

Temas Libres a Premio 48° Congreso Argentino de Cardiología

0049 - UTILIDAD DEL NT-PRO BNP EN LA EVALUACIÓN PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA ASINTOMÁTICOS CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Valvulopatías

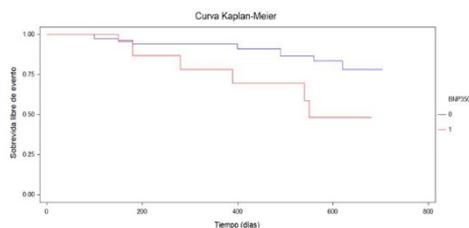
LAURENZANO, Cintia Soledad | CERDA JORGI, Maria Florencia | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | DIAZ CASALE, Alejandra

CENTRO JONAS SALK OSECAC

Introducción: En la evolución natural de la estenosis aortica severa con función ventricular conservada, el comienzo de síntomas o el deterioro de la función ventricular marca la indicación de reemplazo valvular. Los síntomas, como marca su definición, son elementos subjetivos y dependen mucho de las variabilidades e interpretaciones individuales de los pacientes. El pro-péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) es un marcador de aumento de presiones de llenado del Ventrículo izquierdo y se asocia a peor pronóstico en varias patologías.

Objetivos: Evaluar si la elevación de NT-proBNP predice la aparición de síntomas y la indicación de reemplazo valvular en pacientes con EAO severa con FE conservada, inicialmente asintomáticos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con estenosis aórtica severa, FE conservada que se siguen en forma ambulatoria y que fueron considerados asintomáticos sin indicación inicial de reemplazo valvular aórtico. Se excluyeron los pacientes considerados sintomáticos en el interrogatorio o examen físico. Los pacientes con síntomas dudosos fueron sometidos a ergometría, en caso de presentar síntomas o alteraciones en el comportamiento de la presión arterial sistólica durante el ejercicio, fueron considerados sintomáticos y por lo tanto excluidos. A todos se les realizó laboratorio con medición de NT-pro BNP en forma basal y ecocardiograma con Doppler tisular consignando la onda S de la pared lateral (S lat) y la relación E/e'. Se consideró como punto final el requerimiento de reemplazo valvular durante el seguimiento.



Resultados: Se incluyeron 133 pacientes asintomáticos con una edad de 69 ± 8 años, 49% mujeres. La mediana de NT-pro BNP basal fue de 110 (rango intercuartilo 62.3 - 310) pg/ml. Luego de un seguimiento de 570 (rango intercuartilo 380 - 680) día el 35 % (n=46) de los pacientes presentaron requerimiento de reemplazo valvular. En el análisis univariado tanto el NT-pro BNP, la relación E/e' y la S lat fueron predictores de requerimiento de cirugía. En el análisis multivariado, el NT-pro BNP y la relación E/e' fueron predictores independientes de requerimiento de cirugía (HR 1.02 (IC95% 1.001-1.03), $p < 0.001$ y HR 1.42 (IC95% 1.21-2.45), $p < 0.001$; respectivamente). Se calculó el Área Bajo (ABC) la curva ROC para el NT-Pro BNP de 0.88 (IC95% 0.81-0.91) estableciéndose un punto de corte de NT-pro BNP > 350 pg/ml; mientras que el ABC de la Relación E/e' fue de 0.64 (IC95% 0.52-0.68), significativamente menor que el NT-pro BNP ($p = 0.02$). El NT-pro BNP > 350 presentó un HR ajustado de 1.55 (IC95% 1.38 - 2.01), $p > 0.001$. En la figura se muestra la curva de Kaplan-meier del NT-pro BNP.

Conclusiones: En el seguimiento más del 20% de los pacientes desarrollaron síntomas y requirieron reemplazo valvular. El NT-pro BNP y la relación E/e´ fueron predictores independientes de requerimiento de cirugía. El NT-pro BNP presentó una muy buena capacidad de discriminación, mayor que la relación E/e´.

0074 - RESULTADOS DE ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA: CRIOABLACIÓN VERSUS RADIOFRECUENCIA CON FUERZA DE CONTACTO Y PROTOCOLO TIPO CLOSE.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

MOLINA, Pablo (1) | ROMERO, Pablo Roberto(1) | MARTINENGI, Nicolas Mario(1) | HADID, Claudio León(1) | AGUILERA, Omar Alejandro(2) | ARRINDA CALZETTA, Javier(2) | CHAROVSKY, Gabriel(1) | DUBNER, Sergio Josè(1)

Clínica y Maternidad Suizo Argentina (1); Sanatorio de los Arcos (2)

Introducción: Introducción: La ablación de Fibrilación Auricular (FA) por radiofrecuencia (ARF) y la crioablación con balón (CAB) han demostrado resultados clínicos similares para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística (FAP), aunque existen pocos datos comparativos entre CAB y ARF con la utilización de un protocolo estandarizado tipo CLOSE.

Objetivos: Objetivos: Comparar la efectividad de CAB vs ARF utilizando un protocolo tipo CLOSE en pacientes (ptes) con FAP. Los objetivos secundarios fueron: tasa de complicaciones y los tiempos de procedimiento y de fluoroscopia. El punto final primario fue valorar sobrevida libre de FA a 6, 12 y 18 meses, definida como recurrencia de FA documentada mediante métodos diagnósticos no invasivos, de una duración ≥ 30 segundos después de un período de cegamiento de 90 días. Los puntos finales secundarios fueron: duración del procedimiento, tiempo de fluoroscopia y las complicaciones mayores relacionadas al procedimiento, definidas como accidente cerebrovascular (ACV), taponamiento cardíaco, sangrado con requerimiento de transfusión o muerte.

Materiales y Métodos: Materiales y métodos: Estudio unicentrico, prospectivo, en curso, con inclusión de 124 ptes., consecutivos con FAP, los cuales fueron derivados en forma aleatoria al tratamiento con CAB (excepto situaciones anatómicas) o ARF con protocolo tipo CLOSE: definido como el uso del índice de ablación que incluye estabilidad, fuerza de contacto, tiempo y potencia juntamente con la distancia interlesión ≤ 6 mm. Criterios de inclusión: ptes mayores de 18 años con FAP sintomática refractaria a tratamiento farmacológico. Criterios de exclusión: cualquier ablación o cirugía previa de la aurícula izquierda (AI). La sobrevida libre de FA fue calculada con el método de Kaplan y Meier. Se realizó el seguimiento de manera presencial y con Holter de 24 hs., a la semana, al mes, 3, 6, 12 y 18 meses o ante la aparición de un evento clínico relevante.

Resultados: Resultados: Con CAB se trataron 72 ptes y 52 con ARF. En el grupo CAB 55 ptes fueron hombres (76.4%) y 40 (76.9%) en el grupo de ARF ($p = NS$). La edad media fue de 58 ± 12 años vs 57 ± 12 años ($p = NS$). Se observó HTA en el grupo CAB en 28 (39 %) vs 22 (42.3 %) para ARF ($p = NS$) y el número de ptes tratados con amiodarona fue: 21 (29%) para CAB vs 12 (23%) para ARF ($p = NS$). La mayoría de los ptes fueron tratados con nuevos anticoagulantes orales (NOACs): 63 (87.5%) vs 51 (98%) $p = 0.03$. La sobrevida libre de FA en el grupo CAB fue de 91.9% y 70.4% y en el grupo ARF fue de 94.4% y 89.7% a los 12 meses y 18 meses respectivamente en cada grupo. Log rank: 0.268 ($p = NS$). La duración promedio del procedimiento fue $109 \text{ min} \pm 28$ en CAB vs $146 \text{ min} \pm 30$ $p < 0.001$. El promedio de fluoroscopia fue 20 ± 9 min para CAB vs $10 \text{ min} \pm 5$ para ARF $p < 0.001$. Con la técnica de ARF se observó una complicación mayor (1,9%), correspondiente a taponamiento cardíaco, mientras que con la técnica de CAB no se observaron complicaciones mayores.

Conclusiones: Conclusión: En la población del estudio, ambas técnicas de ablación mostraron similar eficacia. El grupo de ARF mostró diferencias significativas con menor exposición a radioscopia, y el grupo CAB un menor tiempo total de procedimiento. No hubo diferencias significativas en las tasas de complicaciones.

0186 - HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA EN ARGENTINA: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

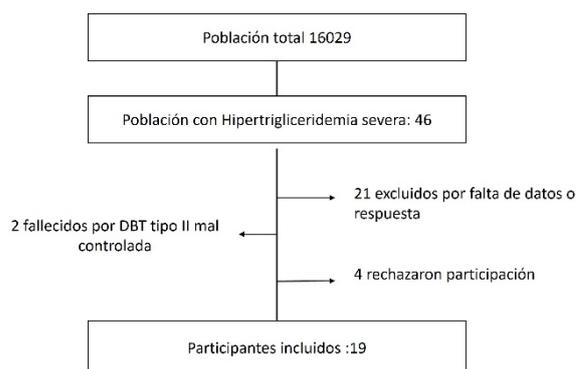
Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

MATTA, Maria Gabriela | SAENZ, Benjamin | BLAUTZIK, Facundo | CORRAL, Agustina | PIEDRABUENA, Federico | SAMPAYO, Facundo | **CORRAL, Pablo**

Facultad de medicina-UFSTA



Introducción: La hipertrigliceridemia severa (HTGS), definida cuando los niveles de triglicéridos superan los 885 mg/dl, es un desorden metabólico con múltiples causas e implicancias terapéuticas. Una vez diagnosticada, el objetivo del tratamiento es reducir el riesgo de pancreatitis, complicación potencialmente fatal. Se desconoce hasta la fecha las características clínicas, sus posibles causas y prevalencia en Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia, describir las características clínicas y causas subyacentes de HTGS.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y observacional utilizando una base electrónica de un hospital provincial con pacientes ambulatorios e internados. Desde enero de 2018 a diciembre de 2021, se detectó todo paciente mayor de 18 años con niveles de triglicéridos mayores de 885 mg/dL (10 mmol/L). Sus historias clínicas fueron extraídas y fueron contactados para medidas antropométricas (peso y altura), obtención de variables sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, causas secundarias de hipertrigliceridemia y tratamiento recibido.

Variables categóricas n (%)	
Hombres	16 (84.21)
Diabetes	13 (68.42)
Consumo de alcohol	9 (47.37)
Antecedentes de dislipemia familiar	9 (47.37)
Historia de hipertrigliceridemia	8 (42.1)
Dolor abdominal recurrente	6 (31.58)
Dolor abdominal en la infancia	1 (5.26)
Pancreatitis alitiásica	1 (5.26)
Xantomas	0
Fibratos	4 (21)
Estatinas	5 (26)
Variables numéricas	
Edad (Media±DS)	48.47 ±16
IMC Kg/m ² (Mediana, RIC)	31 (21-45)
Hemoglobina glicosilada (Media±DS)	9.3 ± 2.8
Colesterol total, mg/dL (Mediana, RIC)	282 (166-721)
Colesterol HDL, mg/dL (Media±DS)	31 ±5.8
Triglicéridos, mg/dl (Mediana, RIC)	1821 (917-7000)

Resultados: El número total de participantes analizados fue 16.029; 46 presentaron HTGS representando una prevalencia total de 0.28%; 19 participantes fueron finalmente contactados e incluidos en el análisis (Figura 1). Las características basales se presentan en la tabla 1; la edad media fue de 48.47 (DS ±16) siendo 84.2% de

ellos hombres. La mediana de triglicéridos fue de 1821 mg/dL (rango intercuartilo 917-7000 mg/dL) y 17 participantes (84.97%) presentaban hipercolesterolemia (colesterol total > 200 mg/dL). Casi el 50% refirió consumo de alcohol, sin embargo, todos los patrones de consumo fueron clasificados como moderados (hasta 7 tragos por semana en mujeres y hasta 14 en hombres). 55% presentaba obesidad (IMC >= 30 Kg/m²) y 68% diabetes tipo II. Con respecto a los antecedentes de dolor abdominal recurrente y crónico solo 6 participantes (31%) refirió presentar esos síntomas y se registró 1 caso de pancreatitis. Nueve participantes se encontraban en tratamiento farmacológico, 4 con fibratos y 5 con estatinas.

Conclusiones: Se encontró una prevalencia de 0.28% la cual fue más alta de la esperada y reportada en series previas, probablemente esta diferencia se deba al hecho que nuestro estudio incluyo pacientes ambulatorios e internados en un hospital de primer nivel. Por otro lado, se destaca la subutilización de medicación para el tratamiento de esta dislipemia severa con alto riesgo de pancreatitis, a pesar de que más de la mitad presentaba factores de riesgo cardiovasculares.

0585 - EVOLUCION CLINICA DE PACIENTES CON SINDROME DE CONGESTION PELVICA QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ENDOVASCULAR.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

Unidad Temática 2: Enfermedad Vasculat Periférica

CHIARINI, Fernando | FONTAINE, Christian | PELAEZ, Rodrigo | GALIMBERTTI, Gerardo | PESSAH, Gustavo | LEONARDI, Carlos Raúl | MIARA LOPEZ, Jonathan Sebastian

Actividad Clínica Privada

Introducción: El síndrome de congestión pélvica es una entidad que genera un verdadero impacto en la salud por su implicancia clínica y alteración en la calidad de vida de los pacientes. El desconocimiento de su manejo lleva a diagnósticos y tratamientos erróneos, innecesarios o insuficientes. El síndrome de congestión pélvica consiste en un aumento de las estructuras venosas intrapelvicas tanto en número como en calibre. Son venas de morfología varicosa, tortuosas, ectásicas y con alteraciones en el flujo. Se caracteriza por dolor pélvico crónico, dispareunia y várices genitales o atípicas. Pero puede tener una expresión en miembros inferiores a través de las denominadas fugas pélvicas con la presencia de várices de ubicación no convencional y síntomas como dolor, pesadez, característicos de la insuficiencia venosa.

Objetivos: Evaluación clínica, basándonos en escala de dolor de VAS, en paciente que recibieron tratamiento endovascular por síndrome de congestión pélvica

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, de paciente consecutivos, monocéntrico, realizado desde octubre del 2019 hasta octubre del 2020. Todas fueron mujeres con una edad promedio de 49 años. En cuanto a los síntomas prevalentes fueron, dolor pélvico crónico (85 %), varices genitales atípicas (63 %), inflamación de miembro inferior (37 %) y dispareunia (11 %). Recibieron tratamiento 39 pacientes, de las cuales 30 tenían congestión pélvica primaria, asociados a stenting primario por síndrome de May Thurner 5 pacientes y 4 pacientes a síndrome post trombótico. El algoritmo diagnóstico se basó en ecodoppler color venoso abdominal, pélvico y transvaginal, flebografía. Se solicitó tomografía computarizada en caso de síndromes compresivos. Se realizó embolización con técnica de sandwich, foam con polidocanol-coils de liberación controlada-foam. Práctica con anestesia local ambulatoria, con externación a la hora. Los tips fueron la embolización de distal a proximal, hasta 5 cm del origen del vaso, sobredimensionar el tamaño del coils un 30% con respecto a la vena, técnica de sandwich, tratamiento de todas las fugas. En cuanto a los síndromes compresivos se realizó stenting primario con prevalencia de abordaje femoral izquierdo con externación a las 2 hs posteriores al procedimiento. Se embolizaron 39 venas, 21 venas gonadales izquierdas, 9 embolización gonadal bilateral, y 9 pacientes recibieron stenting por síndrome compresivo. Referido al acceso 17 pacientes se prefirió el acceso braquial derecho, 17 pacientes se prefirió el acceso femoral, 3 acceso popliteo y 1 femoral superficial. El seguimiento clínico se realizó a los 3 meses, a los 6 y al año, basándose en la escala de dolor de VAS.

Resultados: Se logró la desaparición significativa de los síntomas en el 93% de los casos. Solamente dos casos (7 %) lograron resolución parcial de los síntomas. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. El 89 % de los pacientes no expresaron síntomas importantes post procedimiento, el 3 % expresaron episodio febril que duró menos de 24 hs y el 7 % tuvieron dolor pélvico de intensidad moderada a severa por menos de 5 días.

Conclusiones: El tratamiento endovascular del síndrome de congestión pélvica, ya sea por insuficiencia venosa primaria o síndrome compresivo, mostró una elevada eficacia clínica con mejoría significativa de los síntomas, aceptación por parte de los pacientes y mínima morbilidad.

0636 - FACTORES ASOCIADOS A RESULTADOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA NATIVA.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Valvulopatías

PEREZ PONSA, Mercedes | BAGNATI, Rodrigo P. | DECOTTO, Santiago | ROSSI, Emiliano | NEMIROVSKY, Corina | DOMENECH, Alberto | PARCERISA, Florencia | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Tabla 1. Variables clínicas, de laboratorio e imágenes y su asociación a mortalidad intrahospitalaria

	global n=129	vivos n=100	muertos n=29	p	
Edad, media (DE)	66.4 (17.3)	65.3 (17.5)	69.8 (15.2)	0.22	
Sexo masculino, n (%)	69 (5)	57 (57.0)	12 (41.4)	0.14	
Hipertensión, n (%)	87 (67.4)	64 (64)	23 (79.3)	0.12	
Dislipemia, n (%)	52 (40.3)	39 (39)	13 (44.8)	0.57	
Tabaquismo, n (%)	ex	39 (30.2)	32 (32)	7 (24.1)	0.24
	actual	13 (10.1)	12 (12)	1 (3.4)	
Diabetes, n (%)	IR	9 (7)	3 (3)	6 (20.7)	0.002
	no IR	20 (15.5)	19 (19)	1 (3.4)	
IRC	ClCr 30-60	9 (7)	8 (8)	1 (3.4)	0.003
	ClCr <30	10 (7.8)	4 (4)	6 (20.7)	
	Dialisis	17 (13.2)	10 (10)	7 (24.1)	
FEY previa <55%, n (%)	6 (4.7)	2 (2)	4 (13.7)	0.004	
IAM previo, n (%)	5 (3.9)	2 (2)	3 (10.3)	0.040	
ICC previa, n (%)	16 (12.4)	11 (11)	5 (17.2)	0.37	
Enfermedad vascular periférica, n (%)	15 (11.6)	11 (11)	4 (13.8)	0.68	
ACV - AIT, n (%)	14 (10.9)	11 (11)	3 (10.3)	0.92	
Índice de comorbilidad de Charlson, mediana (RIC)	4 (3-6)	4 (2-6)	5 (4-7)	0.006	
Eritrosedimentación, mediana (RIC)	58 (39, 84)	54 (37-82)	68.5 (57-112)	0.15	
Proteína c reactiva, mediana (RIC)	94 (45, 159)	90.1 (39-137.5)	179.3 (94-286)	0.008	
Clase funcional NYHA III-IV ingreso, n (%)	55 (42.6)	37 (37)	18 (62.1)	0.023	
Shock cardiogénico al ingreso, n (%)	8 (6.2)	3 (3)	5 (17.2)	0.005	
Shock séptico al ingreso, n (%)	22 (17.1)	7 (7)	15 (51.7)	<0.001	
Requerimiento de ARM, n (%)	29 (22.5)	13 (13)	16 (55.2)	<0.001	
Desarrollo de insuficiencia renal, n (%)	52 (40.3)	30 (30)	22 (75.9)	<0.001	
Válvula comprometida, n (%)	Mitral	56 (43.4)	41 (41)	15 (51.7)	0.6
	Aórtica	53 (41.1)	44 (44)	9 (31.0)	
	Aórtica y mitral	16 (12.4)	12 (12)	4 (13.8)	
	tricúspide	4 (3.1)	3 (3)	1 (3.4)	
Vegetación mayor a 10 mm, n (%)	64 (61)	46 (57)	18 (72)	0.19	
Compromiso anular, n (%)	27 (20.9)	19 (19)	8 (27.6)	0.32	
Regurgitación valvular significativa, n(%)	85 (65.9)	68 (68)	17 (58.6)	0.24	
Estafilococo aureus, n (%)	50 (38.8)	33 (33)	17 (58.6)	0.013	
Presencia de indicación quirúrgica, n(%)	82 (63.6)	59 (59)	23 (79.3)	0.045	

IR insulino requeriente, IRC insuficiencia renal crónica, ClCr Clearance de creatinina, ICC insuficiencia cardíaca congestiva.

Introducción: La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) en nuestro país se estima en 3-10 casos cada 100.000 personas/año. Si bien en los últimos años han surgido avances en términos de diagnóstico y tratamiento, su mortalidad continúa siendo elevada (15-35%). Según los estudios EIRA, la mortalidad intrahospitalaria en nuestro país ronda el 24%.

Tabla 2. Variables clínicas, de laboratorio e imágenes y su asociación a mortalidad al final del seguimiento.

	vivos n=69	muechos n=54	p	
Edad, media (DE)	60.55 (17.1)	74.3 (14.9)	<0.001	
Sexo masculino, n (%)	43 (62)	25 (46)	0.076	
Hipertensión, n (%)	37 (54)	46 (85)	<0.001	
Dislipemia, n (%)	24 (35)	28 (52)	0.057	
Tabaquismo, n (%)	Ex- TBQ	18 (26)	19 (35)	0.21
	Actual	10 (14)	3 (6)	
Diabetes, n (%)	IR	1 (1)	7 (13)	0.035
	No IR	13 (19)	7 (13)	
IRC, n (%)	ClCr 30-60	4 (6)	5 (9)	0.089
	ClCr <30	4 (6)	6 (11)	
	Diálisis	5 (7)	10 (19)	
FEY previa <55%, n (%)	0 (0)	6 (11.1)	0.005	
IAM previo, n (%)	2 (3)	3 (6)	0.46	
ICC previa, n (%)	4 (6)	11 (20)	0.014	
Enfermedad vascular periférica, n (%)	7 (10)	7 (13)	0.63	
ACV - AIT, n (%)	6 (9)	7 (13)	0.44	
Índice de comorbilidad de Charlson, mediana(RIC)	3 (1-5)	5 (4-7)	<0.001	
Eritrosedimentación, mediana (RIC)	50 (36, 83)	67 (45, 82)	0.19	
Proteína C reactiva, mediana (RIC)	96.2 (43.3, 150.2)	118.55 (61.5, 179.35)	0.47	
Clase funcional NYHA III-IV al ingreso, n (%)	24 (35)	30 (56)	0.021	
Shock cardiogénico al ingreso, n (%)	2 (3)	6 (11)	0.067	
Shock séptico al ingreso, n (%)	6 (9)	15 (28)	0.005	
Requerimiento de ARM, n (%)	9 (13)	19 (35)	0.004	
Desarrollo de IR, n (%)	21 (30)	30 (56)	0.005	
Válvula comprometida, n (%)	Mitral	26 (38)	26 (48)	0.53
	Aórtica	33 (48)	20 (37)	
	Aórtica y mitral	9 (13)	6 (11)	
	Tricúspide	1 (1)	2 (4)	
Vegetación mayor a 10 mm, n (%)	30 (55)	30 (68)	0.17	
Compromiso anular, n (%)	15 (22)	11 (20)	0.85	
Regurgitación valvular significativa, n (%)	47 (68)	32 (59)	0.31	
Estafilococo aureus, n (%)	26 (38)	24 (44)	0.45	

IR insulino requeriente, IRC insuficiencia renal crónica, ClCr Clearance de creatinina, ICC insuficiencia cardíaca congestiva.

Objetivos: Describir las características clínicas e identificar factores asociados a mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo en pacientes con EI de válvula nativa.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva a partir de una base de datos secundaria (historia clínica electrónica). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico-imagenológico de EI de válvula nativa entre los años 2011 y 2021. Se analizó la asociación de variables clínicas, de laboratorio e imágenes con el desarrollo de mortalidad durante la internación y el seguimiento ambulatorio.

Resultados: Se incluyeron un total de 129 pacientes con un promedio de edad de 66 ± 17 años. Las características clínicas de los mismos se muestran en la Tabla 1. La válvula más frecuentemente comprometida fue la mitral (43.4%), seguida por la aórtica (41.1%). El organismo responsable en el 38.8% de los casos fue el estafilococo aureus (SA), siguiéndole en frecuencia el estreptococo viridans (17%) y el enterococo faecalis (11.3%). El 63,6% presentaron indicación de cirugía. La mortalidad en la internación fue del 22.5%. Las variables asociadas en forma estadísticamente significativa con la mortalidad durante la internación fueron la diabetes, la insuficiencia renal crónica, la disfunción ventricular previa, el antecedente de infarto de miocardio, el índice de comorbilidad de Charlson (ICCh), el valor de proteína c reactiva (PCR), la clase funcional y la inestabilidad hemodinámica al ingreso, el requerimiento de ARM, el desarrollo de insuficiencia renal durante la internación y la infección por estafilococo aureus. Luego de realizar un análisis multivariado que incluyó: el ICCh como variable representativa del grado de comorbilidad, la presencia de indicación quirúrgica como variable representativa del grado de compromiso clínico y la infección por estafilococo aureus, se observó que las tres variables presentaron asociación independiente (OR [IC95%] 1.32 [1.10-1.57], 4.14 [1.34-12] y 2.75 [1.11-6.8] respectivamente). En cuanto al seguimiento post-alta, la mediana fue de 487 días (RIC 55-1287) y la mortalidad acumulada del 44.9%. En este período, sostuvieron su asociación estadísticamente significativa a mortalidad todas las variables

identificadas en la internación, salvo por la infección por SA y el valor de PCR, ganando además significancia la edad, la hipertensión arterial, el antecedente de insuficiencia cardíaca y la presencia de enfermedad oncológica (Tabla 2). Cuando se incluyó en un modelo multivariado al ICCh, la infección por SA, la presencia de indicación quirúrgica y el momento de realización de la misma, se observó que tanto el ICCh como la indicación de cirugía sostuvieron su asociación (OR [IC95%] 1.53 [1.23-1.9] y 14.7 [2.7-80.5] respectivamente). No así la infección por SA (OR 0.77 IC95% 0.3-1.93). La cirugía durante la internación se comportó como factor protector (OR 0.09 IC95% 0.01-1.44). El área bajo la curva para este modelo fue 0.81

Conclusiones: La mortalidad de la EI se asoció tanto al grado de comorbilidad previa, como a la forma de presentación y al tratamiento recibido. Es de destacar el valor del ICCh como una herramienta útil para resumir múltiples comorbilidades. Por otro lado, la necesidad de intervención quirúrgica como marcador de las formas más agresivas de presentación, constituye un factor pronóstico de relevancia.

0644 - IMPLICANCIAS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y EL AISLAMIENTO SOCIAL SOBRE EL PERFIL CARDIOMETABÓLICO DE UNA COHORTE DE INDIVIDUOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

GIUNTA, Gustavo | CUTINE, Pablo | AGUILO, Florencia | ANTOKOLETZ, Daniel | PIROLA, Daniel | RODRIGUEZ ACUÑA, María Isabel | BRANDANI, Laura

Fundación Favaloro

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha conmocionado a la humanidad. Durante la misma, la necesidad de aislamiento social ha fomentado la baja adherencia a un estilo de vida saludable en muchos individuos. Sin embargo, existe poca evidencia del impacto metabólico que ha tenido la pandemia por COVID-19 en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar el impacto del aislamiento social producido por la pandemia COVID-19 sobre el peso corporal y los parámetros cardiometabólicos de una población de adultos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: En un diseño observacional, se analizaron los datos de pacientes (pac) que asistieron a un programa de prevención y promoción de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Se individualizaron datos de participantes que concurren a realizarse estudios en el año 2019, y repitieron los mismos en el año 2021. Los registros médicos se utilizaron como fuente para la recopilación de datos generales, medidas antropométricas y valores de laboratorio. Se utilizaron los criterios NCEP para definir la presencia de Síndrome Metabólico (SM).

Resultados: Se identificaron un total de 558 pac con evaluaciones disponibles en 2019 y 2021. La edad promedio de la población fue $52,2 \pm 12,8$ años, con 41,2% de integrantes de sexo femenino. Se observó un incremento en el peso corporal ($82,1 \pm 17,7$ Kg vs. $83,1 \pm 18,5$ Kg; $p < 0,0001$) y del IMC ($29,4 \pm 5,4$ vs. $29,8 \pm 5,7$; $p < 0,0001$). También se observaron incrementos en presión arterial sistólica ($123,1 \pm 15,1$ mmHg vs. $126,6 \pm 16,3$ mmHg; $p < 0,0001$) y diastólica ($77,7 \pm 9,3$ vs. $79,6 \pm 9,4$; $p < 0,0001$). Dentro de los parámetros de laboratorio, se evidenció un incremento en los valores de glucemia plasmática (95 RIC 89-103 mg/dL vs. 99 RIC 92-107 mg/dL; $p < 0,00001$) y descenso de colesterol HDL ($51,8 \pm 12,7$ vs. $49,3 \pm 12,8$; $p < 0,00001$). No se observaron cambios en colesterol de LDL ($116,4 \pm 32,6$ vs. $116,1 \pm 34$; $p = ns$), colesterol total ($194,9 \pm 37,4$ vs. $193 \pm 39,6$; $p = ns$) o la concentración de triglicéridos ($114,5$ RIC 83,2-162,7 mg/dL vs. 118 RIC 88-169 mg/dL; $p = ns$). Esto se acompañó de un aumento de la prevalencia de SM (21,5% vs. 34%; $p < 0,0001$). También se incrementó la proporción de pacientes con placas a nivel carotídeo, sin llegar a significancia estadística (36,4% vs. 40,7%; $p = ns$). Se observó, además, que 18,8% de los pac incrementaron su peso corporal más del 5%. Esta población estuvo representada por pac más jóvenes ($47,6 \pm 14$ años vs. $53,3 \pm 12$ años; $p < 0,0001$), observándose una correlación inversa entre edad y magnitud del incremento del peso ($R = 0,1$; $p < 0,02$).

Conclusiones: El aislamiento social, durante la pandemia COVID-19, mostró tener importantes consecuencias en los factores de riesgo de la población estudiada. Las implicancias prospectivas de estos hallazgos podrían verse en los próximos años, si estas alteraciones metabólicas no se revierten.