en pacientes con procedimientos combinados que

poseen alto riesgo por STS PROM %. Además su fácil tecnología de implante, hace mas factible el acceso por mini esternotomía.

## 0128 - ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria

CAMPOS CERVERA, Lucia Victoria (1) | MUÑOZ, Florencia(1) | VIRUEL, Marcos Lucas(1) | COSTABEL, Juan Pablo(1) | ARBUCCI, Rosina(1) | BONORINO, José(2) | PEREZ, Gonzalo Emanuel(3) | ZAIDEL, Ezequiel José(4)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Hospital Austral (2); Clínica Olivos (3); Sanatorio Güemes (4)

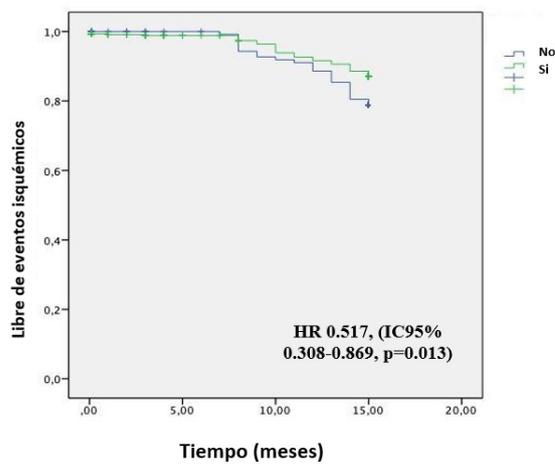


Figura 1. Eventos isquémicos combinados.

**Introducción:** El tratamiento médico óptimo ha demostrado reducir eventos cardiovasculares en pacientes que han presentado un síndrome coronario agudo. La adherencia al tratamiento resulta fundamental para obtener dichos beneficios, pero se desconoce el grado de adherencia en nuestro medio. El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia terapéutica a los 6 y 15 meses en pacientes tratados por un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

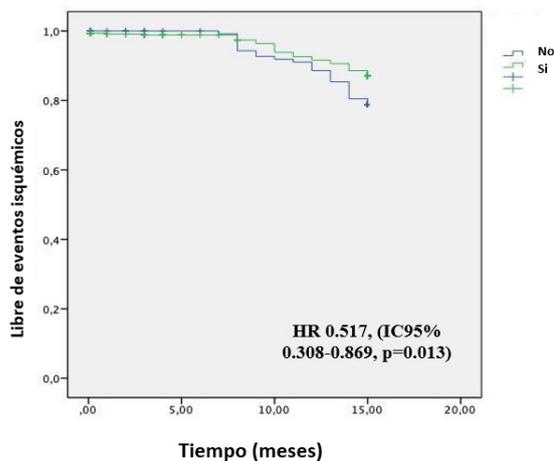


Figura 1. Eventos isquémicos combinados.

**Objetivos:** Objetivo primario: evaluar la adherencia terapéutica a los 6 y 15 meses en pacientes tratados por un SCASEST. Objetivo secundario: evaluar los factores basales asociados a la adherencia a los 6 meses; evaluar la ocurrencia de eventos isquémicos y hemorrágicos de acuerdo a la adherencia a los 6 meses.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un sub-análisis preespecificado dentro del registro prospectivo BUENOS AIRES I, que incluyó 1100 pacientes. La adherencia fue evaluada utilizando la escala de Morisky-Green modificada.

**Resultados:** La edad promedio de la población fue de 65 ±11 años. A los 6 meses el 76.4 % calificó como adherente. No se hallaron predictores independientes de esta adherencia. Los pacientes adherentes, tuvieron una tasa de eventos isquémicos combinados (MACE: infarto, muerte, accidente cerebro vascular) a los 15 meses del 11.5 % (52/452) versus el 20 % (27/135) en los pacientes no adherentes. La adherencia se comportó como un predictor independiente de MACE (HR 0.517, IC95% 0.308-0.869, p=0.013). Los eventos hemorrágicos no difirieron entre los grupos.

**Conclusiones:** En la población de nuestro trabajo hubo una adherencia elevada al tratamiento médico sin poder hallar predictores clínicos de este fenómeno. Dicha adherencia se comportó como un factor protector de eventos isquémicos sin relación con los eventos hemorrágicos. Sin embargo, uno de cada cuatro sujetos se considera no-adherente luego de una hospitalización por SCASEST y se deben desarrollar intervenciones proactivas para su reducción.

## 0148 - CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Covid-19*

*Unidad Temática 2: Covid-19*

RODRIGUEZ ACUÑA, María Isabel | BRANDANI, Laura | ROJO, Alfredo | SMODLAKA, Sonia | CHELUJA, Aníbal | PEREZ LUJÁN, María Mercedes | KERBAJE, Soraya | **MERBILHAA, Raul**

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Tabla 4

SINTOMAS EN AGUDO			SINTOMAS RESIDUALES	
	n	%	n	%
Fiebre	202	57,1		
Anosmia	147	41,5		
Mialgias	141	39,8	17	4,8
Disgusia	109	30,7	6	1,6
Cefalea	110	31		
Astenia	86	24,2	44	12,4
Tos	94	26,5	9	2,5
Dolor de garganta	69	19,4		
Disnea	48	13,5	29	8,1
Diarrea	43	12,1		
Dolor torácico	30	8,4	5	1,4
Otros (palpitaciones, dolor abdominal, hematoquecia, rinitis)	5	1,4	5	1,4 (cefalea 4 p.)
Niebla mental			7	1,9

**Introducción:** La OMS anunció en marzo de 2020 una pandemia por el virus SARS-CoV 2, denominada COVID-19. Se han detectado hasta julio 2021 casi 198.000.000 casos en el mundo, con una letalidad que ronda entre el 0,01 % en menores de 40 años hasta el 1,7 % en mayores de 60, siendo aún más elevada en presencia de comorbilidades (enf. cardiovascular, enf. respiratoria crónica, enf. oncológica, inmunosupresión, hipertensión arterial, diabetes y obesidad) y en las formas severas con internación en áreas críticas y asistencia respiratoria mecánica (ARM). En nuestro país hacia el final de este registro (julio 2021) se contabilizaban 4891810 casos con 104822 fallecidos (2,14 %). Las formas clínicas son variadas: asintomática, leve, moderada, severa/crítica.

**Objetivos:** Se describen las características clínicas que adoptó la enfermedad en una población de pacientes recuperados.

**Materiales y Métodos:** Desde el 1ro de octubre de 2020 hasta el 31 de julio del 2021 concurren en forma programada a un centro médico ambulatorio para realizar chequeos preventivos 12433 pacientes (p.) mayores de 18 años. 7440 (59,8 %) varones con una mediana de edad de 45 y un rango intercuartilo (RIC) de 35-57. Se discriminaron 354 p. (2,84 %) que habían padecido COVID-19 y que no habían recibido ninguna dosis de vacuna. Se analizaron las siguientes variables: características demográficas de la población, metodología diagnóstica, comorbilidades, tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el momento de la consulta para el chequeo, síntomas, tiempo y lugar del aislamiento, días y área de internación, forma clínica, compromiso de órganos o sistemas, tratamiento recibido y presencia de síntomas residuales. Las variables cuantitativas se expresan como media +/- Desvío Estándar o mediana y RIC de acuerdo a la distribución de la variable. Las variables categóricas se expresan como porcentajes.

**Resultados:** De los 354 p. 214 (60,4 %) eran varones. La mediana de la edad fue de 42 años (RIC 33-54). Diagnóstico por PCR se confirmó en 284 p. (80,2 %), 61 p. (17,2%) fue por contacto estrecho y 9 p. por dosaje de IgG-IgM (2,54 %). Comorbilidades: 60 p. (16,9%) obesidad; 33 (9,32 %) hipertensión arterial; 12 (3,39 %) enf. pulmonar previa; 9 (2,54 %) diabetes; 7 (1,98 %) enf. cardiovascular previa y sólo 3 (0,84 %) con antecedentes oncológicos y/o inmunosupresión. El tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico hasta la consulta para el chequeo fue de 75 días (RIC 45-120). Tabla 1: Prevalencia de síntomas en agudo y residuales. Requiritieron aislamiento 325 p. (91,8%), la mayoría: 280 p. (81,6%) en domicilio. El 44,6 % de los p. tuvo aislamiento menos de 14 días. Internados 39 p. (11,1 %) con una mediana de internación de 6 días (RIC 4-9) en sala gral, ningún paciente requirió UCI. Forma de presentación clínica: 284 p. (80,2 %) COVID leve y 70 p. (19,7 %) COVID moderado; compromiso pulmonar 48 p. (13,5%), cardíaco 4 p. (1,12%) y otros (neurológico, gastrointestinal) 5 p. (1,41 %). Tratamientos recibidos: AINES 12,2 %; antibióticos 10,54 %; corticoides 10,26 %; anticoagulación 4,27 %; oxigenoterapia 3,13 %.

**Conclusiones:** En esta población con muy escasa comorbilidad y predominantemente menor de 60 años la COVID-19 se manifestó en forma leve en la mayoría y moderada en el resto. Es fundamental su estudio y seguimiento, conocer aún más sobre las consecuencias a largo plazo (long-COVID), secuelas, grados de discapacidad e impacto en la calidad de vida. La aparición de nuevas mutaciones y el efecto de las diferentes vacunas sobre la inmunización a largo plazo constituyen los desafíos a afrontar en los próximos años.

## 0251 - FACTIBILIDAD, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE RESIDENTES A TRAVÉS DE ENFERMERÍA.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Educación Médica*

BUSCH, German (1) | RODRIGUEZ BORDA, Maria Victoria(1) | MORALES, Pablo Ismael(1) | WEIS, Monica(1) | GELPI, Ricardo Jorge(2) | ALVES DE LIMA, Alberto E.(1)

**Introducción:** La mayoría de las herramientas de evaluación en el contexto de trabajo (HEBCT) se basan en la observación directa de los residentes (R) a través de docentes médicos (DM). Estas pueden no reflejar el desempeño que realizan los R en situaciones independientes no observadas. Los profesionales de la salud que más frecuentemente interactúan con el R son los profesionales de enfermería. La naturaleza de su trabajo nos puede proveer una mirada diferente en relación a las habilidades del residente y ofrecernos una mirada más completa de su desempeño. Recientemente Dudek y col publicaron los resultados psicométricos del Ottawa Resident Observation Form for Nurses (O-RON) una HEBCT diseñada para evaluar distintas competencias del R como por ejemplo comunicación o profesionalismo con preguntas como: "Actúa con honestidad e integridad", "Acepta apropiadamente la opinión y la experiencia del personal de enfermería" o "Escribe evoluciones diarias útiles". En total cuenta con 15 ítems a calificar en una escala likert de 3 puntos en relación a los motivos de preocupación detectados: 1. Importantes, 2. Poco importantes o 3. Sin motivos de preocupación.

**Objetivos:** Documentar si es factible la aplicación de una versión en español del formulario O-RON en un centro monovalente de cardiología de la Ciudad de Buenos Aires y evaluar su validez y consistencia interna.

**Materiales y Métodos:** Se realizaron entre el 1 de septiembre de 2021 y el 28 de febrero de 2022 5 rondas de evaluación de 15 residentes por parte de 38 enfermeros (EE). Cada ronda estuvo separada por un periodo de entre 4 a 6 semanas. La participación de ambas partes fue voluntaria. Los R firmaron un consentimiento informado avalando su participación en el estudio y no tuvieron conocimiento sobre quienes participaron como evaluadores. Con previa autorización escrita del autor se procedió a la traducción y adaptación transcultural del formulario original O-RON, Para determinar la factibilidad de aplicación se espera que cada residente tenga un mínimo de 4 observaciones por ronda de evaluación. La validez fue evaluada por la habilidad del formulario de discriminar entre los niveles preexistentes de experiencia de los R de los distintos años esperando diferencias entre cada uno. Los datos se expresan como porcentajes y frecuencias de las calificaciones obtenidas en las distintas preguntas. Se utilizó el test de chi cuadrado para evaluar la significancia de las diferencias obtenidas y para la consistencia interna el valor de alfa de Cronbach.

**Resultados:** Durante el periodo especificado se realizaron 546 evaluaciones en 5 rondas (1°: 139; 2°: 92; 3°: 94; 4°: 133 y 5°: 88). Participaron como evaluadores entre 21 y 34 enfermeros por ronda y fueron siempre evaluados los 15 residentes por lo cual se logró en promedio más de 4 evaluaciones por residente por ronda de evaluación: 1°: 9,26, 2°: 6,13, 3°: 6,26; 4°: 8,86 y 5°: 5,86. Al analizar los datos individuales de los residentes se observa que siempre los promedios de evaluaciones por ronda fueron mayores a 4 para cada uno de ellos. En relación a la validez el formulario permitió a través de sus 15 ítems discriminar de forma significativa la experiencia de los residentes según el año al que pertenecen y presento muy alta consistencia interna (coeficiente de Cronbach de 0.979).

**Conclusiones:** Es factible aplicar el formulario O-RON para evaluar el desempeño profesional de residentes de cardiología por parte del servicio de enfermería bajo las circunstancias establecidas. La herramienta permite discriminar los niveles de experiencia entre los R de distintos años con muy alta consistencia interna.

## 0387 - GENÉTICA COMO PUNTO DE PARTIDA. PKP2 Y SU HETEROGENEIDAD DE PRESENTACIÓN.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Miocardiopatías*

*Unidad Temática 2: Investigación Básica*

CAIMI MARTINEZ, Fiamia Giuliana | BLANCO, Rocio | RIPOLL VERA, Tomas

Hospital Universitario Son Llatzer- Palma de Mallorca- España

**Introducción:** El gen PKP2 se encuentra localizado en el cromosoma 12, está conformado por 14 exones y codifica la proteína Placofilina-2. Han sido descritas 927 variantes de PKP2 en las bases de datos públicas, siendo éste el gen más comúnmente asociado con miocardiopatía arritmogénica (MCA), y representa el 40 al 60% de las variantes en pacientes con genotipo positivo. La Placofilina-2 forma parte de los desmosomas, estructura especializada en unión intercelular y resistencia mecánica de la célula, fundamentalmente en aquellos tejidos expuestos al estiramiento y fricción, como miocardio y epitelio. Asimismo, se ve involucrada en el funcionamiento de canales de sodio y calcio, de modo que puede una variante causar arritmias potencialmente mortales inclusive en ausencia de afectación estructural.

**Objetivos:** Describir la prevalencia, expresión genotipo/fenotipo y pronóstico de las variantes en PKP2 asociadas a MCA.

**Materiales y Métodos:** Se realiza búsqueda sistemática en bases de datos médicas y genómicas acerca de la prevalencia, asociación genotipo/fenotipo de las variantes en gen PKP2, utilizando como motor de búsqueda de palabras clave "PKP2 y miocardiopatía arritmogénica".

**Resultados:** La MCA es una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de arritmia ventricular grave, frecuentemente asociada al reemplazo fibrograso progresivo de los cardiomiocitos y con evolución tardía a insuficiencia cardíaca avanzada. Actualmente se registra como diagnóstico clínico en el 4% al 7% de las muertes súbitas. A través de los criterios propuestos por Padua en los que diferencia fenotipo derecho/izquierdo y biventricular, conocemos que el sustrato genético difiere entre ambos subtipos. El gen PKP2 es responsable de 40-60% de las variantes identificadas en MCA de compromiso derecho. Se postula como posible mecanismo patogénico la haploinsuficiencia en variantes truncantes o deleciones, siendo más infrecuente el hallazgo de variantes patogénicas de tipo missense. Si bien se ha determinado históricamente que el 60% de los portadores desarrollarán la enfermedad, la baja penetrancia demostrada en las últimas publicaciones, puede implicar que la mera presencia de variantes truncantes es necesaria pero no suficiente y requiere de moduladores epigenéticos para su expresividad. En los pacientes portadores de variantes en PKP2 existe una gran heterogeneidad de presentación y la arritmia puede anticiparse al desarrollo de alteraciones estructurales, por lo que no es infrecuente el debut con episodios de arritmia ventricular grave o muerte súbita.

**Conclusiones:** El conocimiento de la variante causal de la miocardiopatía arritmogénica es crucial para el mejor entendimiento fisiopatológico, seguimiento y pronóstico de dichos pacientes. Si bien existen controversias acerca de las implicancias clínicas de dichas variantes, los pacientes con alteraciones patogénicas en PKP2 suelen tener un fenotipo arritmico precoz y muchas veces independiente de la presencia de alteraciones estructurales detectadas por las técnicas de imagen habituales de análisis del ventrículo derecho.

## 0459 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PATOLOGÍA TIROIdea. DATOS DE UN REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN QUE CONCORRE AL HOSPITAL.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Hipertensión Arterial*

VOLPATO, Jessica | HELGUERA, Lucia | LACUSANT, Jeanette | PADULA, Agustin Leonel | GONZALEZ, Ana Liliana | CONTRERAS, Victor Fabián | ZILBERMAN, Judith Miriam | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Enfermedad Tiroidea	SI	NO	p
N	60 (12.4%)	424 (87.6%)	
Promedio PAS (mmHg)	133.58	133.74	0.952
Promedio PAD (mmHg)	78.41	82.07	0.140
Promedio FC (lpm)	75.03	76.53	0.418
N (%)			
HTA Conocidos	43 (71.7%)	230 (54.2%)	0.010
HTA Tratados	41(68,3%)	213 (50,2%)	0.008
HTA Tratada y controlada	24(58.5%)	88 (41.7%)	0.047

**Introducción:** La presión arterial está determinada por parámetros cardíacos (gasto cardíaco) y vasculares regulados por diversos factores. Los efectos de las hormonas tiroideas sobre la presión arterial derivan particularmente de su interacción con estos dos parámetros. También se hallan involucradas en la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, y la estimulación de la secreción de eritropoyetina con mayor producción de glóbulos rojos, pudiendo aumentar el volumen minuto, y así la presión arterial. Según diversos estudios, se estima que la prevalencia de HTA en el hipertiroidismo es de alrededor del 20-30%, aunque diversas publicaciones demuestran un porcentaje mayor en sujetos de edad avanzada. Con respecto al hipotiroidismo, el mismo es la segunda causa de hipertensión arterial secundaria, luego de la hipertensión renovascular. En estos pacientes, la prevalencia de HTA alcanza un 50%, con mayor frecuencia en personas añosas, especialmente mujeres.

**Objetivos:** Comparar la prevalencia de HTA, el grado de conocimiento y control de la presión arterial (PA) según el antecedente de patología tiroidea, en la población que concurre al hospital luego de una campaña de concientización de HTA.

**Materiales y Métodos:** En el marco de la campaña de concientización de HTA de la SAHA "Conoce y controla tu presión arterial", se analizaron los registros de los individuos que asistieron al hospital y voluntariamente contestaron la encuesta durante los meses de mayo de 2021. Se definió HTA a la PAS y/o PAD  $\geq$  140 y/o 90 mmHg o si el paciente estaba con medicación antihipertensiva. Se registraron 2 tomas de PA con el paciente sentado y con una diferencia 1 min entre ambos registros. Se consideró enfermedad tiroidea por la referencia del paciente al responder la encuesta. No se distinguió entre hipertiroidismo e hipotiroidismo.

**Resultados:** Se incluyeron un total de N=484 pacientes, donde el 59.1% (N=286) fueron mujeres. La prevalencia de enfermedad tiroidea fue del 12.4% (N=60) en la población en estudio, con un predominio a favor del sexo femenino (88.3% vs 11.7%  $P < 0.001$ ). La media de edad para personas con enfermedad tiroidea fue de 56.1 años vs 48.7 años para aquellos sin enfermedad ( $p = 0.002$ ). En la tabla se presentan los resultados de los hallazgos de la PA según el antecedente de enfermedad tiroidea.

**Conclusiones:** La enfermedad tiroidea fue más frecuente en mujeres de edad avanzada. Nuestro análisis no mostró diferencias significativas respecto de los valores de presión arterial sistólica y diastólica según la presencia de la enfermedad. Los pacientes que refirieron enfermedad tiroidea tenían más HTA conocida, reciben más tratamiento, y estaban más controlados. Además de su asociación con una mayor prevalencia de HTA, la presencia de enfermedad tiroidea podría influir en un mayor conocimiento y control de la presión arterial. Se destaca la importancia de pesquisar enfermedad tiroidea en aquellas personas con HTA.

## **0563 - DISTRIBUCIÓN DE RIESGOS ISQUÉMICO HEMORRÁGICO Y SU RELACIÓN CON EL USO DE ANTIAGREGANTES EN EL REGISTRO BUENOS AIRES I**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Clínica*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria*

WECKESSER, Federico Ivan (1) | GUARDIANI, Fernando(2) | VIRUEL, Marcos Lucas(1) | MUÑOZ, Florencia(1) | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique(3) | TRIVI, Marcelo(1) | TUFO PEREYRA, Andrea(4) | COSTABEL, Juan Pablo(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Corporación médica de general San Martín (2); Hospital Universitario Austral (3); Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (4)

**Introducción:** Buenos Aires I fue un registro de carácter prospectivo, multicéntrico, realizado en la República Argentina que incluyó pacientes internados con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). La valoración individual del riesgo isquémico y hemorrágico (objetivables a través de scores o puntajes) impacta directamente en el manejo clínico y en el pronóstico.

**Objetivos:** El objetivo primario de este trabajo fue describir la distribución de dichos riesgos y analizar las conductas tomadas en relación a ellos. Secundariamente se evaluó la relación entre los riesgos isquémicos y hemorrágicos; se describieron los tratamientos antitrombóticos indicados a los pacientes según dichos riesgos y se evaluó la evolución a mediano plazo según los riesgos.

**Materiales y Métodos:** Se realizó análisis retrospectivo la base de datos del registro BA-I conforme a los datos publicados por los autores.

**Resultados:** Se incluyeron 1100 pacientes con una edad promedio de  $65,4 \pm 11,5$  años (77,2% de sexo masculino). El seguimiento a 6 meses posteriores al alta se logró en el 88,3% de los pacientes. La mortalidad por todas las causas fue del 5,7%, y la mortalidad cardiovascular del 3,5%. El 8,4% presentó un nuevo IAM, el 10,9% un SCA y el 13,6% presentó un sangrado  $\geq$  BARC2. La distribución de riesgos al ingreso con los scores CRUSADE y GRACE, demostró un predominio del grupo de bajo riesgo hemorrágico (71.3%) y bajo riesgo isquémico (55.8%). La combinación de bajo riesgo isquémico y hemorrágico incluyó al 49.3% de los pacientes. Los riesgos predichos al alta con Precise DAPT y GRACE a 6 meses, demostraron predominio de la categoría de Precise de bajo riesgo (70.9%) y de GRACE bajo (44.1%), sin embargo la combinación de riesgos fue mas balanceada que al ingreso. El análisis de correlación lineal para evaluar la proporcionalidad de los riesgos isquémico hemorrágicos durante la internación demostró una correlación lineal moderadamente positiva ( $r = 0.61$ ,  $p < 0.05$ ). Con respecto a la prescripción de antiplaquetarios según riesgos en el grupo de bajo riesgo isquémico-hemorrágico, se observó una predominancia de aspirina+clopidogrel (41.2%) por encima de otros esquemas de alta potencia antiagregante (aspirina+ticagrelor o prasugrel). En el grupo de bajo riesgo isquémico y alto riesgo hemorrágico, también se observó predominio de aspirina+clopidogrel (58%). Se observó el mismo comportamiento con respecto a categorías de intermedio riesgo, con una menor prescripción de esquemas antiagregantes de alta potencia cuando el riesgo hemorrágico fue bajo. Finalmente, en la categoría de alto riesgo isquémico, también hubo predilección por la prescripción de aspirina+clopidogrel por encima de otros esquemas. En relación con la evolución de acuerdo a las categorías de riesgo no se hallaron diferencias en los eventos isquémico o hemorrágicos a los 6 meses de acuerdo a las categorías de riesgo

**Conclusiones:** El presente análisis evidencia la proporcionalidad de los riesgos isquémico-hemorrágicos durante la internación en el SCASEST. Debe destacarse la dinámica de dichos riesgos, ya que un mismo paciente puede presentar un riesgo diferente entre el ingreso y durante el seguimiento. La mayoría de los pacientes con SCASEST, son englobados en la categoría de bajo-intermedio riesgo. A pesar de este hecho, la prescripción de tienopiridinas en el escenario de la vida real no impresionaría estar basada en riesgos.

## 0065 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN JOVENES

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo*

MACIN, Stella Maris (1) | ARCE, Julieta Agustina(2)

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (1); Facultad de Medicina - Universidad Nacional del Nordeste (2)

**Introducción:** Los factores de riesgo cardiovascular son importantes en el desarrollo de un SCA así como en el desarrollo de la aterosclerosis. Los pacientes jóvenes pueden debutar con un infarto sin factores de riesgo presentes

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia, características clínicas y evolución de pacientes jóvenes con infarto agudo de miocardio

**Materiales y Métodos:** Análisis prospectivo, observacional de pacientes jóvenes internados en Unidad Coronaria del Instituto de cardiología de Corrientes, admitidos dentro de 24 horas de inicio de los síntomas desde 3/09/2020 hasta 18/01/22. Se definió como población joven a los menores de 45 años. Las Variables estadísticas cualitativas se analizaron con el método de Chi cuadrado y las cuantitativas con el método de Student. Se consideró significativa cuando el valor de p fue menor de 0.05

**Resultados:** Se incluyeron en total 78 pacientes, la edad media fue de  $42.56 \pm 6$  años, el 80.5% fueron de sexo masculino, el 7.8% tenían antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, el 38% de pacientes eran tabaquistas, el 3.5 fumaban drogas ilícitas. El 52% fueron sedentarios, la HTA estuvo presente en 56.5%, 32% eran diabéticos y 2.2% insulino dependientes, respecto al peso el 37% tenían sobre peso y el 35.2% obesidad, el 36% fueron dislipidémicos. El 62.5% refirió estar bajo condiciones de estrés. El 4% de las mujeres eran menopáusicas y el 2.2% tenían antecedente de ingesta de anticonceptivos.

**Conclusiones:** Uno de cada 5 pacientes jóvenes con infarto fueron de sexo masculino, un tercio fumaban, la mitad fueron sedentarios, un tercio fueron diabéticos, dos tercios tenían sobre peso u obesidad. Estos datos son importantes para fortalecer la prevención primaria en la población joven

## 0302 - ÍNDICE DE SHOCK ¿UN PREDICTOR DE EVENTO MAYOR EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN Y ANTECEDENTE DE CÁNCER?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Enfermedad Vasculiar Pulmonar*

*Unidad Temática 2: Cardiología Crítica*

TORRES, Nicolás Arturo | SPAINI, Emilia Macarena | CENTENO, Gonzalo | IWANOWSKI, Mateo | BONORINO, Jose | BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BARATTA, Sergio

Hospital Austral

**Introducción:** Los pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) requieren una adecuada estratificación de riesgo para establecer el pronóstico. El índice de shock (frecuencia cardíaca/ presión arterial sistólica) podría ser una herramienta sencilla y útil para evaluar el pronóstico, sin embargo, su utilidad en nuestro medio y en particular en pacientes con cáncer no se ha determinado suficientemente.

**Objetivos:** Determinar si pacientes con TEP que presentan un índice de shock mayor a 1, el antecedente de cáncer se asocia con mayor mortalidad intrahospitalaria (MIH) y/o mayor requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) o uso de drogas vasoactivas.

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un Hospital Universitario, sobre pacientes hospitalizados por TEP. Se evaluó la totalidad de los pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022. Se analizaron los pacientes que presentaron un índice de shock mayor de 1 y se evaluó la ocurrencia de MIH, ARM y uso de drogas vasoactivas en función de la presencia o ausencia de cáncer

	NO CA (N=26)	CA (N=14)	P
EDAD	62	61	NS
FEM	14 (54%)	10 (71%)	NS
HTA	13(50%)	8 (57%)	NS
DBT	3 (12%)	2 (14%)	NS
EPOC	3(12%)	0	-
TBQ	7 (27%)	5 (36%)	NS
DLP	7 (27%)	3(21%)	NS
TnTUS > 14	16(62%)	10(71%)	NS
TTO ANTICOAGULANTE	25(96%)	14(100%)	NS

**Resultados:** Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 40 que presentaron un índice de shock mayor a 1. No se encontraron diferencias significativas en las características basales de los pacientes con cáncer y sin cáncer. Tabla 1. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con cáncer y sin cáncer al evaluar MIH (29% vs. 15%, p=ns), ARM (21% vs. 27%; p=ns) o uso de drogas vasoactivas (35% vs. 30%; p=ns). Tabla 2.

**Conclusiones:** Los pacientes con TEP que presentan un índice de shock elevado presentan una MIH alta. Un índice de shock alto predice MIH independientemente del antecedente de cáncer

### 0328 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A NUEVA CINECORONARIOGRAFÍA PRECOZ LUEGO DE UNA ANGIOPLASTIA CORONARIA. ¿DEBEMOS ELEVAR EL UMBRAL PARA REEVALUAR LA ANATOMÍA?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica*

*Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo*

PEREZ, Juan Manuel | YOUNG, Alejandro Tomás | PEREZ, María Florencia | MADDALENA, Andrea | PROCOPIO, Fabricio Gaston | GIUNTA, Gustavo | HERSHSON, Alejandro Rubén | DURONTO, Ernesto

Fundación Favaloro

**Introducción:** Un gran número de pacientes (pac) revascularizados mediante angioplastia coronaria (ATC) reingresan al hospital por síntomas y son evaluados mediante una nueva cinecoronariografía (CCG) dentro de los tres meses luego del alta del procedimiento inicial. La validez de los estudios funcionales en este periodo de tiempo es cuestionada en diferentes publicaciones, lo que conlleva a la realización de un estudio invasivo anatómico, muchas veces con resultado negativo.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo fue evaluar las características clínicas de los pac con síntomas que requirieron una nueva CCG y la necesidad de revascularización (revasc).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pac sintomáticos a los que se realizó una CCG dentro de los tres meses posteriores a una ATC, entre enero de 2015 y abril de 2022. Se excluyeron pac con revasc programada. Se analizaron los datos de historias clínicas, parámetros de laboratorio y características angiográficas. La troponina ultrasensible fue medida mediante el método automatizado Abbot Architect. Se consideró revasc completa cuando fueron tratadas todas las lesiones mayores al 50% en la ATC inicial. Se analizaron las complicaciones hospitalarias y la necesidad de reinternación a 6 meses.

**Resultados:** Se identificaron 124 pac (mujeres 20,1%; edad promedio 70 ± 11 años) a quienes se les realizó una CCG dentro de los 3 meses posteriores a una ATC. El procedimiento inicial fue una ATC programada en 62 pac (50%), IAMCEST 3 pac (2,41%), IAMSEST 35 pac (28,22%) y angina inestable 24 pac (19,35%). El segundo procedimiento se efectuó en una mediana de 23,5 días (RIC 8,75 – 55), de los cuales 70 pac (56%) fueron dentro de los primeros 30 días. Del total de pacientes reestudiados se revascularizaron 58 (46,77%), 2 (3,4%) casos fueron sometidos a CRM y 56 (96,6%) fueron tratados mediante nueva ATC. Este procedimiento se realizó sobre

la misma arteria en 34 pac (58,62%). El grupo revascularizado presentó una mayor concentración de troponina al ingreso (93 RIC 10,35 – 7898,5 vs. 34 RIC 10 – 200,7;  $p=0,01$ ), y estos pac mostraron mayor número de revasc incompleta en el primer procedimiento (53,4% vs 33,3%;  $p=0,02$ ). En un subanálisis preespecificado de los pac con revasc completa en el primer procedimiento ( $n=70$ ), el 40 % fue sometido a una nueva revasc, de los cuales en un 64% se trató el mismo vaso. La elevación de troponina al ingreso fue la variable más asociada a una nueva revasc (10 RIC 10 - 192,5 vs. 267 RIC 10 – 20.211;  $p=0,01$ ). Los pac a los que se les realizó una nueva revasc mostraron con mayor frecuencia cambios electrocardiográficos (32% vs. 14%;  $p= 0,07$ ). Por otro lado, los pac que se presentaron con un cuadro de angina inestable, en ausencia de troponina o relataron disnea como síntoma inicial requirieron con menor frecuencia una nueva revasc. La mediana de días de internación fue 3 (RIC 2-5) en los pac no revascularizados vs. 2 (RIC 1-4) en el grupo revasc ( $p=0,03$ ). No se observó mortalidad hospitalaria. En el seguimiento a 6 meses requirieron reinternación el 25% de los pac no revascularizados y el 40% de pac del grupo revascularizado.

**Conclusiones:** En pac que se sometieron a una nueva CCG por síntomas en los tres meses posteriores a una ATC, un 53,3% no requirió nueva revasc. Ésta estuvo asociada a elevación de troponina al ingreso. Se observó una alta necesidad de reinternación en la población analizada. Deberíamos encontrar predictores para evitar estudios anatómicos invasivos innecesarios en este grupo de pac.

## 0442 - ÍNDICE LEUCO GLUCÉMICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: PREDICTOR DE EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

*Modalidad: Tema Libre*

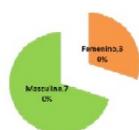
*Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo*

*Unidad Temática 2: Enfermedad Coronaria*

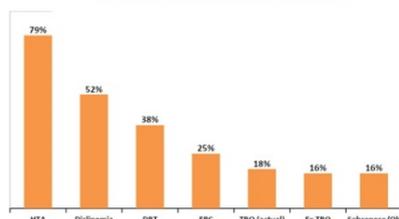
CERVI, Maria Eugenia | DR. FLORES, David

### HOSPITAL CLINICAS

Distribución de la muestra según sexo ( $n=100$ )



Distribución de la muestra según factores de riesgo vascular ( $n=100$ )



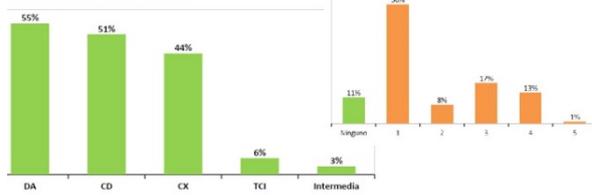
**Introducción:** El Síndrome coronario agudo (SCA) es un término que se refiere a un grupo de síntomas y signos compatibles con isquemia miocárdica aguda, lo cuales engloban al infarto agudo de miocardio con y sin supradesnivel del segmento ST y a la angina inestable. Los mismos presentan patogénesis y presentación clínica similar, pero que difieren en gravedad y pronóstico. Estratificar a los pacientes con un Síndrome Coronario Agudo, es identificar a aquellos con posibilidades de presentar un riesgo elevado de reinfarto, muerte o insuficiencia cardíaca para definir estrategias adecuadas. Para ello se utilizan predictores clínicos como los puntajes de riesgo, de fácil y rápida implementación. El índice leuco glucémico se ha propuesto como un marcador pronóstico y predictor independiente de muerte y complicaciones intrahospitalarias en el Síndrome Coronario Agudo, superior a cada uno de ellos por separado (glucemia o leucocitos), con una mayor utilidad en el seguimiento intrahospitalario del paciente.

Tabla 1. Estadísticas de parámetros de laboratorio LG.

Variable	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
Recuento leucocitario	9217,0	3940,6	600	37200
Índice LO Otocemia (mg/dl)	1461,8	2361,2	80,4	21547,8
Otocemia (mg/dl)	130,0	67,3	44	560

Distribución según cantidad de vasos comprometidos (n=100).

Distribución según arterias comprometidas (n=100).



**Objetivos:** Primario: -Determinar el índice leucoglucémico de los pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo, y relacionar el mismo con la presencia de complicaciones asociadas al infarto durante la internación en pacientes sometidos a Angioplastia primaria o tratamiento médico. Secundarios: -Correlacionar el índice leucoglucémico con la presencia de enfermedad coronaria según el número de vasos coronarios principales afectados y la severidad de las lesiones coronarias, según informe de Cinecoronariografía realizada a los pacientes ingresados. -Correlacionar el índice leucoglucémico con la presencia de fenómeno de No reflow, trombosis del stent y/o flujo TIMI inferior a 3 puntos, independientemente de las complicaciones asociadas al infarto de los pacientes sometidos a Angioplastia transluminal coronaria primaria. -Establecer la relación independiente de los factores de riesgo cardiovasculares presentes en los pacientes con la presencia de enfermedad coronaria.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un análisis prospectivo y observacional, de carácter longitudinal de 100 pacientes que ingresaron a la Unidad Coronaria durante el periodo comprendido entre Septiembre de 2019 a Febrero de 2021 con diagnóstico de Síndrome coronario agudo en el Hospital Nacional de Clínicas, de la ciudad de Córdoba Argentina.

**Resultados:** La muestra final estuvo conformada por un total de n= 100 pacientes que ingresaron a la Unidad Coronaria durante el periodo comprendido entre Septiembre de 2019 a Febrero de 2021 con diagnóstico de Síndrome coronario agudo. El análisis demográfico indicó que la mayoría era de sexo masculino, con el 70% del total, la edad media fue de  $68,5 \pm 11,0$  años, todas las edades comprendidas en el rango de 40 a 91 años como máximo. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, el 79% de estos pacientes padecen hipertensión arterial, 52% dislipemia y 38% con diabetes (DBT). Además, un 25% tenían enfermedad renal crónica (ERC). Las arterias comprometidas luego de realizada la Cinecoronografía con más frecuencia fueron la Arteria Descendente Anterior con el 55%, la Arteria Coronaria Derecha con el 51%. Otras arterias en un 15%. En cuanto al número de vasos comprometidos según el informe de Hemodinamia tras la realización de la Cinecoronografía, el 89% tenía al menos uno, y un 11% ninguno. Además la mayoría tenía una arteria comprometida, y el máximo fue de 5. No hubo casos de trombosis del stent ni fenómeno de No Reflow. El 73% presentaron flujo TIMI (igual a 3).

**Conclusiones:** La evaluación conjunta de la glucemia y el recuento leucocitario podría ser de utilidad a largo plazo habiendo profundizado más, como una herramienta a los ya conocidos scores en la estratificación del riesgo de eventos asociados con el Síndrome Coronario Agudo, como así también predictor Angiográfico al ingreso

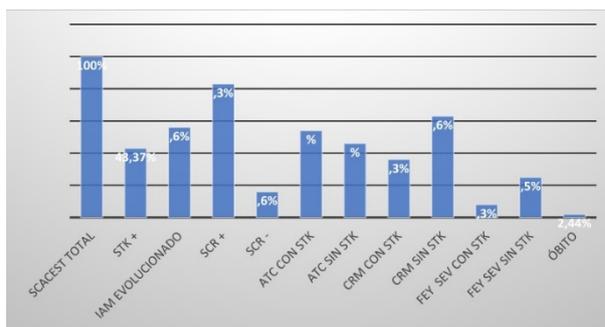
## 0577 - ESTREPTOQUINASA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, 36 AÑOS DESPUÉS.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

AMOR, Pablo Alejandro | GIMÉNEZ PALACIOS, Julia | PANIAGUA RAMOS, Jairo Armando | CELEMIN WANDURRAGA, Jairo Andrés | BAUER, Nadia Soledad | FERNANDEZ, Susana | ORTIZ, Patricia Laura

Hospital General de Agudos Evita (Ex Araoz Alfaro)



**Introducción:** EL Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es una patología prevalente en nuestro país y en el mundo, representa aproximadamente la mitad de los Infartos agudos de miocardio diagnosticados. Generalmente esta patología se produce por un accidente de placa ateromatosa, con formación de trombo, que ocasiona la oclusión arterial con interrupción del flujo sanguíneo, por lo que es de vital importancia instaurar un tratamiento efectivo rápidamente, ya sea fibrinólisis o angioplastia primaria (ATCp), con el fin de disminuir la mortalidad y mejorar el pronóstico del paciente. En nuestro hospital, el HIGA Evita Lanús, el cual pertenece a la Zona Sanitaria VI, en donde solo 2 de la totalidad de hospitales públicos cuentan con servicio de Hemodinamia y ante la gran demanda de pacientes, se utiliza como tratamiento de reperfusión precoz la fibrinólisis con Estreptoquinasa (SK).

**Objetivos:** Evaluar los resultados de la terapia trombolítica con SK 1.500.000 UI y la evolución posterior de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Cardiología (UCI) del HIGA Evita Lanús ingresados con diagnóstico de SCACEST durante el periodo enero de 2019 al abril de 2022.

**Materiales y Métodos:** Se analizó la base de datos de la UCI del Htal Evita de Lanús incluyéndose los pacientes con diagnóstico de SCACEST ingresados desde el 1 de enero de 2019 al 1 de abril de 2022. Se incluyeron 83 pacientes, de los cuales 36 pacientes (43.37%) recibieron terapia de reperfusión con SK y 47 pacientes (56.6%) no la recibieron, por considerarse infartos agudos de miocardio evolucionados.

**Resultados:** Del total de pacientes trombolizados (43,37%), 33 pacientes (83.3%) presentaron criterios de reperfusión positiva y 3 pacientes (16.6%) reperfusión negativa con necesidad de derivación de urgencia a centro con Hemodinamia. La distribución de los factores de riesgo fue uniforme, excepto en el caso de la Diabetes, que fue significativamente más baja (8 vs 28%) en el grupo que recibió SK, en el cual los pacientes eran discretamente más jóvenes. Los procedimientos de revascularización requeridos fueron 28.9% para ATC, 54% en pacientes que recibieron trombolíticos y 46% en los no trombolizados, la Cirugía de By Pass se realizó en 11 pacientes (13.2%), 36.3% en pacientes trombolizados y 63.63% en los no trombolizados. No observamos en esta serie efectos adversos relacionados al tratamiento trombolítico. Se registro 1 óbito (2.44%), en un paciente en espera de ATC ( grupo no SK) .

**Conclusiones:** Analizando nuestro estudio observacional, podemos concluir, que los pacientes concurren tardíamente a la consulta, perdiendo el valioso tiempo para la trombolisis y la posibilidad de salvar miocardio viable, en nuestra experiencia, el tratamiento fibrinolítico tiene excelentes resultados con 83.3% de síndromes de reperfusión positiva, superior a lo reportado en la bibliografía (60-70%), con la consecuente preservación de la función sistólica ventricular. Los pacientes trombolizados requirieron mayor número de angioplastias y los no trombolizados, tuvieron mayor extensión de la enfermedad coronaria lo que trajo aparejada una mayor demanda de cirugía de By Pass. Los pacientes de alto riesgo deben esperar tiempos prolongados para los procedimientos de alta complejidad, como ATC y CRM, no disponibles en nuestra institución, lo que aumenta la mortalidad hospitalaria en nuestros pacientes, aún con Fey preservada.

## 0652 - ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS DEMORAS AL TRATAMIENTO EN OCTOGENARIOS SEGÚN EL GÉNERO?

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural*

*Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo*

**GALVEZ GIL, Carolina** | ALBORNOZ, Miguel Federico | KIM, Alejandro | YURKO, Vielka | BLANCO, Rodrigo Ignacio | BLANCO, Federico | SZARFER, Jorge | GIGENA, Gerardo

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

	MUJERES	VARONES	p
N	28 (42%)	42 (60%)	
EDAD	83 (82-87)	83 (80-87)	0.1
HIPERTENSION	21 (75%)	35 (83%)	0.3
DISLIPEMIA	7 (25%)	12 (28.5%)	0.7
DIABETES	84 (19%)	89 (18%)	0.3
TABAQUISMO	188 (42%)	233 (48%)	0.8
OBESIDAD	96 (21%)	116 (24%)	0.6
DEMORA CONSULTA	130 (45-230)	70 (40-165)	0.3
DEMORA DIAGNÓSTICA	52 (29-150)	60 (18-175)	0.7
PUERTA-BALÓN	55 (33-95)	55 (34-88)	0.7

**Introducción:** Se han publicado muchos registros en los cuales se observaron diferencias en distintos aspectos del diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMST) según el género del paciente (p.), siendo las mujeres la población más vulnerable, excepto en grupos de edad avanzada.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es evaluar la demora en la consulta, demora diagnóstica y puerta-balón en p. octogenarios según fuesen varones o mujeres.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional, de pacientes que ingresaron a la sala de hemodinamia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con disponibilidad de hemodinamia 24 x 7 e indicación de angioplastia coronaria (ATC) de urgencia entre enero 2014 y diciembre 2021. Se definió como octogenarios a p. con edad > a 79 años y se los dividió en dos grupos según el género. Se analizó en ambos grupos: características clínicas y las demoras en minutos expresadas en mediana e intervalo intercuartilo desde el inicio de los síntomas hasta la consulta (demora consulta), desde la consulta hasta la llamada al servicio de hemodinamia (demora diagnóstica) y la puerta-balón (definido según las guías de tratamiento actuales). Se utilizó el test de chi<sup>2</sup> para analizar variables discretas, y t de student, ANOVA o Kruskal-Wallis para continuas, según correspondiera. Se consideró significativa una p < 0.05.

**Resultados:** De un total de 70 p. octogenarios: 28 (40%) eran mujeres y 42 (60%) varones. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de factores de riesgo. Tampoco se observaron diferencias significativas en los tiempos dolor-consulta, consulta-llamada y puerta-balón. Los resultados se resumen en la tabla.

**Conclusiones:** Los pacientes octogenarios con IAMST e indicación de ATC de urgencia presentan un perfil clínico y demoras al tratamiento de reperfusión similares, independientemente del género.

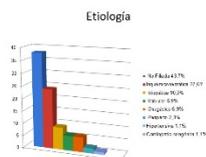
## 0012 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL HOSPITAL PÚBLICO

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

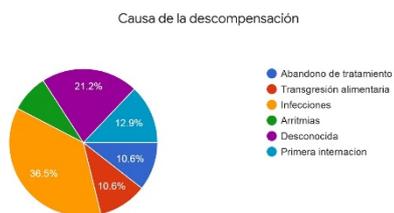
FERNANDEZ, Adrian Carlos | GALERA, Karen Evangelina | LEIVA, Leonardo | MENZIO, Alejandro César | TORRE, Michelle

Hospital Nacional Profesor A. Posadas



**Introducción:** La insuficiencia cardíaca es una enfermedad de alta prevalencia mundial, siendo el acceso a los sistemas de salud un factor determinante de su incidencia. Los pacientes asistidos por el sistema de salud pública

constituyen una población particular por sus características socioeconómicas que inciden en la evolución de la insuficiencia cardíaca.



**Objetivos:** Evaluar las características de la población con insuficiencia cardíaca en el hospital público.

**Materiales y Métodos:** Se relevaron 88 internaciones por insuficiencia cardíaca descompensada en el sector de cuidados progresivos del hospital entre Julio de 2021 y Abril de 2022 considerando datos demográficos, comorbilidades, etiología, causa de descompensación, tratamiento farmacológico y no farmacológico al ingreso y fracción de eyección. Las variables continuas fueron expresadas en porcentajes y desvío estandar, las variables absolutas como valores enteros y porcentaje.

**Resultados:** El sexo fue predominantemente masculino en un 84,1%, la edad promedio fue de 57,9 años (+ 13,7); la fracción de eyección promedio fue de 32,1% (+ 9,3). En cuanto a las comorbilidades, 54 paciente eran hipertensos (64,3%), 26 diabéticos tipo II (31%), 14 tenían insuficiencia renal crónica (16,7%), 5 padecían enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (6%); 14 eran tabaquistas activos (16,7%), 8 tenían enfermedad coronaria (9,5%); 5 chagásicos (6%), 14 presentaban fibrilación auricular (16,7%), 19 eran obesos (22,6%), 2 tenían diagnóstico de hipotiroidismo (2,4%) y 1 hipertiroidismo (1,2%). La etiología más frecuente fue la isquémiconecrótica (27,6%), idiopática (10,3%), chagásica (6,9%), valvular (6,9%), periparto (2,3%), hipertensiva (1,1%), cardiopatía congénita (1,1%). El 43,7% no tenía diagnóstico etiológico al momento de la internación. Respecto de la causa de la descompensación, el 36,5% correspondía a infecciones, 12,9% eran pacientes que se internaban por primera vez, 10,6% por transgresión alimentaria, 10,6% por abandono de tratamiento, 8,2% por arritmias. El 21,2% no tenía una causa identificable de descompensación. En cuanto al tratamiento, 76,1% recibían betabloqueantes, 49,3% inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, 32,8% antialdosterónicos, 52,2% furosemida, 3% ivabradina, 6% sacubitrilo/valsartan y 4,5% digoxina. En cuanto a la terapia no farmacológica 3,4% tenían marcapasos y 4,1% cardiodesfibrilador implantable.

**Conclusiones:** 1) La etiología de la insuficiencia cardíaca no está evaluada en la mayoría de los pacientes. 2) Existe una evidente subutilización de recursos terapéuticos recomendados por la guías clínicas, tanto farmacológicos como no farmacológicos. 3) La causa de descompensación más frecuente fue la infecciosa, en lugar de la transgresión alimentaria o el abandono del tratamiento.

## 0081 - USO DE LA CUÁDRUPLE TERAPIA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN LA ARGENTINA, REGISTRO PILOTO DEL CONSEJO DE CARDIOLOGÍA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LA SAC.

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

*Unidad Temática 2: Cardiología Clínica*

**RODRIGUEZ GRANILLO, Alfredo Matías** | LOBIANCO, Mirta Daniela | WAISTEN, Karen | PÉREZ VALEGA, Lisandro | BARBAGELATA, Leandro | MENESES, Eder | CUROTTO, Maria Valeria | SALVATORI, Carolina

**Consejos: Cardiología Clínica y Terapéutica "Dr. Tiburcio Padilla"**

Tabla. Características demográficas y clínicas de la población estudiada (n=64)	
Edad, años	62,4 +/- 4
Hombres, %	67,2
Índice de masa corporal (IMC), Kg/cm2	28,4 +/- 5,9
Tensión arterial sistólica, mmHg	113 +/- 16
Isquémico-necrótico, %	57,8
Cobertura médica privada, %	39,1
Estudios universitarios o terciarios, %	40,6
Hipertensión arterial, %	64,1
Tabaquismo, %	9,4
Dislipemia, %	51,6
Diabetes, %	21,9
Infarto previo, %	48,4
Clase funcional III/IV	37,5
Anemia, %	29
Insuficiencia renal crónica	25
FE Ventrículo izquierdo, %	31,6 +/- 6,2
Diámetro diastólico, mm	59,2 +/- 6,2
PSAP, mmHg	40,3 +/- 12,3
TAPSE, mm	17,4 +/- 4,6
Uso de IECA,ARA2 oS/V	82,8
Uso de betabloqueantes, %	95,4
Uso de antagonistas de aldosterona,	67,3
Uso de cuádruple terapia, %	32,8
Terapia CDI	15,6%

**Introducción:** Actualmente se recomienda el uso de 4 drogas -betabloqueantes, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)/ Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA)/ Inhibidor de la neprilisina (ARNI), antialdosterónicos e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (sIgt-2) - para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (ICC) con fracción de eyección (FEY) <40% con nivel de recomendación I. La penetrancia de estas recomendaciones en la práctica clínica diaria se desconoce.

**Objetivos:** Reconocer la penetrancia de las recomendaciones actuales así como las características clínicas de los pacientes con ICC crónica con FEY reducida en el ámbito público y privado de nuestro país.

**Materiales y Métodos:** Estudio piloto de cohorte prospectivo y observacional de pacientes con ICC crónica con FEY reducida que fueron evaluados por cardiólogos del Consejo de Cardiología Clínica y Terapéutica de la Sociedad Argentina de Cardiología tanto en forma ambulatoria como en la internación por ICC entre los meses de febrero a abril de 2022 en distintos centros, públicos y privados en Área Metropolitana de Buenos Aires y la ciudad de Córdoba. Los pacientes fueron categorizados de acuerdo con el origen de la patología en isquémico necrótica (ICC isq) o no (ICC no isq), cobertura médica o si estaban recibiendo las 4 drogas. Se registraron las características demográficas y clínicas, y se categorizaron posibles causas de incumplimiento del tratamiento recomendado. Para las evaluaciones se tomaron variables cualitativas como porcentajes que se compararon con test de chi2 o Fisher y variables cuantitativas como media con desvío estándar y comparadas mediante test de ANOVA.

**Resultados:** Participaron del registro 9 cardiólogos que incorporaron 64 pacientes de forma consecutiva. La edad media fue de 62,4 +/- 13,4 años, 67,2% fueron hombres. La fracción de eyección medida por ecocardiograma (Simpson) fue del 31,6 +/- 6 30 pacientes tenían obra social (IOMA, PAMI, otras), 25 prepaga y 9 no tenían cobertura de ningún tipo. Dentro de las causas, 57,8% fueron ICC isq y 42,2% ICC no isq, siendo la idiopática (33,3%) y la hipertensiva (14,8%) las más prevalentes en ese grupo. Al momento de la consulta 32,8% del total de pacientes recibía las 4 drogas, 37,5% tres y 29,7% dos, una o ninguna. Las drogas más utilizadas de acuerdo al grupo farmacológico fueron enalapril (32,8%), bisoprolol (68,7%), espironolactona (42,2%) y empagliflozina (31,2%). El 15,6% tenía implantado un CDI y ninguno terapia de resincronización cardíaca. El 16% tenía insuficiencia renal crónica y, de ellos, el 18,8% estaba en diálisis. En la tabla se detallan las características demográficas y clínicas de la población estudiada. De los motivos por los cuales 43 pacientes no recibieron la cuádruple terapia, al 74,4% no se les ofreció el tratamiento completo mientras que el 16,3% no pudo cumplirlo por razones económicas. Al comparar los pacientes que recibieron la terapia cuádruple vs los que no, el 61,2% fue atendido en el consultorio (vs 53,5%, p=0,52), 52,4% tenían medicina prepaga (vs 32,6%, p=0,12), la edad fue de 61,6 +/- 12 años de media (vs 62,7 +/- 13,7 años, p=0,74) y el 47,6% tenía formación universitaria (vs 37,2%, p=0,42), comparado con el grupo que no recibió el tratamiento recomendado.

**Conclusiones:** En la actualidad el uso del cuádruple esquema terapéutico recomendado para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deteriorada es escaso. Ante estos resultados debemos plantearnos diferentes estrategias e intervenciones para aumentar la prescripción de estas drogas a fin de beneficiar directamente a nuestros pacientes.

## **0084 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA. REDUCCIÓN DE LA INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL EN PACIENTES RESPONDEDORES CON CARDIOMIOPATIA ISQUEMICO NECROTICA VS DILATADA.**

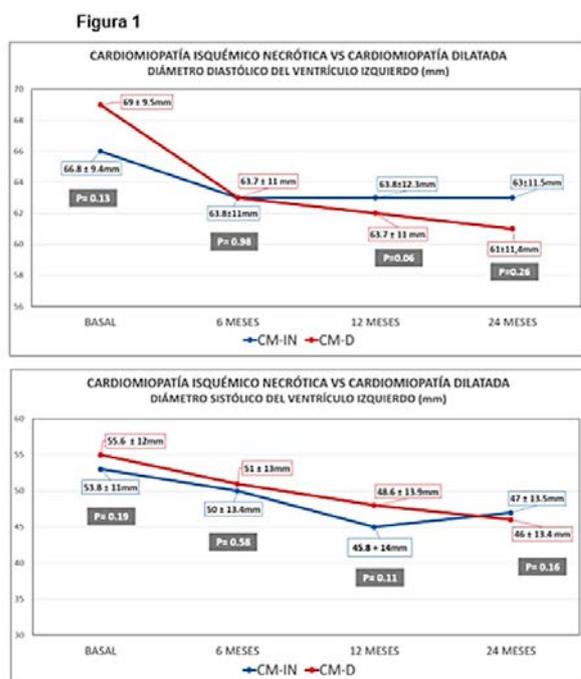
GALIZIO, Néstor Oscar | AMREIN, María | GONZALEZ, Jose | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio | GUEVARA, Eduardo | FAVALORO, Liliana | FAVALORO, Roberto

Hospital Universitario Fundación Favaloro

**Introducción:** Ha sido descripto que los pacientes (pts) con cardiomiopatía dilatada (CM-D) responden mejor a la terapia de resincronización cardíaca (TRC) que los pts con cardiomiopatía isquémico necrótica (CM-IN). También que la insuficiencia mitral funcional moderada/severa (IMF M/S) se asocia a un mayor incidencia de insuficiencia cardíaca y mortalidad. Sin embargo, hasta el día de la fecha no se ha descripto sobre la mejoría que provoca la TRC sobre la IMF en pts con CM-D vs CM-IN.

**Objetivos:** Describir la respuesta y la mejoría de la IMF a la TRC en pts con CM-D vs CM-IN a corto y largo plazo.

**Materiales y Métodos:** Entre 2009 y 2018, 338 pts con disfunción ventricular izquierda y tratamiento optimizado fueron implantados con TRC y seguidos a 6, 12 y 24 meses. Se excluyeron aquellos pts que no presentaban evaluación clínica y/o ecocardiográfica completa en cada control. Fueron respondedores cuando la clase funcional se redujo  $\geq 1$  grado o la fracción de eyección de ventrículo izquierdo aumentó  $\geq 5\%$  (absoluto) y super-respondedores con fracción de eyección de ventrículo izquierdo  $\geq 10\%$  (absoluto). La severidad de la IMF se graduó en 4 puntos: No-IMF, leve, moderada y severa. Características Basales: edad  $64 \pm 10$  años, hombres 239 pts (71%), CM-D 215 pts (63.6%), CM-IN 123 (36.4%), clase funcional II-III 311 pts (92%), ritmo sinusal 256 (76%), bloqueo de rama izquierda 227 (67%), duración del QRS  $156 \pm 27$  ms, diámetro diastólico del ventrículo izquierdo  $68 \pm 9$  mm, diámetro sistólico del ventrículo izquierdo  $52 \pm 12$  mm, fracción de eyección de ventrículo izquierdo  $24 \pm 7\%$ , IMF 92.6% (313/338 pts), IMF-M/S 170 pts (55%). Entre los pts respondedores se evaluaron, los cambios en la IMF. Las variables continuas se presentaron como media y desvío standard y las categóricas como números y porcentajes.



**Resultados:** A los 6 meses 204/237 pts (86%) fueron respondedores: CM-D 135/151 (89.4%) vs CM-IN 69/86 (80%) ( $p=0.05$ ) y 86/237 pts (36%) super-respondedores: CM-D 62/151 (41%) vs CM-IN 24/86 (28%) ( $p=0.04$ ). A los 12 meses 152/170 pts (89.4%) fueron respondedores: CM-D 104/112 (92.8%) vs CM-IN 48/58 (82.7%) ( $p=0.05$ ) y 86/170 pts (50%) super-respondedores: CM-D 66/112 (59%) vs CM-IN 20/58 (35%) ( $P=0.002$ ). A 24 meses 116/132 pts (88%) seguían siendo respondedores: CM-D 82/87 (94.2%) vs CM-IN: 35/45 (77%) ( $P=0.004$ ) y 75/132 pts (57%) super-respondedores: CM-D: 57/87 (65.5%) vs CM-IN 18/45 (40%) ( $P=0.005$ ). Medida en condiciones basales y a 6, 12 y 24 meses la IMF se redujo de 56% a 28%, 23% y 16% en pts con CM-D vs 49%, 24%, 18% y 15% en pts con CM-IN, sin observarse diferencia significativa entre los dos grupos de pts. La mayor reducción de la IMF en ambos grupos ocurrió entre el implante y los 6 meses ( $P=0.0001$ ).

Los diámetros y la fracción de eyección fueron similares en los distintos periodos de tiempo analizados, aunque se observó una sutil tendencia a continuar el remodelamiento inverso en la CM -D (figuras 1 y 2).

**Conclusiones:** En nuestra población en estudio se observó significativamente mayor incidencia de respondedores y super-respondedores en pts con CM-D a corto y largo plazo. Sin embargo, la incidencia de IMF M/S fue elevada y la reducción fue igualmente significativa en ambas cardiomiopatías debido a la presencia de similar remodelamiento inverso.

## 0210 - COMPORTAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA SEGÚN FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca

DEL CASTILLO, Santiago Luis | **INGINO, Florencia Paula** | GARAGOLI, Fernando Damián | BAGNATI, Rodrigo | ROSSI, Emiliano | BELZITI, Cesar | PIZARRO, Rodolfo

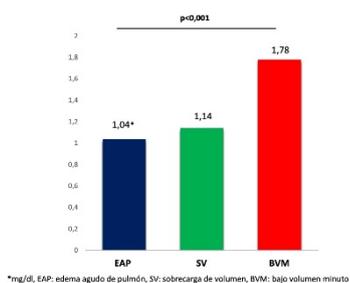
Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** El desarrollo de insuficiencia renal en el contexto de insuficiencia cardíaca se conoce como síndrome cardio-renal tipo 1 y se asocia a un aumento en la morbimortalidad. El comportamiento de la función renal según la forma de presentación clínica en insuficiencia cardíaca aguda no se conoce con exactitud.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue evaluar la función renal tanto al ingreso como durante los primeros 4 días de internación de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda según su forma clínica de presentación al ingreso.

**Materiales y Métodos:** Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda. Se clasificaron en base a su forma clínica de presentación en tres grupos: edema agudo de pulmón (EAP), sobrecarga de volumen (SV) y bajo volumen minuto (BVM). Se evaluó la creatinina sérica (Cr) y el clearance de creatinina (CICr) al ingreso y durante los primeros 4 días de internación. El punto final primario fue el empeoramiento de la función renal definida por un incremento de la Cr  $\geq$  25% respecto al valor de ingreso. Los puntos finales secundarios fueron el empeoramiento de la función renal definida por el aumento del CICr  $\geq$  30%, y el cambio en la Cr y el CICr durante los primeros 4 días.

Figura 1. Creatinina de ingreso según forma de presentación clínica.



**Resultados:** En total se incluyeron 758 pacientes (edad 85 años [80-89], 40,8% mujeres, 88,4% con antecedentes de hipertensión arterial y 19,9% de diabetes). De ellos, el 26,8% (203) se presentaron como EAP, el 69,7% (528) como SV y sólo 3,6% (27) como BVM. Los pacientes con BVM presentaron mayores niveles de Cr al ingreso (1.78 mg/dl [1.34, 2.79]) que los pacientes con EAP (1.04 mg/dl [0.8, 1.32]) y que aquellos con SV (1.14 mg/dl [0.88, 1.59]) ( $p < 0,001$ ) (Fig.1). Sin embargo en el transcurso de la internación se observó que una mayor proporción de pacientes con EAP alcanzó el punto final de empeoramiento de la función renal (EAP: 40,5%, SV: 30,8% y BVM: 21,7%;  $p = 0,024$ ). (Fig.2) También mostraron un mayor aumento en los valores de Cr en forma continua (EAP: 0.2 mg/ml [0.05, 0.385], SV: 0.14 mg/ml [0.01, 0.32] y BVM: 0.03 [-0.29, 0.5],  $p = 0,020$ ). El cambio en la Cr durante los primeros 4 días fue mayor para los pacientes con EAP: 0.12 mg/ml [-0.07, 0.32] que aquellos con SV: 0.05 mg/dl [-0.1, 0.21] y VBM: -0.2 mg/dl [-0.42, 0.2];  $p = 0,006$ ). No se observaron diferencias significativas al evaluar aumento del CICr  $\geq$  30% durante los primeros 4 días entre los grupos (EAP: 26.0%, SV: 19.6%, BVM: 21.7%,  $p = 0,17$ ). Al evaluar el CICr en forma continua se observó que los pacientes con EAP presentaron una mayor disminución del mismo: -8.3 [-16.3, -2.05] que los pacientes con SV: -6.2 (-13.8, -0.47) y BVM: -1.06 (-11.1, 5.5);  $p = 0,002$ .

**Conclusiones:** Al evaluar el comportamiento de la función renal por forma clínica de ingreso se observó que los pacientes con BVM presentaron mayores niveles de Cr al ingreso, sin embargo aquellos con EAP mostraron mayor empeoramiento de la función renal durante la internación.

## **0342 - EVALUACIÓN DE SCORES DE RIESGO ADHERE, GWTG-HF Y OPTIMIZE-HF EN PACIENTES CON FRACCIÓN DE EYECCION CONSERVADA**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca*

**AZURDUY BENAVIDES, Daniela Jessica** | DR. CHIRINO, Daniel | DIZEO, Claudio | IGLESIAS, Daniel | LEONARDI, Mariela Susana | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | SUSHEK, Sol

**Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)**

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca es una condición frecuente, progresiva y potencialmente mortal. La evaluación correcta del riesgo de los desenlaces en los casos agudos permitiría la optimización de la atención y de los recursos.

**Objetivos:** Evaluar el desempeño de tres scores de riesgo, ADHERE ,OPTIMIZE-HF, GWTG-HF, en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) con FEY conservada, como predictores de mortalidad intrahospitalaria.

**Materiales y Métodos:** Se hizo un estudio de evaluación retrospectiva, observacional, donde se incluyeron pacientes internados en una unidad coronaria con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda con FEY conservada (definida como una FEY >0= a 50%), mayores de 65 años.

**Resultados:** Se incluyeron 278 pacientes con una edad de  $78 \pm 8$  años, 50% mujeres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4.5% (n=19) y el punto combinado del 16% (n=68). Los tres scores fueron predictores de mortalidad en el univariado, mientras que en análisis multivariado sólo el GWTG-HF fue predictor independiente (OR 1.06 (IC95% 1.01-1.16), p=0,04). El OPTIMIZE-HF presentó un ABC de 0.63 (IC95% 0.51-0.76) y el GWTG-HF de 0.67 (IC95% 0.53-0.80), sin diferencias entre ambas. Respecto al punto combinado, los scores GWTG-HF y el OPTIMIZE-HF fueron predictores independientes: GWTG-HF con un OR 1.07 (IC95% 1.02-1.13), p=0,03 y el OPTIMIZE-HF con un OR 1.05 (IC95% 1.01-1.12), p=0.04). No hubo diferencias en la capacidad de discriminación (ABC 0.72 (IC95% 0.65-0.78) y 0.70 (IC95% 0.63-0.77), respectivamente. P=0.3).

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes con ICA con FEY conservada, el GWTG-HF fue predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria con una regular capacidad de discriminación. Para el punto combinado, el GWTG-HF y el OPTIMIZE-HF fueron predictores independientes, ambos, con una moderada capacidad de discriminación.

## **0514 - EVALUACIÓN DEL USO DEL ESTUDIO GENÉTICO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD**

*Modalidad: Tema Libre*

*Unidad Temática: Miocardiopatías*

**BOCCI, Bruno** | BLANCO, Rocio | GUERCHICOFF LEMCKE, Marianna Silvia | SAENZ TEJEIRA, María Mercedes | PIZARRO, Rodolfo | PÉREZ DE ARENAZA, Diego

**Hospital Italiano de Buenos Aires**

**Introducción:** El test genético para el estudio de pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MH) está recomendado por las guías de práctica clínica. Basado en datos de estudios unicéntricos y centros de referencia, se reportan hallazgos de variantes patogénicas en aproximadamente el 60-80% de los sujetos estudiados.

**Objetivos:** Evaluar el resultado del estudio genético diagnóstico en pacientes con criterios clínico-imagenológicos de MH atendidos en el consultorio de miocardiopatías en un hospital de la comunidad.

**Materiales y Métodos:** Se invitó a un grupo de pacientes adultos consecutivos evaluados en el consultorio de miocardiopatías y con diagnóstico clínico-imagenológico de MH a realizar el test genético con un panel amplio de genes vinculados a miocardiopatías. Los criterios diagnósticos de MH fueron los habitualmente establecidos por las guías: espesores parietales  $\geq 15$  mm sin evidencias de sobrecarga de presión o volumen que justifique el grado de hipertrofia. Las mediciones se obtuvieron por ecocardiograma o resonancia cardíaca. Los estudios

genéticos se realizaron mediante muestras de saliva o hisopado bucal y se analizaron mediante técnicas de NGS (next generation sequencing) más de 157 genes relacionados con la MH.

**Resultados:** Se evaluaron 25 pacientes adultos consecutivos con diagnóstico de MH que aceptaron realizarse el test genético. De estos pacientes, 5 (20%) presentaron una variante genética patogénica o probablemente patogénica. Acorde con la literatura, el gen más frecuentemente hallado fue el gen MYBPC3 (myosin binding protein C) en 3 pacientes, y otros dos pacientes presentaron variantes en FKTN (Fukutin) y ACTC1 (Alpha actin cardiac muscle), respectivamente. Por otro lado, 16 sujetos presentaron variantes de significado incierto (VUS); de los cuales en todos ellos se hallaron 2 VUS, 7 sujetos presentaron 3 VUS, 3 sujetos presentaron 4 VUS y 2 sujetos presentaron 5 VUS. Del total de los pacientes estudiados, 4 sujetos (16%) tuvieron resultados completamente negativos.

**Conclusiones:** En esta pequeña muestra consecutiva de pacientes adultos con MH en un hospital de la comunidad, se evidenció que el porcentaje de nuestros pacientes con MH en los que se obtuvo un estudio genético positivo (con detección de variantes patogénicas o probablemente patogénicas) fue menor al reportado en la bibliografía. La alta frecuencia de variantes de significado incierto que encontramos podría estar vinculado al panel extenso de genes utilizados y resalta la importancia que tiene el seguimiento de estos pacientes por equipos multidisciplinarios con experiencia en la interpretación y reevaluación periódica de los resultados del estudio genético.