

50 CONGRESO SAC

16, 17 y 18 de OCTUBRE 2024

La Rural, Predio Ferial
de Buenos Aires

TEMAS LIBRES

0005. LA RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA POBLACIÓN GERONTE Y ANCIANA DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Investigación Básica

Andrés Emiliano BEIRA GERBAUDO | Agustina Abril AGUILAR | Camila Rocio LUCERO | Laura Marina ABALLAY | Beder Gustavo FAREZ
Universidad Católica de Cuyo

Introducción: La soledad ha surgido como un factor de riesgo cardiovascular cada vez más prevalente. Se estima que en Latinoamérica la soledad prevalece en entre el 25,3 y 32,4% de la población adulta. En Argentina seis de cada diez adultos tienen exceso de peso. Aunque algunos estudios han explorado la asociación entre el sentimiento de soledad y su efecto en el índice de masa corporal (IMC), los hallazgos son mixtos, y la relación puede variar según género y edad.

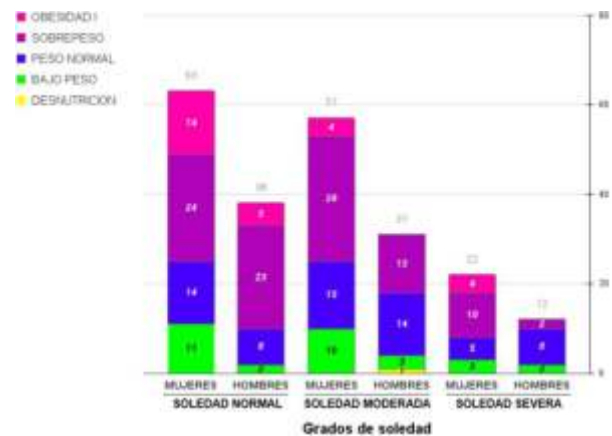
Objetivos: Este trabajo busca trazar una relación entre los niveles de soledad en sus distintos grados y la presencia de sobrepeso u obesidad en sus distintos grados en los gerontes y los ancianos más ancianos de la provincia de San Luis.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo y correlacional desde la cátedra de Clínica Médica de 5to año de la carrera de Medicina, de la Universidad Católica de Cuyo, Sede San Luis, Argentina. Se llevó a cabo una encuesta a través de un formulario de Google Forms® en una muestra de 232 sujetos de edades entre 70 y 103 años de la provincia de San Luis de los cuales se analizaron 232. Se evaluó: edad, sexo, peso, altura, índice de masa corporal (IMC). Para la medición de la soledad se incluyó la escala de soledad de la Universidad de California de Los Ángeles. Los datos fueron ordenados en una tabla del programa Hoja de Cálculo de Google® para su posterior análisis estadístico.

Resultados: Del total de 232 entrevistados 37% son de sexo masculino, 63% de sexo femenino. De la cohorte final 0,4% presentó desnutrición moderada, 13,4% bajo peso, 27,6% se encuentran en un peso normal, 43,1% sufre sobrepeso, 13,4% obesidad grado I y sólo un 2,2% obesidad grado II, dentro de la muestra ningún sujeto presentó obesidad grado III. Del total, un 14,7% presenta grado severo de soledad, un 39,7% grado moderados de soledad y un 45,7% no presenta signos de soledad porcentajes mayores de los estimados para Latinoamérica. Se llevó a cabo un análisis de correlación utilizando el índice de Pearson que evidencia una correlación positiva débil tanto en pacientes de sexo masculino ($r = 0.2$) como en pacientes de sexo femenino ($r = 0.1$).

Conclusiones: Tanto en el grupo femenino como en el masculino se observó que a medida que aumentaba la puntuación en la escala de soledad, también aumentaba ligeramente el índice de Pearson, indicando una relación positiva, aunque de magnitud reducida. Estos hallazgos sugieren que existe una tendencia leve hacia una relación positiva entre la percepción de soledad y el aumento del IMC en pacientes de ambos sexos.

	SOLEDAD SEVERA		SOLEDAD MODERADA		SIN SIGNOS SOLEDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
DESNUTRICIÓN			1 (7%)			
BAJO PESO	2 (16,5%)	3 (13,6%)	3 (8,5%)	10 (17%)	2 (5%)	11 (16%)
PESO NORMAL	8 (67%)	5 (22,7%)	14 (40%)	15 (26%)	8 (20,5%)	14 (21%)
SOBREPESO	2 (16,5%)	10 (45,5%)	13 (37%)	28 (50%)	23 (59%)	24 (36%)
OBESIDAD I		4 (16,2%)		4 (7%)	6 (13%)	14 (21%)
OBESIDAD II			1 (11,5%)		1 (2,5%)	4 (6%)
OBESIDAD III						
TOTAL	12	22	32	57	39	67



0006. LA SOLEDAD Y SU IMPACTO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN GERONTE Y ANCIANA DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Investigación Básica

Laura Marina ABALLAY | Andrés Emiliano BEIRA GERBAUDO | Camila Rocio LUCERO | Agustina Abril AGUILAR | Beder Gustavo FAREZ
Universidad Católica de Cuyo

Introducción: Se estima que del 20 % al 40 % de los adultos mayores afirman síntomas de soledad, esta se define como la percepción subjetiva de falta de conexión con el otro. Estudios recientes sugieren que al momento de evaluar un paciente, a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ya conocidos, se le debe sumar en consideración el sentimiento de soledad con una creciente importancia debido a su estudiado efecto en la salud. Es por esto que destaca la importancia de identificar los grados de soledad en los pacientes gerontes y ancianos muy ancianos para la prevención y detección temprana de enfermedad cardiovascular y sus complicaciones.

Objetivos: Trazar una relación entre los niveles de soledad en sus distintos grados y la presencia de ciertos FRCV en los gerontes y los ancianos más ancianos de la provincia de San Luis.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo y correlacional desde la cátedra de Clínica Médica de 5to año de la carrera de Medicina, de la Universidad Católica de Cuyo, Sede San Luis, Argentina. Se llevó a cabo una encuesta a través de un formulario de Google Forms® en una muestra de 256 sujetos de edades entre 70 y 103 años de la provincia de San Luis, donde se evaluó: edad, sexo, peso, altura, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo y antecedente de dislipidemia, diabetes, ACV o IAM. Para la valoración del riesgo cardiovascular se contabilizaron los factores de riesgo mencionados mientras que para medición de la soledad se incluyó la escala de soledad de UCLA (University of California at Los Ángeles). Los datos fueron ordenados en una tabla del programa Hoja de Cálculo de Google® para su posterior análisis estadístico.

Resultados: Se recolectó una muestra total de 256 de los cuales se analizaron 232. Del total de los encuestados 86 son de sexo masculino (37%) y 145 de sexo femenino (63%). Del total un 8% presentó sólo 1 FRCV, 19% presentó 2, 27% presentó 3, 24% presentó 4, 13% presentó 5, 7% presentó 6 y un 2% presentó 7. Del total, un 14,5% presenta grado severo de soledad y un 52,27% grado moderado de soledad, porcentajes mayores de los estimados para Latinoamérica en base a estudios pasados. No se observó una diferencia relevante entre ambos sexos.

Conclusiones: La soledad ha ganado relevancia clínica en la población geronte y anciana de nuestro país en años recientes. No se observó una diferencia significativa entre las prevalencias FRCV y soledad entre hombres y mujeres. Aunque inicialmente se sugirió una asociación positiva, la falta de una tendencia clara en los datos indica que la relación entre estas variables puede ser más compleja de lo pensado. Sin embargo, estudios recientes subrayan la importancia de reconocer a la soledad como un problema creciente que debe ser tenido en cuenta.

Variable	Hombres	Mujeres	Total	% del total
HTA	60	109	170	73
Diabetes	24	49	74	32
ACV o IAM	31	31	62	27
Dislipidemia	27	39	67	29
Tabaquista	11	7	18	8
Sedentarismo	56	92	149	64
Soledad moderada	35	57	92	40
Soledad severa	12	22	34	15
Sobrepeso	38	62	100	43
Obesidad grado I	9	22	31	13
Obesidad grado II	1	4	5	2
Obesidad grado III	0	0	0	0

Tabla 3. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y grados de soledad. En esta tabla no se cuantifica la edad como FRCV debido a que es un factor inherente a toda la población estudiada en este trabajo. El sobrepeso y los distintos grados de obesidad se cuantifican como 1 mismo FRCV.

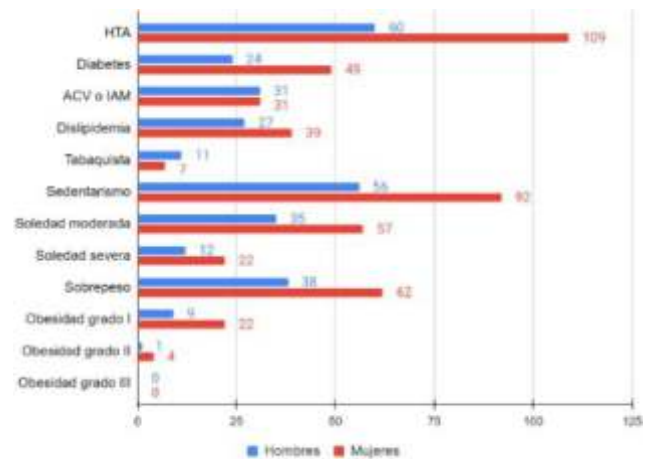


Ilustración 7. Prevalencia de aparición de FRCV y grados de soledad en el total.

0007. CONOCIMIENTOS DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Investigación Básica

Felipe MARQUES VALERA¹ | Ana JÚLIA NASCIMENTO² | Isabele TRAMBAYOLLI VILELA³ | Marcelo ROCHA MELLO RIBEIRO VALDEVI⁴

Viviane PEREIRA DE OLIVEIRA⁵ | Kimberlyn REIS DA SILVA⁶ | Ana Paula BRAMBILO MENEGASSO VIEIRA⁷ | Marcela DE ANDRADE BERNAL FAGIANI⁸

Universidade Do Oeste Paulista - Unoeste 1; Universidade Do Oeste Paulista - Unoeste 2; Unoeste 3; Unoeste 4; Unoeste 5; Unoeste 6; Unoeste 7; Unoeste 8

Introducción: Paro cardiorrespiratorio (CRA), definida como el cese repentino de la actividad miocárdica ventricular útil, que se asocia con la ausencia de respiración, se asocia con más del 60% de las causas de muerte en adultos con enfermedad arterial coronaria. La PCR se puede revertir mediante maniobras de reanimación que ayuden a mantener la circulación sanguínea y el flujo de aire, siguiendo la cadena de cuidados prehospitalarios de supervivencia, método conocido como Soporte Vital Básico (BLS), sin embargo, para ello el individuo debe estar capacitado, aunque no se desempeñe en profesiones relacionadas con el área de la salud. Las escuelas son lugares con alta incidencia de accidentes y requieren de personas capacitadas para aplicar primeros auxilios, incluido BLS. Es importante orientar y capacitar incluso a los propios niños y adolescentes sobre la ejecución eficiente de BLS. Los primeros auxilios son métodos simples y fundamentales que pueden ser realizados por personas no profesionales de diferentes grupos de edad para ayudar a las víctimas.

Objetivos: Capacitar y evaluar los conocimientos de los estudiantes de secundaria sobre los métodos teórico-prácticos adecuados para establecer el soporte vital básico.

Materiales y Métodos: Investigación aprobada por el comité de ética en investigación de la Universidad do Oeste Paulista, Presidente Prudente – SP, Brasil, bajo CAAE:65629022.5.0000.5515, que fue realizado con 87 estudiantes de secundaria, de una escuela técnica, con educación completa, con una característica metodológica transversal, cuantitativa, cualitativa y descriptiva. Se aplicó un cuestionario pretest y posttest para medir los conocimientos previos y posteriores a la finalización de la formación BLS de los estudiantes. Los estudiantes realizaron un entrenamiento teórico-práctico, breve y expositivo con la participación de maniqués de entrenamiento en RCP, instruyéndolos sobre la velocidad de las compresiones, frecuencia, profundidad y duración de los ciclos de RCP. Se contaron los resultados de las respuestas a los cuestionarios para asignar el puntaje de conocimiento del estudiante en la prueba previa y posterior, las preguntas fueron las siguientes: ¿Por qué es importante estudiar RCP? ¿Cuál es el primer paso a dar tras encontrar a alguien inconsciente en el suelo? Los resultados fueron sometidos a las pruebas estadísticas Shapiro-Wilk, Wilcoxon, U de Mann-Whitney y McNemar, adoptando un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Entre las preguntas aplicadas, la que tuvo mayor significancia de aciertos según el test de Mc Nemar en el periodo post-test fue la que indagaba sobre “¿Cuál es el primer paso a dar luego de encontrar a alguien tirado inconsciente en el piso?”. ($p < 0,000$). Los datos recopilados en el período pre y post test presentaron una distribución no paramétrica, verificada por la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0,000$). Después del entrenamiento, hubo más respuestas correctas en la reaplicación del cuestionario y se confirmó este dato, mediante la prueba de Wilcoxon ($p < 0,000$), además, la puntuación post-test fue mayor en comparación con los pretest ($p < 0,000$) según Mann-Whitney

Conclusiones: Los estudiantes mostraron mayor comprensión respecto del primer paso que se debe dar ante una víctima inconsciente, para luego iniciar la secuencia de cuidados propuesta por la cadena de supervivencia en la atención extrahospitalaria, publicada por la American Heart Asociación.

0008. ENFERMEDAD CORONARIA Y CONSUMO DE COCAÍNA: REGISTRO DE PACIENTES Y SUS CARACTERÍSTICAS EN UN HOSPITAL DE CABA

Cardiopatía Isquémica

Rocío Macarena ALBA | Facundo LOMBARDI | Rubén KEVORKIAN | Alejandra GONZALEZ | Yanina A. PASTORI | Leslie Annaite RODAS MENDEZ | Mariela Julia BOVONE | Leonel Fabrizio TRIVISONNO

Hospital de Agudos F. Santojanni

Introducción: El consumo de cocaína afecta de manera aguda y crónica al funcionamiento de diversos órganos, entre ellos el corazón. Se ha asociado a diversas manifestaciones cardíacas, como por ejemplo la enfermedad coronaria a través de distintos modelos fisiopatológicos que se encuentran hasta hoy en estudio.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes que ingresaron en contexto de Síndrome Coronario Agudo y consumo de cocaína y su relación con aquellos que no consumían.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal, se obtuvo la información de nuestra base de datos de los pacientes que ingresaron a la Unidad Coronaria del Hospital D F Santojanni con diagnóstico de Síndrome Coronario entre 2010 y 2023, evaluándose las características clínicas de los pacientes que consumían cocaína (CC) en comparación a los pacientes sin consumo (SC) Para el análisis estadístico descriptivo, los valores de las variables se expresaron como distribuciones de frecuencias, porcentajes o promedios según correspondiera. La variabilidad de los parámetros se expresó como intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y se analizó la normalidad de las distribuciones con una prueba de bondad de ajuste. Para la comparación estadística entre grupos se emplearon las pruebas de hipótesis correspondientes (t de Student, chi cuadrado, Mann whitney.)

Características	GRUPO CC N 91 (%)	GRUPO SC N 3112 (%)	Significancia
Sexo masculino	82 (90)	2365 (76)	P < 0.001
Media de edad (años)	45 (39-56)	62 (54-71)	P < 0.001
Hipertensión	41 (45.05)	1992 (64.01)	P < 0.001
Diabetes	9 (9.89)	823 (26.45)	P < 0.001
Dislipemia	21 (23.08)	1005 (32.02)	P = 0.029
Tabaquismo	80 (87.9)	2512 (69.15)	P < 0.001

Resultados: De los 3203 pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario que ingresaron entre 2010 y 2023, 91 pacientes (2.84%) presentaron consumo de cocaína (CC). Las características basales de estos pacientes se resumen en la tabla I. En el caso de presentarse como Síndromes coronarios agudos con elevación del ST, el Killip Kimball de presentación fue A en 46 pacientes (88.4%) del grupo CC vs 1035 pacientes (76.5 %) del grupo SC, B en 6 pacientes (11.5%) del grupo CC vs 133 pacientes (9,8%) del grupo SC, C en 0 pacientes del grupo CC vs 15 pacientes (1,11%) en el grupo SC y D en 0 pacientes del grupo CC vs 170 pacientes (12.56%) en el grupo SC ($P < 0,001$). La mortalidad en el grupo CC fue de 2,2% (N: 2) vs 10,15% (N: 316) en grupo SC ($P < 0,001$). Respecto a los pacientes que se sometieron a

cateterismo, el porcentaje de pacientes sin lesiones angiográficamente significativas fue un 13.3% en grupo CC vs 7,62% en el grupo SC (p: 0,014).

Conclusiones: En este estudio retrospectivo se evidenció que un porcentaje considerable (2.8%) del total de pacientes con diagnóstico de síndrome coronario presentaban consumo de cocaína. Estos pacientes fueron más jóvenes, predominantemente de sexo masculino y con menos factores de riesgo a excepción de tabaquismo. El grupo CC presentó menor mortalidad respecto al grupo SC, con una diferencia estadísticamente significativa. Respecto a los pacientes en los que se hizo cateterismo, el grupo CC presentó respecto al grupo SC mayor porcentaje de pacientes sin lesiones angiográficamente significativas aunque no hubo significancia estadística.

0013. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIONES ABORIGENES DE FORMOSA, EN LA CIUDAD CAPITAL Y EN ZONA RURAL

Hipertensión Arterial

Jose ROMANO¹ | Maira Eileen YNFANTE²

Hospital Central De Formosa, Ministerio De Desarrollo Humano De Formosa.¹; Universidad De Buenos Aires²

Introducción: Los factores de riesgo cardiovasculares tienen múltiples estudios para evaluación de los mismos a nivel nacional y provincial en la población general, no así en poblaciones aborígenes, menos recientemente, por lo cual se hizo este estudio para ver la realidad actual de estas variables.

Objetivos: es evaluar en poblaciones aborígenes de la raza Qom de la provincia de Formosa. tanto de la ciudad capital como en zona rural, los factores de riesgo estudiado.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y observacional. A través de una encuesta dirigida a pacientes que asistieron a 2 centros públicos instituciones de la Provincia de Formosa: uno realizado en la ciudad de Formosa (Capital) y otro en el poblado de Las Lomitas, en el interior de la provincia. Se llevó a cabo entre los meses de julio y Diciembre 2023. Se realizó encuesta en base al factor de riesgo variables de la Estudio del corazón y otros de utilidad para la población estudiada. El estudio se llevó a cabo bajo estándares éticos locales e internacionales y bajo consentimiento informado firmado.

Resultados: De los 34 pacientes encuestados (80% mujeres), el 25% eran de la capital de Formosa y 75% de la zona rural de Las Lomitas. De los CVRF, Se observó que el 50% presentó hipertensión arterial (HTA) en algún momento. punto, aunque el 22% asumió que ya lo tenía y el resto no lo sabía. El 97% de la población se tomó la presión arterial en algún momento y el 61% lo hizo en el último año. 51% de los hipertensos los pacientes toman medicación habitualmente, utilizando un (1) medicamento en el 14%, dos (2) medicamentos en el 28% y tres (3) medicamentos en el 42%. Respecto al cuerpo índice de masa, se observó que el 55% eran obesos, teniendo valores por encima de las encuestas provinciales y nacionales. Además, se encontró que El 8% son fumadores activos, el 23% son diabéticos y el mismo porcentaje (23%) presentó alteraciones del colesterol. El 2,9% tenía insuficiencia renal crónica y El 5,9% padecía fibrilación auricular.

Conclusiones: El presente estudio destaca la adherencia al tratamiento, la alta proporción de diabetes y la falta de controles del colesterol, tomando en cuenta el porcentaje de personas obesas. Aunque el número de pacientes es limitado, el presente estudio recupera datos valiosos información para continuar con futuras investigaciones que puedan mejorar la calidad de vida cardiovascular de esta población específica.

0016. "EVENTOS CLINICOS (MACCE) DE PRESENTACION CERCANA A LA ULTIMA CONSULTA DURANTE UN PLAN DE PREVENCION CARDIOVASCULAR PRIMARIA – HALLAZGOS DESTACADOS"

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Daniel José ABRIATA¹ | Jorge Luis BOCIÁN² | Mariano TREVISAN² | Marina ROMERO VILLAFÑE¹ | Horacio Aurelio ROMERO¹ | Jorge Oscar GRILLI¹

Hospital Privado Regional Del Sur (hpr) De Bariloche¹; Sanatorio San Carlos²

Introducción: El objetivo de este estudio fue conocer las características de los pacientes que se encontraban en plan de prevención cardiovascular primaria y que presentaron un MACCE dentro de los siguientes 365 días que siguieron a su última visita médica al Servicio de Cardiología. 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 desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2019; se incluyeron pacientes que consultaron por hipertensión arterial, dislipidemia o evaluación cardiovascular (chequeo). A partir de la inclusión del primer paciente se comenzó un registro prospectivo de la ocurrencia de MACCE en esta cohorte, el registro de MACCE finalizó el 31 de diciembre de 2020; se definió como MACCE

a la aparición de muerte súbita, SCA (angina inestable / infarto de miocardio), 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 al Servicio de Cardiología

Objetivos: Esta población presentó al momento de la inclusión una edad promedio 54.94 años \pm 10.27, 1353 varones (50,14%) y mujeres 1345 (49,86%). Edad: Varones 60.16 \pm SD 11 rango 41-73 años. Mujeres 62.66 \pm SD 8 rango 40-72 años. Se registraron 49 MACCE. Los MACCE registrados fueron SCA 25 p (51%), muerte súbita 9 p (18%), ACV carotideo 3 p (6%) ACV 7 p (14%) {4 hemorrágicos, 2 lacunares, 1 cardioembólico, síndrome aórtico 3 p (6%). Takotsubo 2 p (4%). Tiempo al MACCE (días) desde la última visita: rango 3-356 días, promedio 111 \pm 92, mediana 84 días. 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 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. Los 49 MACCE registrados generan un promedio de 2.45 episodios por año de registro que representa un riesgo de 1.82% de eventos años (en los 2698 pacientes de la cohorte) que extrapolado a 10 años indica un riesgo de 18.2%. De ñps 7334 controles/año en esta cohorte, 1 de cada 149.67 controles/años 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.

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

0019. "EVENTOS CLINICOS (MACCE) DE PRESENTACION CERCANA A LA ULTIMA CONSULTA DURANTE UN PLAN DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR PRIMARIA – SCORES DE PREDICCIÓN DE EVENTOS"

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Daniel José ABRIATA¹ | Marina ROMERO VILLAFÁÑE¹ | Jorge Luis BOCIÁN² | Mariano TREVISAN² | Mario Exequiel CAMINOS FUNDARO¹ | Horacio Aurelio ROMERO¹ | Jorge Oscar GRILLI¹

Hospital Privado Regional Del Sur (hpr) De Bariloche¹; Sanatorio San Carlos²

Introducción: Es crucial la prevención primaria (PP) 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 (MS).

Objetivos: Conocer las características de los pacientes que se encontraban en plan de PP y que presentaron un MACCE dentro de los siguientes 365 días que siguieron a su última visita médica al Servicio de Cardiología. Estas características permiten calcular los scores de predicción de riesgo y las variaciones de los mismo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se registró una población de 2698 pacientes, edad 40 y 79 años. Se registró en forma consecutiva a todos los pacientes que acudían para consulta para PP desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2019; se incluyeron pacientes que consultaron por HTA, dislipidemia o evaluación cardiovascular (chequeo). A partir de la inclusión del primer paciente se comenzó un registro prospectivo de la ocurrencia de MACCE, el registro de MACCE finalizó el 31 de diciembre de 2020; se definió como MACCE a MS, SCA (angina inestable / infarto de miocardio), 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.

Resultados: Al momento de la inclusión edad media 54.94 años \pm 10.27, 1353 varones (50,14%) y mujeres 1345 (49,86%). Se registraron 49 MACCE: SCA 25 p (51%), MS 9 p (18%), ACV carotideo 3 p (6%) ACV 7 p (14%) {4 hemorrágicos, 2 lacunares, 1 cardioembólico}, síndrome aórtico 3 p (6%). Takotsubo 2 p (4%). En los 2698 pacientes de la cohorte estos 49 MACCE generan un promedio de 2.45 episodios por año de registro, riesgo de 1.82% de eventos/año, extrapolado a 10 años indica un riesgo de 18.2%. Al ingreso al registro: primer PCE: media 13.66 (\pm 10.35) rango 0.7-47.9. Último PCE antes del evento: 16.61 \pm 12.30 Primer PCE vs Último PCE: p 0.29. Primer PCE corregido según edad vs Último PCE: p 0.60. Último PCE relative risk: 2.87 \pm 1.61 rango 1.1-8.6 Último PCE vs PCE promedio: p 0.25. Último QRISK: 19.93 \pm 13.22 rango 1.1-53.1. Último PCE vs último QRISK: p 0.258. Último PCE vs primer PCE ajustado según años seguimiento: < 5 años p 0.45, > 5 años p 0.21. PCE vs primer PCE según adherencia (Ad): buena Ad último PCE 15.03 \pm 12.18 vs primer PCE ajustado 17.03 \pm 13.5 p 0.04; mala Ad último PCE vs primer PCE ajustado: 18.12 \pm 12.46 vs primer PCE ajustado 18.10 \pm 11.09 p 0.98.

Ultimo PCE buena adherencia 15.03 ± 12.18 vs mala adherencia 18.12 ± 12.46 $p 0.38$. Euroscore mortalidad: buena Ad ultimo 2.54 ± 2.11 vs primer 3.46 ± 3.09 $p 0.03$. Mala Ad: ultimo 4.12 ± 3.43 vs primer 4.28 ± 3.27 $p 0.73$. Adherentes vs no adherentes: ultimo 2.54 ± 2.11 vs 4.12 ± 3.43 $p 0.059$. Todos los pacientes: Euroscore 3.34 rango 0-12 mediana 2. Mortalidad real en esta cohorte 16/2698, o sea 0.59/año, 5.9 a 10 años. 1 paciente con Euroscore 0 presento Muerte subita

Conclusiones: Lo scores de predicción de eventos PCE y QRISK en esta cohorte presentaron un desempeño aceptable; no se considera lo mismo del Euroscore que infraestimo el numero de muertes, incluso uno de los fallecidos tenia un Euroscore: 0. Solo en los pacientes con buena adherencia se logro disminuir el score de riesgo desde el ingreso al plan hasta el evento.

0020. INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA REDUCIDA: ¿SON APLICABLES LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES EN EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO ARGENTINO ACTUAL?

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Melisa ANTONIOLLI | Gerardo MASSON | Diego Agustin CRIPPA | Fadi NEHME | Nicolas GONZALEZ | Héctor Raúl GÓMEZ SANTA MARÍA | Miguel Angel GONZÁLEZ

Sanatorio Finochietto

Introducción: El cuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con función sistólica reducida es complejo y costoso. Según guías recientes existen principalmente cinco grupos farmacológicos con un grado de recomendación I para el tratamiento de este grupo de pacientes, siendo de difícil aplicación en nuestro medio debido al contexto económico y social actual.

Objetivos: Evaluar el costo del tratamiento médico completo, en relación a los ingresos, a la línea de pobreza y a la línea de indigencia en forma transversal

Materiales y Métodos: Obtuvimos los costos dolarizados de los fármacos recomendados por las principales guías con grado de recomendación I precio Kairos. Evaluamos el porcentaje que representa dicho costo, en relación al salario mínimo, salario promedio y jubilación mínima según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de abril 2024, incluyendo en el análisis la canasta básica de alimentos (CBA) y la canasta básica total (CBT) que representan la línea de indigencia y pobreza respectivamente.

Resultados: El costo del tratamiento completo actual de los fármacos de primera línea en dólares es de 300,66, lo que representa un 44% por encima del salario mínimo (249,13 USD) y un 37,7% del salario promedio (795,47 USD) según la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE). Según el Informe de Estadísticas de la Seguridad Social del último trimestre del 2023 (2024 no fue publicado aún) el 41% de los jubilados perciben haberes iguales o menores a un haber mínimo. Para los pacientes de PAMI, el costo del tratamiento en abril del 2024 es de 99,52 USD, representando el 51,6% de la jubilación mínima (193,04 USD) sin contar el bono percibido en abril de 78,89 USD. El costo del tratamiento completo y la CBA (436,71 USD) en relación al salario mínimo implica un 75,3% por encima del mismo. El tratamiento completo y la CBT (602,71 USD) se encuentra 2.41 veces por encima del salario mínimo. Si comparamos estos costos con el salario promedio nos encontramos que implican un 54,9% y un 75,8% respectivamente. El costo del tratamiento para un jubilado y la CBA (235,57 USD), el tratamiento completo y la CBT (401,57 USD) para una persona en relación a la jubilación mínima implica el 22,03% más y 2.08 veces más respectivamente.

Conclusiones: Es alarmante el costo que implica el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con función sistólica reducida. En este contexto, resulta difícil la aplicabilidad de recomendaciones internacionales desarrolladas en países del primer mundo. Resulta interesante la posibilidad de establecer directrices nacionales, que contemplen el contexto socioeconómico actual.

0021. ANÁLISIS DEL PORCENTAJE DE PACIENTES CON TRATAMIENTO COMPLETO PARA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA REDUCIDA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DE CAPITAL FEDERAL

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Melisa ANTONIOLLI | Gerardo MASSON | Diego Agustin CRIPPA | Fadi NEHME | Nicolas GONZALEZ | Martín LUNA | Héctor Raúl GÓMEZ SANTA MARÍA | Miguel Angel GONZÁLEZ

Sanatorio Finochietto

Introducción: El cuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) es complejo y costoso. Según guías recientes tenemos evidencia para tratar pacientes con función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) reducida con cinco grupos farmacológicos con un nivel de recomendación I. Estas recomendaciones resultan de difícil aplicación en nuestro medio debido al contexto económico y social actual.

Objetivos: Reflejar las características de la población con insuficiencia cardíaca de un centro de alta complejidad de capital federal. Analizar el porcentaje de pacientes con tratamiento completo al ingreso en una cohorte local y las posibles causas del subtratamiento.

Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos que fueron obtenidos de la historia clínica digital de un centro de alta complejidad de Capital Federal desde Octubre del 2023 hasta mayo del 2024 de pacientes internados por insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes con una edad promedio de 74.1 años, el sexo femenino estuvo representado en un 45.7%. Los pacientes presentaron un índice de masa corporal promedio de 28,09. Dentro de los antecedentes la hipertensión arterial, fibrilación auricular y la dislipemia fueron los principales 3, el resto de los antecedentes se encuentran descriptos en la Tabla 1. Del total de pacientes al ingreso un 87,6% ingresó en clase funcional 3-4, un 37% se encontraban anémicos y presentaron un BNP promedio de 1208 pg/ml. Al ingreso a nuestra Institución 39 pacientes (48,1%) presentaban FSVI reducida de los cuales sólo 19 pacientes tenían IC de novo lo que implica que 20 pacientes ya presentaron algún episodio de IC con FSVI reducida internados en nuestro u otros centros. Cuando analizamos esos 20 pacientes encontramos que sólo 4 se encontraban bajo tratamiento con antagonistas del receptor de la aldosterona, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas del receptor de la angiotensina II/inhibidores del receptor de angiotensina/neprilisina, inhibidores del SGLT2 y diuréticos. En cuanto al tratamiento recibido durante la internación 45 pacientes requirieron sólo vasodilatadores endovenosos además de diuréticos, 5 pacientes inotrópicos, 3 vasopresores y sólo 2 requirieron infusión de levosimendán. Los pacientes tuvieron un promedio de internación total en nuestra Institución de 12 días, un 32% de los pacientes se reinternó por insuficiencia cardíaca y observamos una mortalidad de 6,17%.

Conclusiones: En nuestra serie, un muy bajo porcentaje de los pacientes con IC con FSVI reducida se encontraba con el tratamiento óptimo. Esto pone de manifiesto las dificultades en la implementación de las recomendaciones vigentes. Si bien este escenario es multicausal, debemos poner énfasis en la educación médica, para que la sub indicación no sea un motivo de ello. Si bien no contamos con los motivos asociados a esta sub utilización, en algunos de ellos se identificó una falta de prescripción por parte del médico tratante.

	N (%)
Edad	74,11
Sexo femenino	37 (45,5)
IMC	28,09
Antecedentes	
Tabaquismo	7 (8,6)
EPOC	12 (14,8)
Dislipemia	34 (41,9)
Hipertensión arterial	70 (86,4)
Diabetes	31 (38,3)
Enfermedad coronaria	18 (22,2)
Enfermedad renal crónica	22 (27,2)
Fibrilación auricular	46 (56,8)
Anticoagulación	39 (48,1)
Portador de dispositivo (MCP, CDI, TRC)	13 (16,04)

0023. ASOCIACIÓN DE LA PRESENCIA DE ATROSCLEROSIS CAROTÍDEA Y LA PROBABILIDAD DE PRESENTAR UN ECOCARDIOGRAMA CON STRESS POSITIVO

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Cardiopatía Isquémica

Gustavo STAMPONE | Santiago LYNCH | Julián CASTRO | Gerardo MASSON | Pablo Guillermo STUTZBACH

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: La aterosclerosis carotídea (AC) es un predictor independiente de eventos cardiovasculares y es utilizado para la estratificación de pacientes, identificando a aquellos de mayor riesgo. Por otro lado, la búsqueda de isquemia miocárdica mediante pruebas evocadoras permite identificar pacientes con enfermedad coronaria en etapas tempranas, pudiendo tomar conductas que optimicen su evolución. En este contexto, resulta interesante conocer la utilidad del ultrasonido carotídeo para predecir enfermedad coronaria evidenciada a través de una prueba evocadora de isquemia.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la ateromatosis subclínica por ultrasonido y la presencia de isquemia en el ecocardiograma con estrés. Establecer la sensibilidad y especificidad del doppler de vasos de cuello para la detección de pacientes con isquemia

Materiales y Métodos: Se revisaron todas las ecografías de vasos de cuello y ecocardiogramas con estrés realizados desde 2012, lo que resultó en una cohorte de 17,897 pacientes que presentaban ambos estudios. La edad media fue de 56 años (± 11), con una distribución de género de 44% de mujeres. Se encontró que el 4% de los pacientes presentaban un ecocardiograma con estrés positivo y el 47.8% tenía AC. Se utilizaron pruebas T de Student para comparar medias y Chi2 para evaluar variables categóricas, considerando significativas las $p < 0.05$. Se empleó un modelo de regresión logística escalonada hacia atrás para determinar las variables independientes y se evaluó la performance mediante sensibilidad (S) y especificidad (E).

Resultados: Se encontró una asociación significativa entre la edad avanzada (63 vs 56 años, $p < 0.0001$), el género masculino (5.9% vs 1.9%, $p < 0.0001$) y la presencia de AC (6.7% vs 1.9%, $p < 0.0001$) con la probabilidad de ecocardiogramas con estrés positivos. En el modelo de regresión logística, estas tres variables se mantuvieron asociadas de manera independiente, con odds ratios (OR) de 1.052 (IC95 1.043-1.060, $p < 0.001$) para la edad, 0.3 (IC95 0.25-0.37, $p < 0.001$) para el género femenino y 2.1 (IC95 1.78-2.64, $p < 0.001$) para la AC. La S fue del 77% y la E del 53%, con un valor predictivo positivo (VPP) del 0.07 y un valor predictivo negativo (VPN) del 98%.

Conclusiones: Nuestro análisis reveló una correlación significativa e independiente de la edad y el género entre la presencia de AC con la probabilidad de un resultado positivo en el ecocardiograma con estrés. Su especificidad fue baja, lo que sugiere una limitación en su utilidad como único predictor de riesgo.

0033. VALOR PRONOSTICO PARA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DEL DÍMERO D EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA₁ | Vanessa VERON DE OÑÁ₁ | Enrique FAIRMAN₁ | María Florencia AUBONE₁ | Víctor Miguel MAURO₁ | Adrián CHARASKI₁ | Carlos Manuel BARRERO₂
Clínica Santa Isabel₁; Clínica Bazterrica₂

Introducción: El Dímero D (DD) elevado ha demostrado tener valor pronóstico para mortalidad al año luego de una internación por insuficiencia cardíaca descompensada, pero su importancia durante la evolución intrahospitalaria no está definida.

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia de DD elevado en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y si hay diferencias de acuerdo a la fracción de eyección (FEy) preservada o reducida. 2) Analizar el valor pronóstico del DD elevado para mortalidad y evento combinado de muerte + internación prolongada global y de acuerdo a si la fracción de eyección está preservada o no.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos internados en unidad coronaria por insuficiencia cardíaca descompensada que tuvieran disponible el DD de una muestra tomada dentro de las primeras 24 horas del ingreso. Se realizó curva ROC para hallar el valor que con mayor sensibilidad y especificidad predijera mortalidad. También se evaluó el valor pronóstico de acuerdo a si el DD se encontraba elevado o no. Se definió Dímero D elevado: si $\geq 0,5$ ug/ml

Resultados: 627 pacientes incorporados entre abril del 2018 a diciembre 2023. Edad mediana 80 años (73-87), 45% hombres, diabetes: 29,7%, HTA: 81,3%, IAM previo 24,7%, FEy preservada 47,4%, DD elevado 72,9% (FEyP 77,1% vs FEy reducida 22,9%, $p < 0,015$). Mortalidad global 6,2%, internación prolongada 47,7%. Se realizó curva ROC, la que presentó un ABC de 0,53 por lo cual no se utilizó y se analizó a la población de acuerdo a si el DD se encontraba elevado o no. No hubo diferencia estadísticamente significativa en mortalidad intrahospitalaria global de acuerdo a la presencia de DD elevado vs normal (7,4% vs 2,9%, p : NS) ni de mortalidad de acuerdo a la fracción de eyección preservada con DD alto vs normal (6,33% vs 5,23%, p : ns), ni con fracción de eyección deteriorada con DD alto vs normal (6,36% vs 6,36%, p : ns), ni del evento final combinado de muerte + internación prolongada (50,3% en pacientes con DD elevado vs 52,4% de los pacientes con DD en valores normales, p = NS).

Conclusiones: El Dímero D se encuentra por encima del valor normal del laboratorio (0,50 ug/ml) en 7 de cada 10 pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, sin diferencias de acuerdo a valor de FEy. No tiene utilidad pronóstica ni para mortalidad intrahospitalaria ni para el evento combinado de muerte + internación prolongada en ningún subgrupo de fracción de eyección (preservada o no).

0035. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MEDICOS DE DISTINTAS ESPECIALIDADES

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA₁ | Alejandra AVALOS ODDI₂ | Matías PAVESIZ₁ | Matías MIROVSKY₁ | Javier POLLAN₁ | Pascual VALDEZ₁ | Víctor Miguel MAURO₁
Áreas SAC: Área de Investigación₁; Consejos: Aspectos Psicossociales en Cardiología₂

Introducción: Los médicos son conscientes de la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) para disminuir la morbi-mortalidad de la población y por ello recomiendan a sus pacientes mantener hábitos de vida saludables y tener bien controlados los factores de riesgo que requieren medicación. Poco se conoce acerca de la repercusión que tiene ese conocimiento en la propia vida del médico especialista

Objetivos: Analizar la prevalencia de los FRCV en médicos especialistas y establecer si existen diferencias por sexo, edad y especialidad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal realizado mediante una encuesta anónima autoadministrada realizada a médicos especialistas de todo el país acerca de síndrome de burnout (SBO). En el contexto de esa encuesta se recabaron también datos sociodemográficos y de FRCV por autorreporte. El exceso de peso se consideró cuando el índice de masa corporal (IMC) era ≥ 25 . Se excluyeron los registros sin peso y/o altura.

Resultados: 2925 médicos especialistas. 67,5% mujeres. 84% entre 40 y 60 años. La prevalencia autorreportada de Síndrome de Burnout (SBO) fue del 75%. Los factores de riesgo convencionales más prevalentes fueron los antecedentes hereditarios (AHF) 57,4%, el exceso de peso (52,7%), el sedentarismo (44%), seguidos por Dislipemia 21,2%, Tabaquismo 16,5%, Hipertensión 16,4% y Diabetes 4,32%. Los varones tuvieron significativamente más FRCV que las mujeres a excepción del tabaquismo y el sedentarismo que fueron similares en ambos sexos.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular en médicos especialistas (en porcentaje)

	N°	%	TBQ	HTA	DBT	DLP	ECV	SBO	AHF	Sedentarismo	Exceso de peso
Global	2925	100	16,5	16,4	4,32	21,2	8	75	57,4	44	52,7
Clinica	962	33	15	14	3,4	20,7	3,3	75	62,3	42	50,5
Cardiología	315	10,77	11	14	3,8	22	4,2	76	41,3	41	51,4
Cirugía	77	2,63	21	17	1,3	18,4	6,5	88	59,7	37	63,6
Ginecoobstetricia	602	21	20	22	5,3	20,4	6,4	78	59,5	48,7	51,2
Nefrología	139	4,75	19	18	4,4	26	6,6	75	60,9	37	55,4
Gastroenterología	75	2,6	16	13	6,8	26,3	2,6	72	42,1	41	47,4
Pediatría	145	5	10	8	5	14	2,8	79	58,6	50	52
Cuidados intensivos	164	5,6	23	16	3	21,6	4	74	62,8	53	68,9
Otros	200	6,8	18	14	7	21,3	10,2	71	48,7	43	53,5
No reportados	245	8,4	15	22	5	24,8	7,8	88	58,6	46	51,4

Conclusiones: Los médicos especialistas presentan una alta prevalencia de FRC modificables, que se asocian también al AHF, presente en más de la mitad de los médicos. Esta situación de riesgo elevado de eventos afecta más a los varones, los intensivistas y a los mayores de 60 años.

0036. EXCESO DE PESO EN EL INFARTO: ¿ES LO MISMO TENER SOBREPESO QUE OBESIDAD?

Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA¹ | Esteban FRONTERA¹ | Nicole GOULD² | Adrian CHARASK³ | Stella Maris MACIN³ | Enrique FAIRMAN³ | Víctor Miguel MAURO³ | Carlos Manuel BARRERO³

Áreas SAC: Área de Investigación¹; CLÍNICA BAZTERRICA²; GRUPO ARGEN IAM ST³

Introducción: Es sabido que el índice de masa corporal (IMC) tiene implicancias en el riesgo cardiovascular. Actualmente el exceso de peso, que incluye al sobrepeso y la obesidad, es una epidemia creciente en Occidente y el factor de riesgo más frecuentemente hallado en los pacientes con infarto con elevación del segmento ST. El exceso de grasa corporal se asocia con el desarrollo de factores de riesgo aterosclerótico como diabetes, dislipemia e hipertensión y a su vez, con la instauración de un estado inflamatorio y protrombótico por lo que podría ocurrir que la obesidad tenga peores implicancias pronósticas que el sobrepeso en el infarto con elevación del ST.

Objetivos: 1) Analizar cuál es la prevalencia del exceso de peso en los pacientes con infarto con elevación del segmento ST. 2) Evaluar si existen diferencias en las características clínicas, estrategias de reperfusión y evolución intrahospitalaria de los pacientes con exceso de peso de acuerdo a si tienen sobrepeso u obesidad.

Materiales y Métodos: Se trata de un análisis observacional de los pacientes con infarto con elevación del segmento ST incluidos en el registro ARGEN-IAM ST. Se seleccionaron a los pacientes en los que estaba disponible el IMC y dentro de ellos, a los que presentaban exceso de peso, definido como un IMC ≥ 25 . Se consideró sobrepeso cuando el IMC se encontraba entre 25 y 29,9 y obesidad si era de 30 o más.

Resultados: De un total de 6568 pacientes con IMC disponible, 5176 (78%) presentaban exceso de peso. De ellos, un 64% tenía sobrepeso y un 35% obesidad. El grupo con obesidad tuvo menor edad ($59 \pm 11,32$ vs $61 \pm 11,62$, $p < 0,001$), más prevalencia de diabetes mellitus (33% vs 25%, $p < 0,001$), más dislipemia (41% vs 36%, $p < 0,001$), hipertensión arterial (60% vs 52%, $p < 0,001$) y antecedentes hereditarios (17% vs 14%, $p = 0,005$). Asimismo, los obesos presentaron más insuficiencia cardíaca al ingreso (24% vs 22%, $p = 0,02$) y menor tasa de reperfusión (89% vs 90%, $p = 0,03$), sin diferencias en el tiempo total de isquemia (238 minutos vs 225 minutos, $p = 0,10$), enfermedad de dos o más vasos (28% vs 29% $p = 0,36$) y mortalidad intrahospitalaria (7% para ambos grupos). El análisis multivariado mostró que la forma de presentación Killip y Kimball no A (OR 8.03 $p < 0,001$), Fey severa (OR 2.30 $p < 0,001$), lesión en más de un vaso (OR 1.42 $p = 0,002$), edad mayor o igual a 60 años (OR 1.49 $p = 0,001$), el sexo femenino (OR 1.43 $p = 0,005$) y la hipertensión arterial (OR 1.47 $p = 0,002$) fueron predictores independientes de mortalidad, mientras que la obesidad (OR 0.95 $p = 0,70$) no lo fue.

Conclusiones: Los pacientes con exceso de peso son un grupo mayoritario en el infarto y dentro de ellos, el sobrepeso es la categoría de IMC más prevalente. Los pacientes con obesidad comparados con los que tienen sobrepeso, se infartan a menor edad y tienen más prevalencia de otros factores de riesgo como dislipemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus. En cuanto a la presentación clínica los obesos tienen mayor tasa de insuficiencia cardíaca al ingreso y menor de reperfusión aunque esto no se asoció con mayor tasa de complicaciones ni con mortalidad. En el análisis multivariado ni la obesidad no fue un predictor independiente de mortalidad.

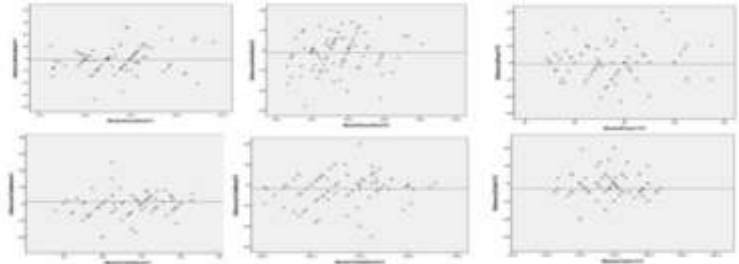
0037. PESO Y ALTURA DE LOS PACIENTES: ¿CONCUERDAN LAS MEDIDAS REALES CON LAS IMPRESIONES SUBJETIVAS DE LOS MÉDICOS?

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Martín GONZÁLEZ ALAK | Flavio Andres DELFINO | Silvia REPETTO | Fernando ROSS | Andres VILELA | Víctor Miguel MAURO | Carlos BARRERO

Clínica Santa Isabel

Introducción: Es habitual ajustar medicaciones al peso de los pacientes y catalogar el exceso de peso de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), sin embargo, pocos profesionales realizan una medida objetiva de dichos parámetros y la mayoría se basa en su impresión personal. ¿Es confiable la subjetividad? ¿podemos prescindir de las medidas objetivas?



Diferencias	media	SD	Media del Error estándar	DI entre medias	Error estándar
Peso (real-Subjet 1)	-1,33	10,34	1,708	-1,316; -3,32; -6,48	10,173
Peso (real-Subjet 2)	-1,23	8,32	0,946	-1,22; -3,11; -5,46	8,76
Altura (real-Subjet 3)	0,89	10,343	1,708	0,683; -2,3; 2,71	10,375

Objetivos: 1) Analizar si hay concordancia entre las medidas reales y las estimadas de peso y altura y 2) Analizar si hay concordancia en las medidas estimadas en

forma subjetiva por dos médicos distintos y 3) analizar qué porcentaje de diferencias entre lo subjetivo y objetivo son clínicamente relevantes.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio trasversal, observacional, descriptivo, realizado en pacientes internados que podían permanecer parados para ser pesados y medidos. Cada paciente fue evaluado por 3 médicos: uno realizaba la medición objetiva de peso y altura y los otros dos revisaban al paciente en distinto momento del mismo día y cada uno consignaba en su hoja de registro los valores estimados. Se utilizó test de Bland Altman para evaluar correlación entre la medida real y la subjetiva 1, la real y subjetiva 2 y entre las dos medidas subjetivas para peso y altura. Se analizaron las diferencias entre las medidas objetivas y las estimadas por cada operador. Se analizó la diferencia entre medianas y rango intercuartilo 25-75%. Arbitrariamente se consideró una diferencia de peso de 5 kilos y de altura de 5 cm como diferencia clínicamente relevante entre las mediciones subjetivas, objetivas e interoperador. Se calculó el porcentaje de dichas diferencias. Criterios de exclusión: embarazadas, caquéticos e internados por síndrome ascítico edematoso o insuficiencia cardíaca.

Resultados: se incluyeron 87 pacientes, 54% varones, edad mediana 59 años (37-72). La tabla 1 muestra las medianas (con RIC 25-75%) de peso y talla tanto objetivas como subjetivas. Comparando una a una las mediciones, se observa que las subjetivas del operador 1 difieren de las objetivas en más de 5 kg en un 60,92% y que un 29,9% difieren en 10 kilos o más. Y las subjetivas del operador 2 difieren de las objetivas en 5 o más kilos en un 58,62% y un 28,8% lo hacen en 10 kilos o más. Entre las mediciones subjetivas de los operadores 1 y 2, hay un 63,22% que difieren en 5 o más kilos y un 43,7% que lo hacen en 10 kilos o más. En cuanto a las diferencias en talla, se observó que un 44,8% de las medidas subjetivas de los operadores 1 y 2 diferían de las objetivas en forma significativa y que un 59,7% de las mediciones interoperador tenían variaciones mayores a 5 cm. En los gráficos de Bland Altman (Figura 1 y tabla 1) puede verse la distribución de las medidas subjetivas con respecto a la real y la distribución entre subjetiva 1 y 2. (arriba es peso, abajo altura; $p < 0,01$)

Conclusiones: No debe utilizarse la impresión subjetiva para peso y altura ya que la falta de correlación es elevada y hay mucha variabilidad interoperador. Conocer esta realidad es fundamental para evitar consecuencias indeseadas en nuestra práctica clínica cotidiana.

0039. CONCORDANCIA ENTRE LAS CATEGORÍAS DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL OBJETIVAS Y LAS ESTABLECIDAS POR SUBJETIVIDAD

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA₁ | Martín GONZÁLEZ ALAK₁ | Silvia REPETTO₁ | Vanessa VERON DE OÑA₁ | Víctor Miguel MAURO₁ | Adrian CHARASK₁ | Enrique FAIRMAN₂ | Carlos Manuel BARRERO₁

Clínica Santa Isabel₁; Clínica Bazterrica₂

Introducción: Las categorías de índice de masa corporal (IMC) se utilizan para diagnosticar la situación nutricional y en base a ellas se realizan indicaciones de dieta, ejercicio o medicación específica para lograr o mantener un peso saludable. Si bien el IMC es una herramienta sencilla de obtener, el peso y la altura de los pacientes no son datos que se recaben habitualmente al momento de realizar el examen físico y los médicos categorizan a los pacientes de acuerdo con su impresión subjetiva. ¿Es confiable la subjetividad? ¿podemos prescindir de las medidas objetivas?

Medidas Objetivas		Subjetivas 1				Subjetivas 2			
N:87		BP	NP	SP	Obeso	BP	NP	SP	Obeso
	n	6	37	25	19	6	43	21	17
BP	8	5	2	1	0	4	4	0	0
NP	26	1	22	2	1	2	21	2	1
SP	35	0	12	18	5	0	17	11	7
Obeso	18	0	1	4	13	0	1	8	9

Kappa de Cohen				
	Bajo peso	Normo peso	Sobrepeso	Obesidad
Subjetivo 1 vs objetivo	0,69	0,53	0,39	0,62
Subjetivo 2 vs objetivo	0,53	0,37	0,13	0,39
Subjetivo 1 vs 2	0,64	0,53	0,17	0,44

Objetivos: 1) Analizar si hay concordancia entre las categorizaciones del índice de masa corporal por medidas objetivas y por impresiones subjetivas, 2) Analizar si hay concordancia en la categorización por impresión subjetiva de dos médicos distintos.

Materiales y Métodos: estudio transversal, descriptivo, observacional y unicéntrico, en el que se incluyeron pacientes internados que podían permanecer parados para ser pesados y medidos. Cada paciente fue evaluado por 3 médicos: uno realizaba la medición objetiva de peso y altura, los otros dos (en adelante: subjetivo 1 y 2) revisaban al paciente en distintos momentos del mismo día y cada uno consignaba en la hoja de registro a qué categoría del IMC pertenecía cada paciente, de acuerdo con su impresión subjetiva. Las categorías fueron establecidas de acuerdo con el criterio objetivo en: bajo peso si IMC < 18, normo peso si IMC entre 18,1 y 24,9, sobrepeso si IMC entre 25 y 29,9 y obesidad si IMC era mayor a 30. Se utilizó la prueba de Kappa de Cohen para analizar el grado de concordancia estableciendo un valor mayor a 0,6 para considerarla buena. Criterios de exclusión: embarazadas, desnutridos e internados por síndrome ascítico edematoso o insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes, 54% varones, edad mediana 59 años (RIC 37-72). De acuerdo a las medidas objetivas hubo un 9,2% (8 personas) en la categoría BP, un 33,3% (26 p) en NP, un 36,7% (35 p) en SP y 20,6% (18 p) obesos. La tabla 1 muestra las categorías por mediciones objetivas de los pacientes y como muchos de ellos son asignados a otras categorías de acuerdo a la subjetividad de los operadores. Las impresiones subjetivas 1 y 2 concordaron con las objetivas en un 65,5% y en un 51,7%, respectivamente. Y la concordancia entre ambas mediciones subjetivas fue del 60,91%. El valor de Kappa de Cohen para cada categoría se muestra en la tabla 2 (todas las p fueron < 0,001)

Conclusiones: Las categorías de IMC obtenidas mediante impresión subjetiva no concuerdan adecuadamente con las obtenidas de forma objetiva. Las impresiones subjetivas tienden a infraestimar el bajo y el sobrepeso, y sobreestimar el normo peso. Es en el bajo peso donde hay mayor concordancia entre lo objetivo y lo subjetivo. No hay buena concordancia interobservador. Los médicos deberíamos incorporar las mediciones objetivas a la práctica diaria y no basarnos en impresiones personales.

0040. EL LUGAR DE LA BENDOPNEA, UN NUEVO SÍNTOMA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Giuliana Ayelén TRESENZA | Ana Inés María VINUESA | Guillermo LINIADO
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La bendopnea es un síntoma descripto recientemente que se caracteriza por la presencia de disnea al flexionarse desde la posición sentada hacia delante o agacharse. Hemodinamicamente, esta postura aumenta la poscarga del ventrículo izquierdo y aumenta la precarga del mismo al aumentar la presión intraabdominal por lo que en pacientes (p) con insuficiencia cardíaca (IC) esta maniobra puede producir disnea.

Objetivos: Determinar la prevalencia y las características clínicas y ecocardiográficas que se asocian a bendopnea en una cohorte de pacientes con IC y compararlas con p. con IC pero que no presentan este síntoma.

Pacientes	Total	Bendopnea -	Bendopnea +	P
	181 (100%)	137 (75%)	44 (24%)	
Cuadras (n)		20,2 ± 14,9	8,8 ± 10,1	0,004
Disnea	115 (63,5%)	78 (57%)	37 (84%)	0,01
Ortopnea	89 (49%)	60 (44%)	29 (66%)	0,006
DPN	18 (10%)	6 (4%)	12 (27%)	4E-05
Saciedad precoz	58 (32%)	38 (27,7%)	20 (45%)	0,02
Plenitud postprandial	53 (29%)	26 (19%)	27 (61%)	<0,01
Reflujo hepatoyugular	50 (27%)	33 (24%)	17 (38%)	0,04
Rales	19 (10%)	10 (7%)	9 (20%)	0,01
Hepatomegalia dolorosa	19 (10%)	10 (7%)	9 (20%)	0,01
Edemas MMII	48 (26%)	30 (21%)	18 (41%)	0,009
Relación E/e'		13,7 ± 6,5	16,1 ± 8,7	0,06
TAPSE (mm)		19,7 ± 4,7	17,8 ± 5,1	0,05

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva que incluyó a todos los p ambulatorios consecutivos con IC entre febrero de 2023 a marzo de 2024. Se analizaron las características demográficas, los factores de riesgo cardiovascular, las comorbilidades, los hallazgos clínicos y ecocardiográficos de los pacientes con y sin bendopnea. Para las variables dicotómicas se empleó el chi cuadrado y para las variables continuas, la prueba de T para datos no apareados. Se consideró $p = 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: De los 181 pacientes analizados, 44 (24,3%) manifestaron bendopnea como síntoma. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la edad ($62,3 \pm 11,6$ vs $62 \pm 10,5$ $p=0,87$), sexo masculino (77% vs 77% $p=0,48$), hipertensión arterial (55% vs 47% $p=0,16$), diabetes (30% vs 34% $p=0,32$), dislipemia (45% vs 45% $p=0,45$), obesidad (38% vs 50% $p=0,11$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6,5% vs 9% $p=0,29$), ni en la etiología isquémica de la insuficiencia cardíaca (11,6% vs 13,6% $p=0,17$). Sin embargo, se observó una mayor prevalencia de tabaquismo en el grupo con bendopnea (35% vs 59% $p=0,005$). Los pacientes con bendopnea mostraron más disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, saciedad precoz, plenitud postprandial y menor capacidad funcional expresado como menor número de cuerdas caminadas. Los pacientes con bendopnea presentaban una mayor incidencia de reflujo hepatoyugular, rales, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores. No se observaron diferencias significativas en peso (83,9 kg vs 85,9 kg $p=0,5$) e índice de masa corporal ($1,95 \text{ kg/m}^3$ vs $1,99 \text{ kg/m}^2$ $p=0,38$). En relación a los hallazgos en el ecodoppler cardiaco y tisular, en los pacientes con bendopnea se observó una tendencia hacia una mayor relación E/e' en el grupo de bendopnea, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: La bendopnea tuvo una prevalencia semejante a las publicaciones internacionales. Se asoció de forma significativa con otros signos y síntomas de insuficiencia cardíaca y a mayor deterioro de la capacidad funcional. Se observó mayor deterioro de la función sistólica del VD y un posible aumento de las presiones del llenado del VI. La mayor prevalencia de tabaquismo en el grupo bendopnea no está previamente descrita. La ausencia de diferencia del IMC desafía la noción de la obesidad está relacionada con la bendopnea.

0041. DESEMPEÑO DEL PUNTAJE DE DAVIES Y DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Fabian Alejandro AZZARI | Leonardo KRSTICEVIC
Hôpital de Rimouski / CISSS de Bas St Laurent

Introducción: Un adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes con amiloidosis cardiaca por transtiretina (ACT) permite retardar la progresión de dicha patología. La incorporación de puntajes de riesgo y de imágenes no invasivas ha facilitado la identificación precoz de dichos pacientes.

Objetivos: Comparar el desempeño del puntaje de Davies (PDAV) y de los parámetros ecocardiográficos (PECO) en el diagnóstico de la ACT mediante centellografía con pirofosfato Tc99m (CPIR).

TABLA 1

	CPIR NEGATIVA	CPIR POSITIVA	p
N	152	29	
Edad (años)	78,0	78,0	ns
Sexo <5% Alcoa	34,9%	28,2%	ns
Sexo Masculino	67,1%	64,6%	0,03
Hipertensión Arterial	67,8%	48,2%	0,01
Ratio Codones Ligeros N/A	1,38	1,29	ns
Enfermedad Coronaria	46,8%	38,8%	ns
Ritmo Sinusal	32,2%	17,9%	ns
FA Paroxística / Permanente	63,8%	62,0%	ns
Compañía Válvula Aorta	10,5%	7,7%	ns
Marcapasos	24,3%	38,3%	ns
Tumor Cardíaco	7,9%	38,5%	<0,0001
Puntaje Davies	5	6	<0,0001
Puntaje Davies III	34,2%	74,4%	<0,0001
FEVI (%)	57	53	ns
FEVI < 50%	27,6%	35,9%	ns
Diámetro diástole VI (mm)	47	46	ns
Septum (mm)	11,8	13,9	0,001
Pared Posterior (mm)	9	12	<0,0001
Espesor Parietal Relative	9,84	9,82	0,9991
SLG (%)	-13,9	-11,0	0,005
SLG Escalado	81,8%	59,0%	ns
FEVI / SLG	3,9	4,5	ns
Mortalidad Alajada	9,2%	38,5%	<0,0001
Seguimiento (Meses)	16,1	30,4	<0,0001

FA: Fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; SLG: strain longitudinal global.

TABLA 2

Parámetro	Mediana	Desviación Estándar	Valor p	Mediana	Desviación Estándar	Valor p
FEVI	>5	0,350	<0,0001	74,4%	68,8%	35,9%
FEVI	>0,6	0,294	<0,0001	41,3%	34,1%	64,9%
FEVI (%)	>51	0,221	<0,0001	63,3%	64,4%	57,3%
SLG (%)	>-12	0,889	0,863	65,3%	71,0%	35,7%
SLG Escalado	>82	0,669	0,0004	83,8%	83,6%	32,0%
FEVI / SLG	>4,3	0,619	ns	60,9%	64,0%	29,9%
FEVI / SLG	>5,5	0,572	ns	64,1%	59,3%	34,9%
Preservación apical				63,8%	45,1%	25,3%

Pared posterior = pared posterior; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo; Preservación apical = patrón de strain con preservación apical.

Materiales y Métodos: Registro retrospectivo de pacientes que pasaron una CPIR por sospecha de ACT. La CPIR se consideró positiva cuando el puntaje de Perugini fue 2 o 3. Las variables continuas se mostraron con su mediana y fueron comparadas por la prueba de Mann-Whitney. Las variables categóricas fueron comparadas por la prueba de Chi cuadrado (Chi2) y la distribución lineal de las mismas por Chi cuadrado de tendencia (ChiT). Para cada paciente se calculó el PDAV. Los PECO evaluados fueron el diámetro del septum interventricular, así como de la pared posterior, el espesor parietal relativo (EPR), el strain longitudinal global (SLG), la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), la razón FEVI/SLG y el patrón de disminución de strain con preservación apical. Para cada parámetro se calculó la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos negativo (VPN) y positivo (VPP), así como la curva ROC (para las variables continuas).

Resultados: Entre 2019 y 2024 se indicaron 191 CPIR, de las cuales 39 fueron positivas (20,4 %). Se logró una adecuada evaluación del SLG en 61,3% de los pacientes. En la TABLA 1 se muestran las características clínicas y los PECO según el resultado de la CPIR. En la TABLA 2 se muestran los parámetros estadísticos de desempeño para el PDAV y los PECO. El

porcentaje de pacientes con CPIR positiva aumento progresivamente dependiendo del PDAV (35.8% si ≥ 6 , 13.2% si 4-5 y 0% sin ≤ 3 , ChiT 22.4, $p < 0.0001$). Esta relación variaba significativamente según la presencia (81.3, 22.2 y 0%, ChiT 10.3, $p = 0.001$) o ausencia de afectación del túnel carpiano (25.0, 11.9 y 0%, ChiT 11.3, $p < 0.001$).

Conclusiones: Los PECO, así como el PDAV mostraron un pobre VPP y un alto VPN para el diagnóstico de ACT, siendo el espesor parietal relativo el que mejor balanceo dichos valores. El PDAV mostró en nuestra práctica clínica un desempeño similar al reportado en la bibliografía. El desempeño diagnóstico del mismo mejoró al incorporar el antecedente de afectación del túnel carpiano.

0046. CAPACIDAD PREDICTORA DE MORTALIDAD DE LAS REDES NEURONALES ARTIFICIALES EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Medicina Digital e Inteligencia artificial / Cardiopatía Isquémica

María Florencia HERMAN CAVARRA | Ana Belén VALDÉS | Josefina STRUZKA | María Jimena GAMBARTE | Claudio HIGA
Hospital Alemán

Introducción: La estratificación de riesgo es de relevancia práctica al momento de la toma de decisiones en síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST). Las redes neuronales artificiales, han demostrado ser herramientas predictivas de utilidad con capacidad superior a la regresión logística convencional sobre todo ante asociaciones no lineales.

Objetivos: Evaluar la capacidad discriminatoria de mortalidad hospitalaria de las redes neuronales artificiales en una población no seleccionada de SCASEST.

Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos con pacientes incluidos consecutivamente con diagnóstico de SCASEST de un Hospital de Comunidad (2010-2024). Se entrenaron redes neuronales comparando tanto modelos (perceptrón multicapa y base radial), arquitecturas (número de capas ocultas y neuronas) y funciones de activación neuronal (hiperbólica tangente, softmax, sigmoidea) para las capas ocultas y de salida. Las variables de la base de datos analizadas fueron de tipo demográficas, factores de riesgo coronario, antecedentes (cardiovasculares y no cardiovasculares), medicación y procedimientos previos a la internación, signos vitales al momento de la admisión, clase Killip de ingreso, patrones electrocardiográficos, elevación de troponina T sérica, de creatinina sérica, de glucemia, recuento de glóbulos blancos en la admisión, función ventricular izquierda determinada por ecocardiograma, procedimientos invasivos y eventos clínicos ocurridos durante la internación. Se evaluó la capacidad discriminativa de eventos mediante análisis del área bajo la curva ROC como así también el análisis de sensibilidad para identificar las variables con mayor importancia normalizada independiente para cada modelo. Se evaluó también la sensibilidad, especificidad, likelihood ratio positivo y negativo. Los análisis estadísticos y el modelaje de la red neuronal se realizaron utilizando el programa SPSS 26.0 Statistics (IBM). La comparación de áreas bajo la curva ROC se realizó mediante Test de De Long. El punto final del análisis fue la mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se analizaron en total 1550 pacientes con SCASEST: 932 (60%) anginas inestables y 618 (40%) IAM sin elevación del segmento ST. La edad media fue de 66.8 ± 16 años y 21% fueron mujeres. La mortalidad hospitalaria fue del 3.5%. En la capa de entrada ingresaron 57 variables de la base de datos de SCASEST (50 cofactores y 7 covariables). Las arquitecturas neuronales de los modelos con mayor rendimiento fueron: PM de una capa oculta (57/1 capa de 10 neuronas/2), PM con dos capas ocultas (57/una capa con 14 y otra capa de 11 neuronas/2), base radial (57/9/2). Las funciones de activación aplicadas fueron la hiperbólica tangente para las neuronas de la capa oculta y softmax para las neuronas de la capa de salida. En la Tabla 1 se observan las áreas bajo la curva ROC, la sensibilidad, especificidad, likelihood ratio + y likelihood ratio - de los modelos de redes neuronales artificiales: PM de una capa, PM de dos capas y de base radial. Los modelos con mejor capacidad discriminativa de mortalidad fueron el PM de una capa y el de base radial de acuerdo al Test de De Long.

Conclusiones: De acuerdo al presente análisis, las redes neuronales artificiales como máquinas de aprendizaje tienen una adecuada capacidad discriminativa de mortalidad hospitalaria en pacientes con SCASEST. Su aplicación puede constituirse en el futuro en una valiosa herramienta auxiliar para colaborar en la toma de decisiones estratégicas en estos pacientes.

Modelos de RN	Área ROC (IC 95%)	Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR-
PM una capa oculta	0.95 (0.92-0.97)	97.2	82.3	7.1	0.01
PM dos capas ocultas	0.87 (0.81-0.90)	90.6	77.8	4.08	0.12
Base radial	0.93 (0.87-0.95)	96.1	80.3	6.89	0.02
Test de De Long					
	PM 1 capa vs PM 2 capas	PM 1 capa vs Base radial	PM 2 capas vs base radial		
p	0.032	1.45			0.034

RN : redes neuronales
PM : Perceptron multicapa

Tabla 1. Áreas bajo la curva ROC, especificidad, sensibilidad, likelihood ratio positivo y likelihood ratio negativo en los modelos de RN
Test de De Long comparando áreas bajo la curva ROC de los modelos de redes neuronales artificiales.

0049. ¿MAYOR RIESGO DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA? UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA CON ESTRÉS EN PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Cardiopatía Isquémica

Gustavo STAMPONE | Julián CASTRO | Gerardo MASSON | Santiago LYNCH | Pablo Guillermo STUTZBACH
Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: La elevación de la lipoproteína (a) (Lp(a)) constituye un factor de riesgo genético e independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, habiéndose establecido su papel causal en la aterosclerosis. La presencia de isquemia miocárdica ha demostrado predecir mayor probabilidad de eventos cardiovasculares en ciertas poblaciones. Sin embargo, no existen recomendaciones en pacientes con Lp(a) elevada.

Objetivos: Comparar la prevalencia de isquemia miocárdica en una población con Lp(a) aumentada con otra normal. Analizar la asociación entre Lp(a) elevada y la presencia de isquemia o necrosis en ecocardiograma con stress

Materiales y Métodos: Se reclutaron 480 pacientes con mediciones de Lp(a) en nmol/L entre 2019 y 2021, todos los cuales habían sido sometidos al menos a un ecocardiograma con estrés en nuestro centro. 167 pacientes tenían una Lp(a) > 75 nmol/L. La edad media fue de 57 años (± 10.5), con un 35% de mujeres. La mediana de Lp(a) fue de 36 (rango intercuartílico 20 - 138), y 37 pacientes (7.7%) presentaron un ecocardiograma con estrés positivo (isquemia o necrosis). Se emplearon pruebas T de Student y U de Mann-Whitney para comparar medias y medianas, respectivamente, y la prueba de Chi2 para evaluar variables categóricas. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Se realizó un modelo de regresión logística escalonada hacia atrás para identificar las variables independientes asociadas al estrés positivo.

Resultados: 20 pacientes (6,4%) presentaban isquemia en el grupo con Lp(a) normal vs 17 (10.2%) en el grupo con Lp(a) aumentada con una $p 0.2$. Observamos una asociación entre una mayor edad (66 vs. 56 años, $p < 0.001$) y el sexo masculino (9.7% vs. 4.1%, $p 0.03$) con la probabilidad de presentar un ecocardiograma con estrés positivo. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en los niveles de Lp(a) (35 vs. 51, $p 0.07$) y la probabilidad de un ecocardiograma con estrés positivo, tampoco al evaluar su asociación específicamente con la presencia de necrosis ($p 0.6$). En el modelo de regresión logística, se mantuvieron como variables independientes asociadas la edad (OR 1.109, IC95 1.058 - 1.162, $p < 0.001$) y el sexo femenino (OR 0.22, IC95 0.064 - 0.76, $p 0.01$).

Conclusiones: Nuestro estudio no encontró diferencias significativas en la prevalencia de isquemia entre los pacientes con Lp(a) aumentada y normal. No se halló una asociación significativa entre los niveles elevados de Lp(a) y la probabilidad de presentar un ecocardiograma con estrés positivo.

0050. HERRAMIENTA DE FENOMAPEO Y PUNTUACIÓN CLÍNICA PARA IDENTIFICAR BAJA EFICIENCIA DIURÉTICA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: IMPLICANCIAS CLÍNICAS INTRAHOSPITALARIAS Y A LOS 90 DÍAS

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Investigación Básica

Lucrecia Maria BURGOS | Rocio BARO VILA | Franco BALLARI | María Antonella DE BORTOLI | Mirta DIEZ
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) muestran respuestas diversas a la terapia diurética. Recientemente, se ha identificado el uso de un puntaje de riesgo basado en machine learning en una cohorte de pacientes con ICA para predecir la resistencia a los diuréticos. Sin embargo, su impacto pronóstico no está completamente claro.

Objetivos: Evaluar una puntuación de riesgo para la identificación de pacientes con ICA y baja eficiencia diurética (ED). Además, investigamos las implicancias en eventos clínicos intrahospitalarios y a los 90 días.

Materiales y Métodos: Se incluyeron participantes con ICA del ensayo CAVAL US-AHF. CAVAL US-AHF fue un ensayo controlado aleatorio iniciado por investigadores, de un solo centro, con cegamiento simple. Se calculó la puntuación BAN-ADHF: nitrógeno ureico en sangre, creatinina, niveles de péptido natriurético, fibrilación auricular, presión arterial diastólica, hipertensión arterial, dosis diurético domiciliaria, y previa hospitalización por insuficiencia cardíaca. Un puntaje BAN-ADHF más alto (≥ 12) se definió como un grupo de baja ED. El punto final primario fue la ED, evaluada usando la relación entre la diuresis total durante la hospitalización en ml sobre la dosis total de furosemida en mg recibida. Como resultado secundario, evaluamos las asociaciones del puntaje BAN-ADHF con el empeoramiento de la insuficiencia renal en el hospital, la duración de la estadia hospitalaria, la congestión al alta y el punto final compuesto de readmisión por ICA, visita no planificada por empeoramiento de la ICA o muerte a los 90 días.



Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. La edad media fue de 76.7 ± 13 años, el 68.3% eran hombres y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue del $44\% \pm 15$. Los pacientes tenían una alta prevalencia de comorbilidades como hipertensión arterial 75.8%, fibrilación auricular 53%, anemia 34.8% y enfermedad renal crónica 42.4%. De los 60 pacientes incluidos, el 20% (n= 12) tuvieron un puntaje BAN-ADHF de 12 o más. El ED promedio para toda la muestra fue de 33.32ml/mg. Utilizamos para separar grupos con mayor (≥ 33) o menor (< 33) ED. Un puntaje BAN-ADHF más alto se asoció con un ED bajo (< 33), OR 0.86 (IC del 95% 0.75-0.99, P= 0.044). Hubo una reducción no significativa en el NT proBNP en el grupo BAN-ADHF < 12 en comparación con el grupo ≥ 12 (mediana de reducción de NT proBNP del 47%, IQR 16.75-67.67 y 29.71%, IQR3.71-47.91, respectivamente), p= 0.11. La estancia hospitalaria media fue similar para ambos grupos de puntaje BAN-ADHF, 4 días, en comparación con 3.33 días respectivamente, P= 0.55. Se encontró una disminución no significativa en el punto final combinado de readmisión por ICA, empeoramiento de la insuficiencia cardíaca o muerte a los 90 días (33.3% en el grupo de puntaje más bajo vs 45.45% en el grupo de puntaje más alto, p= 0.44). El puntaje BAN-ADHF no se asoció con congestión sub clínica residual al alta.

Conclusiones: El puntaje BAN-ADHF identificó pacientes con ICA que exhiben resistencia a diuréticos y eficiencia diurética reducida. Sin embargo, este modelo no predijo resultados clínicos a los 90 días ni la reducción en los niveles de NTproBNP durante la admisión o la estancia hospitalaria. Es necesaria una muestra de mayor tamaño para poder valorar los puntos finales secundarios clínicos.

0052. EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE ECOGRAFÍA INTRACARDIACA PARA GUIAR EL ABORDAJE TRANSEPTAL EN ABLACIÓN DE ARRITMIAS CARDIACAS

Arritmias y Electrofisiología

Iris Mariana SANCHEZ | Guillermo Alejandro CARNERO | Nicolas Mario MARTINENGHI | Josue David YANEZ | Mauricio Andres MYSUTA | Damián AZOCAR
Clínica Zabala

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 de nuevas tecnologías requiere realizar la curva de aprendizaje para su adecuada utilización.

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

Materiales y Métodos: Serie de casos consecutivos de pacientes en quienes se realizó abordaje transeptal guiado con EIC independientemente del sustrato abordado. La sonda de EIC se introdujo a través de introductor de 10 a 12 FR por acceso venoso femoral y fue progresada hasta aurícula derecha desde donde fue visualizado el septum interauricular. Se realizó anticoagulación con heparina sódica antes de realizar la punción transeptal y no se utilizó material de contraste.

Resultados: Periodo de inclusión marzo del 2020 a marzo del 2024. Se incluyeron 86 pacientes siendo hombres 71%, edad promedio 55 años. El sustrato abordado fue fibrilación auricular 67.4%, vías accesorias izquierdas 15.1%, taquicardia ventricular izquierda 15.1%, aleteo auricular izquierdo 1.1%, extrasistolia supraventricular izquierda 1.1%. 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, pudiendo 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.

POBLACIÓN	
Nº	86
Edad años (min-max)	55 (14-81)
Hombres (%)	61 (71%)
Mujeres (%)	25 (29.0%)
SUSTRATO	
Fibrilación auricular	58 (67.4%)
Vías izquierdas	13 (15.1%)
TV izquierda	13 (15.1%)
Aleteo auricular izquierdo	1 (1.1%)
Extrasistolia supraventricular izquierda	1 (1.1%)

0053. PINCHAME DESPACIO QUE ESTOY APURADO. EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE PUNCIÓN EN PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS INVASIVOS CON Y SIN GUÍA ECOGRÁFICA

Arritmias y Electrofisiología

Damián AZOCAR | Iris SANCHEZ | Josue David YANEZ | Luciano GOLDSMAN | Martin SCHICK | Mariana GALANTE

Clínica Zabala

Introducción: Las complicaciones vasculares son las más frecuentes en los procedimientos electrofisiológicos invasivos. La guía ecográfica permite realizar punciones bajo visión directa y así mejorar la seguridad de estas intervenciones. Sin embargo, sigue siendo subutilizada en nuestro medio. Esto se debe, al menos en parte, a la creencia de que prolonga los tiempos para el acceso vascular.

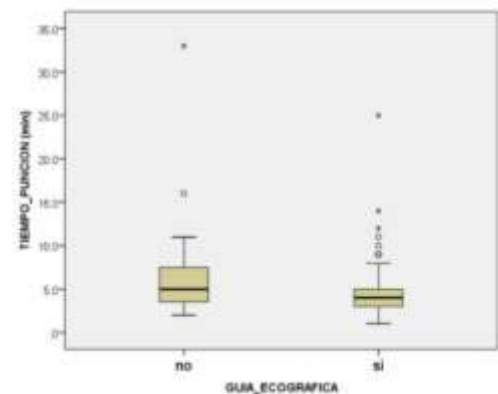
Objetivos: El objetivo principal de este estudio es comparar los tiempos relacionados al acceso vascular en procedimientos electrofisiológicos entre pacientes con punciones con guía ecográfica y aquellos guiados por palpación con reparos anatómicos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico por el mismo equipo médico. Fueron incluidos de manera consecutiva todos los pacientes a los que en el periodo entre junio 2023 y marzo 2024 se les realizó un procedimiento electrofisiológico invasivo por vía femoral. Se analizó el tiempo de punción (TP) definido como el transcurrido entre la infiltración anestésica y la colocación de todos los introductores necesarios para iniciar el procedimiento. Se comparó este indicador entre los pacientes con punciones con y sin guía ecográfica. Se realizó una regresión lineal para evaluar posibles confundidores explorando las siguientes variables de ajuste: tipo de procedimiento, edad, IMC experiencia del operador (fellow/staff) y cantidad de introductores.

Resultados: Fueron incluidos 104 pacientes, 89 casos (86%) fueron realizados con guía ecográfica y 15 casos (14%) sin guía ecográfica. 57 hombres (55%), edad media de 49 años (DE +/- 18), IMC medio 26.1 (DE +/- 6), 79 % fueron ablaciones y 21 % estudios electrofisiológicos. El 67 % de las punciones las efectuaron médicos de staff. La cantidad de introductores por paciente fueron: 1 (11%), 2 (48%), 3 (39%), 4 (2%). No hubo diferencias significativas entre grupos (con y sin guía ecográfica) en las variables mencionadas. El TP medio del total de la muestra fue de 5 min (IC 95%: 4.2 - 5.9), siendo en el grupo sin guía ecográfica de 7.6 min (IC 95%: 3.2 - 12), mientras que en el grupo con guía ecográfica fue 4.6 min (IC 95%: 3.9 - 5.4) ($p=0.06$). Al ajustar por otras variables se evidenció que el tiempo de punción disminuyó significativamente cuando la punción fue guiada por eco ($\beta = -2.6$, $p = 0.18$), cuando la punción fue realizada por medico staff en comparación a fellow ($\beta = -3.8$, $p < 0.001$) y aumentó con la cantidad de introductores ($\beta = 1.9$, $p = 0.001$)

Conclusiones: La realización de punciones vasculares guiadas con ecografía redujo los tiempos para el acceso vascular en comparación con el método guiado por palpación.

Gráfico 1. Distribución de tiempos de punción según método de punción utilizado.



0062. ASISTENCIA CIRCULATORIA MECÁNICA EXTRACORPÓREA POST TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular / Enfermedad Vasculat Pulmonar

Brunella BERTAZZO | Alejandro CICOLINI | Martin Ernesto FANILLA | Liliána Ethel FAVALORO | Jorge Osvaldo CANEVA | Roberto Rene FAVALORO

Fundación Favaloro

Introducción: La tromboendarterectomía pulmonar (EP) es el tratamiento de elección para determinados pacientes con enfermedad tromboembólica crónica. En el postoperatorio inmediato, algunos pacientes pueden presentar complicaciones potencialmente mortales como injuria pulmonar por reperfusión, sangrado de la vía aérea, hipertensión pulmonar persistente con la consecuente disfunción del ventrículo derecho. Estas interurrencias podrían requerir asistencia circulatoria mecánica con membrana oxigenadora extracorpórea (ECMO) como puente a la recuperación o al trasplante pulmonar.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar nuestra serie de tromboendarterectomías pulmonares que recibieron ECMO como así también intentar identificar posibles factores de riesgo, factores de mal pronóstico y su mortalidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo, observacional y retrospectivo de todas las tromboendarterectomías pulmonares realizadas en el Hospital Universitario Fundación Favaloro entre marzo de 2013 y diciembre de 2023. De este grupo se realizó un subanálisis de aquellos pacientes que recibieron asistencia circulatoria con ECMO.

Resultados: Un total de 42 pacientes fueron sometidos a tromboendarterectomía pulmonar entre marzo de 2013 y diciembre de 2023, la mediana de edad fue de 47 años (RIC 26-76), el 59,5% fue género femenino. Se evidencia que una severa dilatación del ventrículo derecho (> 57,4 mm) en el ecocardiograma preoperatorio constituye un factor de riesgo para la asistencia con ECMO ($p < 0,02$). En cuanto al cateterismo derecho preoperatorio, se observó que un gasto cardiaco menor a 3,3 lts/min y un índice cardiaco menor a 1,8 lts/min/m² ($p < 0,004$ y $p < 0,005$ respectivamente), como así también presiones de llenado tanto derechas como izquierdas mayores a 15 mmHg ($p < 0,0004$ y $p < 0,003$ respectivamente) y resistencias vasculares totales mayores a 1457 dyn*s/cm⁵ ($p < 0,0002$) son factores de riesgo para la asistencia con ECMO post-tromboendarterectomía pulmonar de manera estadísticamente significativa. La incidencia de pacientes asistidos con ECMO fue de 26,6% (11/42), de ellos el 53,6% (7/11) fue ECMO veno-venoso, el resto (4/11) fue ECMO veno-arterial. La mortalidad dentro del grupo ECMO representa el 45,5% (5/11). Dentro de cada configuración, la mortalidad para el grupo ECMO VA fue del 100% (4/4), mientras que para el grupo ECMO W fue del 14,2% (1/7) ($p < 0,0001$), evidenciando que la asistencia cuando es pulmonar tiene un mejor pronóstico. Dentro del grupo ECMO, los pacientes que fallecieron tuvieron las resistencias vasculares pulmonares totales (RVPT) postoperatorias más altas que aquellos que no fallecieron (1848 ± 656 mmHg vs 1131 ± 446 mmHg respectivamente) con una tendencia estadística ($p < 0,06$). Por otro lado, dentro de los pacientes que fallecieron en el grupo con ECMO el 80% (4/5) de ellos tenían una clase funcional avanzada. En cuanto a la hipertensión pulmonar residual (HTP) definida como PAPm >30 mmHg, hallamos una incidencia del 72% para el grupo con ECMO vs el 12,9% para el grupo sin ECMO siendo estadísticamente significativa ($p < 0,0002$). Además, hubo una significancia estadística en cuanto a la mortalidad de este subgrupo, ya que el 80% (4/5) de los pacientes que fallecieron tenían HTP residual con PAPm >30 mmHg ($p < 0,006$).

Conclusiones: La dilatación severa del ventrículo derecho, un bajo índice cardiaco, altas presiones de llenado y altas resistencias vasculares pulmonares totales constituyen un factor de riesgo para la asistencia posterior a una EP. El ECMO constituye una herramienta eficaz para el soporte cardiopulmonar post EP, principalmente ECMO W.

0063. DELIRIUM EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN CCV

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Giuliana Ayelén TRESENZA¹ | Diego Agustín CRIPPA² | Melisa ANTONIOLLI² | Juan GAGLIARDI¹

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich¹; Sanatorio Finocchietto²

Introducción: El delirium está descrito como una manifestación común pero subestimada en contexto del postoperatorio de cirugía cardiovascular y representa un desafío clínico significativo. A pesar de los avances en la atención médica y quirúrgica, la incidencia de delirium persiste elevada, con consecuencias adversas que afectan tanto a los pacientes como a los sistemas de salud.

Objetivos: Determinar la prevalencia, las características clínicas, y los factores de riesgo asociados con la aparición de delirium en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se realizó un subanálisis del registro Argen-CCV de cirugía cardiovascular. Se trata de un registro prospectivo, multicéntrico, de carácter nacional, intersocietario, organizado por la Sociedad Argentina de Cardiología y el Colegio de Cirujanos Cardiovasculares.

Resultados: De un total de 1515 pacientes incluidos, se detectó una prevalencia de delirium postoperatorio del 9,1% (137 pacientes). La edad promedio de la población general fue de 64 años, mientras que aquellos que desarrollaron delirium tuvieron una edad promedio de 68 años ($p = 0,0001$). Los pacientes que desarrollaron delirium presentaban mayor prevalencia de: sexo masculino, hipertensión arterial, tabaquismo, vasculopatía periférica,

Pacientes	Total	Delirio-	Delirio+	P
	1515	1368 (90,1%)	137 (9,1%)	
Sexo masc.	1122 (74%)	1013 (74%)	109 (80%)	0,007
HTA	1159 (77%)	1043 (76%)	116 (85%)	0,01
DBT	436 (29%)	391 (29%)	45 (33%)	0,15
Tabaquismo	234 (15%)	204 (15%)	30 (22%)	0,0013
Inmunodeficiencia	18 (1%)	13 (1%)	5 (4%)	0,01
AHF de EC	159 (10%)	137 (10%)	22 (16%)	0,01
Vascular periférico	141 (9%)	120 (9%)	21 (15%)	0,009
EPOC	106 (7%)	86 (6%)	20 (15%)	0,0001
Drogas	12 (1%)	7 (1%)	5 (4%)	0,008
Acohol	226 (15%)	195 (14%)	31 (23%)	0,02
Fragilidad	90 (6%)	65 (5%)	25 (18%)	<0,0001
Cx combinada	247 (16%)	217 (16%)	30 (22%)	0,03
ArgenScore		132	207	0,006
Transf	500 (33%)	439 (32%)	61 (45%)	0,002
CEC (min)		105	121	0,00034
ARM prol.	140 (9%)	104 (8%)	36 (26%)	<0,0001
SBVM	235 (16%)	194 (14%)	41 (30%)	<0,0001
FA	361 (24%)	303 (22%)	58 (42%)	<0,0001
IR	201 (13%)	155 (11%)	46 (34%)	<0,0001
ACV	50 (3%)	39 (3%)	11 (8%)	0,002
Sepsis	89 (6%)	62 (5%)	27 (20%)	<0,0001
Días internación		10	19	<0,01
FA POP	248 (16%)	219 (16%)	19 (14%)	0,0061

inmunocompromiso, antecedentes heredofamiliares de enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, abuso de alcohol, consumo reciente de drogas ilícitas y mayor fragilidad. Con respecto a variables prequirúrgicas se encontró que los pacientes con delirium tenían más enfermedad coronaria previa, planeamiento de cirugía combinada y un promedio de ArgenScore más elevado. Dentro de las variables del intra y posoperatorio se observó mayor requerimiento de transfusiones, mayor tiempo de circulación

Variable	OR	IC 95%	P
ARM prolongado	3.1	1.84-5.23	<0.0001
Sepsis	2.74	1.44-5.18%	0.002
FA pop	2.10	1.31-3.36	0.002
Enf coronaria previa	1.63	1.01-2.61	0.044

extracorpórea, asistencia respiratoria mecánica (ARM) prolongada, desarrollo de síndrome de bajo volumen minuto, fibrilación auricular (FA), insuficiencia renal, ACV, sepsis y mayor cantidad de días de internación. En el análisis multivariado, las variables independientes predictoras de riesgo fueron: enfermedad coronaria, sepsis, desarrollo de FA en el posoperatorio y ARM prolongada. Destacamos la fragilidad en el prequirúrgico que tuvo un riesgo aumentado pero en el límite de la significancia estadística (OR, 2.16; 95% IC, 0.94-4.98; $p=0.068$).

Conclusiones: De muchas variables predictoras validadas en la literatura, en nuestra población sólo encontramos mayor riesgo de delirium en pacientes con enfermedad coronaria previa y sepsis, a lo que se agregan la FA del postoperatorio y la ARM prolongada. Estos factores de riesgo para el desarrollo de delirium en el postoperatorio de una población de cirugía cardiovascular deben tenerse en cuenta al diseñar futuros ensayos de estrategias de prevención del delirium o en estudios de desarrollo de scores de riesgo.

0066. MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA Y CARDIODEFIBRILADOR IMPLANTABLE: 25 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Arritmias y Electrofisiología

Jorge LAX | Agustín MORALES PIERUZZINI | Carlos David LABADET | Darío Carlos DI TORO | Tomás CIANCIULLI | Maria Cristina SACCHERI | Gerardo Manuel MARAMBIO | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El CDI es el mejor tratamiento disponible para pacientes con MH, sobrevivientes o con alto riesgo de MS. La incidencia de MS en la MH ha disminuido significativamente desde el advenimiento del CDI.

Objetivos: Dado que se ha transformado en una opción terapéutica habitual, reportamos aquí nuestra experiencia de 25 años en su utilización en un Hospital Público, en lo que respecta a indicaciones, resultados y complicaciones.

Materiales y Métodos: Desde 1999 hasta 2024 implantamos 26 CDI transvenosos. Edad media al implante 42.5 ± 15.5 años (mediana de edad 39 (IIC 33-57), 11 mujeres (42.3%). El 96.1 % (25 pacientes) en prevención primaria, 1 paciente en prevención secundaria. La mediana de seguimiento fue: 10 (IIC 5-15) años. Los CDI se implantaron 3 (IIC 2-7) años luego del diagnóstico inicial. Al momento del implante 14 (53.9%) pacientes se hallaban en CFI, 6 (23.1%) en CF II, 5 (19.2%) en CF III y 1 (3.8%) en CF IV. Un paciente había presentado un PCR extrahospitalario.

Resultados: Los factores de riesgo de MS que motivaron el implante fueron: historia familiar de MS 42.3 % (11 pacientes), síncope inexplicable 42.3 % (11 p), HVI masiva 50 % (13 p), TVNS 61.5 % (16 p) y aneurisma apical 3.8 % (1 p). Como otros marcadores de riesgo: 5 pacientes (19.2%) tenían captación miocárdica de Gadolinio tardía y extensa y 3 pacientes (11.5%) deterioro de la función ventricular izquierda. 7 p (26.9%) tenían 2 factores y 7 pacientes (26.9%) 3 factores. En total 18 pacientes (69.2%) tenían 2 o más factores de riesgo. El grosor parietal máximo por ecodoppler o resonancia fue de 26.4 ± 5.9 mm (28 IIC 21-33) y el tamaño auricular izquierdo de 46.4 ± 6.1 mm (46.5 IIC 41-61). Un gradiente basal en TSVI significativamente elevado se observó en el 34.6% (9 pacientes), en respuesta a la maniobra de Valsalva en 7 pacientes (26.2 %) y durante ejercicio en 1 de los 15 pacientes que hicieron la prueba (6.7%). La mortalidad estimada a 5 años según los indicadores de riesgo HM ESC Risk Calculator y HMAHA risk calculator fue de 7.7 % (IIC 4.4 a 11.5 %). Durante nuestro seguimiento no hubo fallecidos. Se registraron un total de 14 terapias del CDI en 12 pacientes. Las intervenciones apropiadas fueron 8 (57.1 %) y las inapropiadas 6 (42.9 %). La tasa de complicaciones fue 15.4 % (4 pacientes: 2 roturas de catéter y 2 infecciones del bolsillo).

Conclusiones: en nuestra población de pacientes el implante de CDI permitió una adecuada sobrevida con una tasa no menor de terapias inapropiadas.

0067. NATRIURESIS BASAL COMO PREDICTOR DE RESISTENCIA A DIURÉTICOS Y DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Cristhian Emmanuel SCATULARO¹ | Luciano BATTIONI² | Analia Laura GUAZZONE¹ | Guillermina ESPERON³ | Luciana Ayelen CORSICO ZARATE³ | Hugo Omar GRANCELLI¹

Sanatorio de la Trinidad Palermo; Consejos: Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri"²; Sanatorio Sagrado Corazón³

Introducción: Algunas guías clínicas actuales recomiendan la medición seriada de natriuresis para diagnosticar resistencia a diuréticos (RD) y ajustar la dosis de furosemida tras cada dosaje en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, esta recomendación terapéutica puede volver más complejo el manejo de la ICA

Objetivos: Evaluar una única medición de natriuresis basal (NB) al ingreso hospitalario como predictor del desarrollo de RD y la evolución clínica en pacientes con ICA, durante la internación y el seguimiento ambulatorio temprano

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico que incluyó consecutivamente pacientes hospitalizados en Unidad Coronaria (UCO) por ICA. Se excluyeron a los pacientes en shock, con creatinina > 2,5mg% o con asistencia respiratoria al ingreso. Los pacientes incluidos recibieron 40 mg de furosemida endovenosa en las primeras 2 hs del ingreso a emergencias y se midió la NB en la primera micción posterior (el resultado fue ciego para el médico tratante). El tratamiento diurético durante la internación se basó en un protocolo preestablecido. La NB se consideró baja si era < 70 meq/L. La RD se definió como un punto final compuesto por el requerimiento de furosemida endovenosa \geq 240 mg/día, bloqueo diurético tubular (BT), solución salina hipertónica (SSH) o terapia de reemplazo renal (TRR). Se evaluó la mortalidad CV intrahospitalaria, así como la mortalidad CV y las reinternaciones por ICA en los primeros 60 días post alta.

Tabla 1: Características basales de la población

Abrreviaturas: NB (Natriuresis basal); NYHA (New York Heart Association); IC (Insuficiencia cardíaca); IECA (Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina); ARA II (Antagonistas de receptores de angiotensina II); ARNI (Inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina); BNP (Péptido natriuréticobral); FEy (Fracción de Ejección)

Variable	Total (N=187)	NB <70 meq/L (N=34)	NB ≥70 meq/L (N=122)
Edad (años)	74 (39; 82-83)	69 (32; 59-79)	73 (32; 64-82)
Sexo masculino	88 (47%)	33 (27%)	75 (61%)
Hipertensión arterial	121 (65%)	23 (67%)	98 (79%)
Diabetes	27 (14%)	13 (38%)	44 (35%)
Edema exte. inferior	66 (35%)	12 (35%)	54 (44%)
Edema vascularizado	31 (17%)	4 (12%)	27 (22%)
Etiología de insuficiencia cardíaca			
Isquémica	43 (23%)	10 (29%)	33 (27%)
Tubulopática	22 (12%)	7 (21%)	28 (23%)
Hipertensiva	24 (13%)	3 (9%)	21 (17%)
Clasificación según NYHA			
I	33 (18%)	10 (29%)	43 (35%)
II	84 (45%)	20 (59%)	64 (52%)
III	16 (9%)	4 (12%)	13 (11%)
IV	4 (2%)	1 (3%)	3 (2%)
Tratamiento de insuficiencia cardíaca			
Estab. de peso	104 (56%)	28 (82%)	76 (62%)
IECA / ARA II	83 (44%)	13 (38%)	72 (59%)
ARNI	11 (6%)	3 (9%)	8 (7%)
Antagonistas de mineralocorticoides	48 (26%)	11 (32%)	37 (30%)
Inhibidores de SGLT-2	4 (2%)	1 (3%)	3 (2%)
Furosemida oral	58 (31%)	14 (41%)	44 (36%)
Dosis de furosemida (mg/d)	48 (31; 28-40)	40 (31; 4-40)	28 (31; 3-20)
Forma de presentación de la IC			
Congestivo pulmonar	32 (17%)	20 (59%)	72 (59%)
Edema agudo de pulmón	28 (15%)	8 (24%)	20 (16%)
IC sistémico derecho	37 (20%)	4 (12%)	31 (25%)
Mortalidad al ingreso (n=122)	183 (98; 226-439)	49 (32; 41-56)	111 (91; 51-223)
NY-geHBP al ingreso (mg/d)	1819 (302; 2206-4390)	1734 (302; 2231-3968)	1970 (302; 2688-4340)
FEy del ventrículo izquierdo (%)	48 (30; 28-78)	43 (28-53)	30 (35; 30-60)
Desaturación (FEy >50%)	71 (45%)	13 (38%)	38 (31%)
Leve-moderada (FEy 41-49%)	19 (12%)	4 (12%)	13 (11%)
Severa (FEy <40%)	47 (27%)	13 (38%)	32 (26%)

Tabla 2: Distribución de puntos finales según Natriuresis basal

Abrreviaturas: NB (Natriuresis basal); ICA (Insuficiencia cardíaca aguda); CV (cardiovascular); BNP (Péptido natriuréticobral); FIAF (Fracción filtrada de la arteria pulmonar)

*El resultado se clasificó como punto final con punto por el requerimiento de furosemida endovenosa \geq 240 mg/día. Se usó: bloqueo diurético tubular, solución salina hipertónica o terapia de reemplazo renal.

Punto final	Total (N=187)	NB <70 meq/L (N=34)	NB ≥70 meq/L (N=122)	p
Resistencia a diuréticos *	20 (11%)	13 (38%)	17 (14%)	0.0001
Furosemida \geq 240 mg/día	28 (15%)	10 (29%)	18 (15%)	0.003
Bloqueo diurético tubular	13 (7%)	7 (21%)	6 (5%)	0.006
Suero salino hipertónico	1 (0.5%)	1 (3%)	0 (0%)	-
Terapia de reemplazo renal	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0.02
Formación de congestión a las 60 hs	23 (12%)	9 (26%)	14 (11.4%)	0.09
Dosis total de furosemida a 72 hs (mg)	180 (302; 140-180)	220 (302; 130-440)	140 (302; 100-180)	0.0001
Dosis de peso a las 72 hs (kg)	-4 (30; -2 a -2)	-4 (30; -2 a 4)	-4 (30; -2 a 5)	0.29
Empesamiento de función renal	37 (20%)	22%	19%	0.6
Empesamiento de ICA	28 (15%)	9 (26%)	11 (9%)	0.006
Uso de inotrópicos	16 (9%)	7 (21%)	9 (7%)	0.048
Asistencia respiratoria mecánica	6 (3%)	4 (12%)	2 (1.6%)	0.02
Dosis de NY-geHBP (%)	48 (30; 25-67)	49 (30; 27-72)	46 (30; 25-67)	0.87
Dosis de FIAF (%)	12 (30; 6-20)	10 (30; 3-17)	14 (30; 3-22)	0.147
Dosis porcentual de Ew (%)	13 (7-21)	17 (7-21)	14 (10-21)	0.99
Internación en Unidad coronaria (días)	3 (30; 4-5)	3 (30; 4-5)	3 (30; 4-5)	0.17
Mortalidad CV intrahospitalaria	9 (5%)	4 (12%)	5 (4%)	0.1
Mortalidad CV en el seguimiento a 60 días	10 (5%)	1 (3%)	9 (7%)	0.69
Reinternaciones por ICA a 60 días	19 (10%)	3 (9%)	14 (11.4%)	0.36

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes, el 56% eran hombres, y la media de edad fue 74 años. La NB mediana fue 103 meq/L (RIC 74-122), y se clasificó como baja en el 22% de la cohorte (N=34). Las características basales de la población se describen en la tabla 1. Se evidenció RD en el 19% (N=30) de los casos, el 12,7% (N=20) requirió furosemida \geq 240 mg/día, 8% (N=13) BT, 1 paciente SSH y el 4% (N=6) TRR. La mortalidad CV intrahospitalaria fue del 5,7%, mientras que en el seguimiento a los 60 días post alta la mortalidad CV fue 6,8% y las reinternaciones por ICA 12,2%. La NB baja se asoció con el desarrollo de RD (44% vs 12%; p 0.0001; RR 3.61; IC95% 1.97-6.63), persistencia de la congestión a las 48 horas (26.5% vs 11.4%; p 0.05; RR 2.32; IC95% 1.1-4.9), administración de furosemida \geq 240 mg/día a las 72 horas (29% vs 8%; p 0.003; RR 3.62; IC95% 1.64-7.97), mayor dosis acumulada de furosemida a las 72 horas (220 mg [IQR 180-440] vs 160 mg [IQR 100-180]; p 0.0001), y mayor requerimiento de BT (20.6 vs 4.9%; p 0.008; RR 4.22; IC95% 1.52-11.73) y TRR (11.8 vs 1.6%; p 0.02; RR 7.23; IC95% 1.38-37.9) durante la internación. La NB baja se asoció con empeoramiento de la ICA (27% vs 9%; p 0.01; RR 2.95; IC95% 1.33-6.55), uso de inotrópicos (21% vs 7%; p 0.48; RR 2.81;

IC95% 1.1-7) y asistencia respiratoria mecánica (12% vs 2%; p 0.02; RR 7.23; IC95% 1.38-37.8) durante la internación. El grupo con NB baja presentó mayor mortalidad CV intrahospitalaria (12% vs 4%; p 0,1), sin asociación con eventos CV en el seguimiento ambulatorio a 60 días (Tabla 2).

Conclusiones: En pacientes hospitalizados por ICA, una NB baja al ingreso se asoció con RD, persistencia de la congestión, necesidad de estrategias de descongestión más agresivas y peor evolución clínica intrahospitalaria. La NB es un parámetro útil para detectar pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento diurético intensivo precoz, y resulta más sencillo de aplicar que la medición seriada de natriuresis

0068. NUEVOS HALLAZGOS GENÉTICOS EN MIOCARDIOPATIA DILATADA ADQUIRIDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Mario Bruno PRINCIPATO | Analía Gladys PAOLUCCI | Rocío Del Cielo VILLA FERNÁNDEZ | María Victoria CARVELLI | Paola SETTEPASSI | Alejandro TOMATTI | Manuel LAGO | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La insuficiencia cardíaca con función ventricular sistólica reducida (FEVr) es una de las patologías cardiovasculares con mayor mortalidad. La existencia de una predisposición genética para el desarrollo de esta patología ante la presencia de una noxa permanece aun incierta.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue identificar asociaciones entre variantes genéticas en alelos polimórficos (SNPs) con la presencia de FEVr y de trastornos de conducción intraventricular (TCIV).

Materiales y Métodos: Se incluyeron como modelo de estudio a pacientes seropositivos para enfermedad de Chagas con una antigüedad de la infección de más de 20 años. Un grupo con FEVr menor al 35% y otro con función ventricular izquierda, mayor del 50% (FEVp). Se realizó una toma de sangre que fue procesada para la obtención del ácido desoxirribonucleico (ADN), que se envió a un laboratorio internacional de genotipado. Se preparó un panel de SNPs de genes utilizando la base internacional The Genome Aggregation Database (GnomAD) eligiendo SNPs con una frecuencia en la población del 10% al 40%. Los SNPs elegidos están relacionados con genes responsables del proceso de contracción y relajación ventricular (TTN, BAG3, MTSS1), el metabolismo miocárdico (PPARGC1A, SIRT1, AKT1 mTOR, AMPK), receptor adrenérgico beta 1 (ADRB1), receptor colinérgico muscarínico 2 (CHRM2), receptor de angiotensina II tipo 1 (AGTR1B), y el péptido natriurético auricular (NPPA) Mediante diversos modelos de inteligencia artificial para aprendizaje supervisado: 1) Regresión logística, 2) Máquinas de Vectores de Soporte, 3) Redes neuronales artificiales, 4) Naive Bayes, 5) Árboles de clasificación y 6) Random forest, se evaluaron 68 SNPs como predictores de la presencia de dos fenotipos: FEVr, y TCIV. El desempeño de los modelos para la predicción de la FEVr se evaluó mediante la técnica de cross-validation, con la métrica F1 como medida de precisión para seleccionar el mejor modelo.

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes, con una mediana de edad de 62 años, el 39,6 % eran hombres. El 31 % presentó FEVr y el 53 % algún TCIV. El modelo con el mejor desempeño fue la regresión logística (F1 = 0.85), por lo que se la utilizó para expresar la asociación mediante el Odds Ratio y su IC del 95%. Se observó que las variantes rs2076300, rs61772962 y rs7071853 fueron predictores independientes de reducción de la FEVI. Mientras que, para la presencia de TIVC, el único predictor fue el SNP rs72840788. El SNIP rs 61772962 corresponde al gen PRKAA2, que codifica a la subunidad catalítica alfa-2 de la proteína quinasa activada por 5'-AMP. Por su parte el rs 7071853 y el rs 72840788 corresponden al gen que codifica a la proteína BAG3 (regulador 3 de chaperona). Finalmente el SNP rs2076300 corresponde al gen DSP que codifica una desmoplaquina, proteína de la placa de unión de los desmosomas.

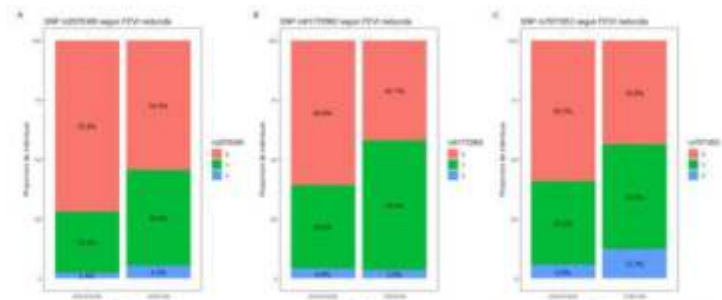


Figura 1: proporción de las variantes homocigota sobre, heterocigota y homocigota del alelo alternativo del SNP rs2076300 figura 1A, del rs61772962 figura 1B y del rs7071853 figura 1C, según la presencia de una FEVr.

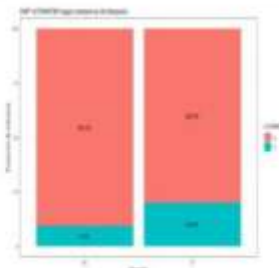


Figura 2: proporción de las variantes homocigota sobre, heterocigota y homocigota del alelo alternativo del SNP rs72840788, según la presencia de TCIV.

Predictor	Odds Ratio	IC 95%	Valor p
FEVI reducida			
rs2076300	1.79	1.01 – 3.21	0.046
rs61772962	1.77	1.00 – 3.14	0.049
rs7071853	1.77	1.07 – 2.96	0.026
Trastornos de conducción intraventricular			
rs72840788	2.44	1.04 – 6.22	0.048

Conclusiones: En este modelo de derivación, en un conjunto de pacientes con serología positiva para Chagas se identificaron 3 SNPs predictores de reducción de la FEVIr y un SNP predictor de TCIV. La reproducibilidad de estos resultados debería ser confirmada en un modelo de validación con una mayor muestra de individuos. Además este hallazgo podría ser de utilidad en miocardiopatías dilatadas de otras etiologías.

0069. MORTALIDAD Y PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD CORONARIA DURANTE 12 AÑOS

Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

Ignacio Nicolas DE URQUIZA | Leandro PARRILLA | Fernando GARCIA LODIFE | Daniel Osvaldo GAUNA
Hospital Carlos G. Durand

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la primera causa de muerte en hombres y mujeres en países desarrollados. En Europa, el 55% de las mujeres fallecen por causa cardiovascular, las dos entidades clínicas más frecuentes son la enfermedad coronaria (EC) y el accidente cerebrovascular (ACV) (1). En general, el inicio de la ECV en las mujeres es 10 años más tardía que en los hombres y, habitualmente, la presentación de la sintomatología es muy variada

Objetivos: Identificar los FRCV que se asocian con la tasa de mortalidad cardiovascular discriminando según el género de pacientes con EC que acudieron a una unidad coronaria durante el período noviembre de 2006-septiembre de 2018.

Materiales y Métodos: Se realizó el análisis retrospectivo de una cohorte de 3305 pacientes ingresados por enfermedad coronaria en la unidad coronaria del Hospital "Carlos G. Durand" entre el 15 de noviembre del 2006 y el 27 de septiembre de 2018. Se evaluó la tasa de mortalidad, el perfil de riesgo cardiovascular (factores de riesgo cardiovascular –FRCV) y el perfil terapéutico. Las variables categóricas se resumen en Se calcularon frecuencias absolutas y porcentual, así como las variables numéricas en media Od ratio según el tipo de variables. Las asociaciones se evaluaron mediante las pruebas no paramétricas de chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. Se consideró $p < 0.05$ como significación estadística.

Resultados: Se hallaron tasas de mortalidad de 8,7% general, 8,5% para hombres y 9,2% para mujeres, valores concordantes con los de estudios similares. Se encontró que los factores de riesgo asociados como la hipertensión arterial para hombres y mujeres, la edad, el tabaquismo, el sedentarismo y el estrés para hombres, y la posmenopausia para mujeres, todos independientes del género; en todos los casos se tratan de relaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se concluye acerca de la necesidad de llevar a cabo medidas de prevención de nivel primordial y primario, esto ante todo dada la gran cantidad de casos sin tratamientos previos. Por su parte, en cuanto a la prevención secundaria, se recomienda determinadamente la evaluación diagnóstica y las instancias terapéuticas diferenciadas según el género de los pacientes con EC.

Factores de riesgo	Mas	Fem	Total	P-Value	P
AI	218(39%)	45(29%)	263(39%)		0,06
ACC	248(43%)	70(45%)	318(47%)		0,27
DM	440(77%)	136(88%)	576(86%)		0,00
ACV	36(6%)	36(23%)	72(11%)		0,01
DM	278(49%)	45(29%)	323(49%)		0,01
ACV	278(49%)	70(45%)	348(52%)		0,3
CA	110(19%)	34(22%)	144(22%)		0,36
K+	340(60%)	146(93%)	486(73%)		0,00
MIPO (n=16)	11(67%)	5(31%)	16(24%)		0,06
MHI	8(14%)	8(51%)	16(24%)		0,24
Ungn	340(60%)	70(45%)	410(62%)		0,02
TR	278(49%)	25(16%)	303(45%)		0,01
TA	340(60%)	136(88%)	476(72%)		0,00
TA	248(43%)	136(88%)	384(57%)		0,01
TV	340(60%)	70(45%)	410(62%)		0,06
Miopia	218(39%)	110(70%)	328(49%)		0,00
LDL	440(77%)	80(51%)	520(78%)		0,06
TAH	440(77%)	80(51%)	520(78%)		0,00
TR	440(77%)	70(45%)	510(76%)		0,01
DM	440(77%)	24(15%)	464(70%)		0,00
Posmenopausia	80(14%)	40(26%)	120(18%)		0,01
TRF	10(18%)	10(65%)	20(30%)		0,01
TRF	40(7%)	80(51%)	120(18%)		0,01
TRF	80(14%)	100(65%)	180(27%)		0,01

FACTOR DE RIESGO	MASC	FEM	TOTAL	P-Value	P
HTA	131 (40%)	76 (21,4%)	207 (61,3%)		0,11
DM	440 (77%)	24 (7,1)	464 (71,3%)		0,70
TRQ	121 (34,2%)	136 (38,2%)	257 (76,4%)		0,005
DLP	440 (76,9%)	110 (31,5)	550 (83,3%)		0,124
Sedentarismo	74 (21,3%)	43 (12,2%)	117 (35,2%)		0,000
Sedentarismo	140 (42,1)	74 (21,1)	214 (64,6%)		0,000
Estrés	120 (34,6)	31 (8,7)	151 (45,7%)		0,000
AlBP	125 (36)	34 (9,8)	159 (47,9%)		0,001

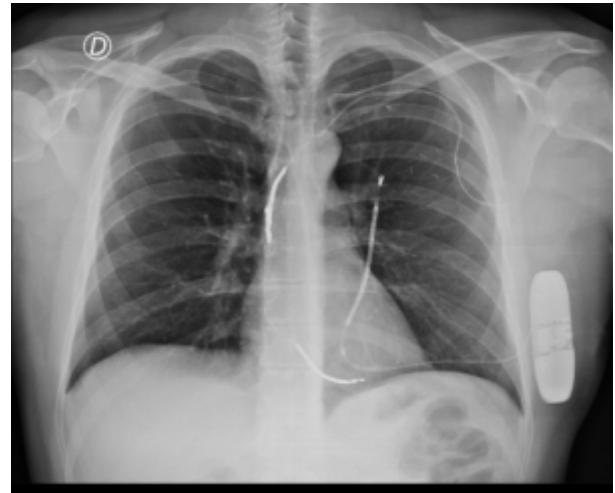
0070. UTILIZACION DEL CDI SUBCUTANEO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN ARGENTINA

Arritmias y Electrofisiología

Maria de Los Milagros CARO | Luis Ignacio MONDRAGON | Gastón ALBINA | Maximiliano Pablo MASSA | Leandro Luis POZZER |
Monica N. BENJAMÍN | Fernando Adrián SCAZZUSO
Instituto Cardiovascular

Introducción: El cardiodesfibrilador implantable (CDI) es un tratamiento eficaz en la prevención de la muerte súbita cardíaca (MSC). Sin embargo, las complicaciones asociadas al uso de desfibriladores transvenosos como las infecciones asociadas al dispositivo y las fracturas de catéteres son interurrencias que en ocasiones plantean problemas de compleja resolución y dificultan el manejo de estos pacientes (p). El CDI subcutáneo (S-CDI) se ha incorporado en los últimos años como una alternativa al CDI transvenoso para la prevención de la MSC sin las complicaciones asociadas al implante de catéteres endovasculares.

Objetivos: Evaluar los resultados asociados al implante y seguimiento de pacientes con implante de S-CDI en un centro de Argentina.



Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva y observacional 16 pacientes a los cuales se le indicó el implante de un S-CDI entre enero 2020 y marzo 2024, como primoimplante o como resultado de complicaciones de CDI transvenosos previamente implantados. El seguimiento fue de 4 años a 2 meses. 11 de los pacientes eran hombres (68,7%), la edad media fue de 36,1 años (rango 21 a 62 años).

Resultados: Se indicó implante de S-CDI a 16 pacientes. Todos tenían indicación de CDI, 15 sin requerimiento de estimulación cardíaca, 9 (56,2%) fueron indicados en prevención 1° de MSC de los cuales 3 se encontraban en lista de espera para trasplante cardiaco. De ellos 3 por Miocardiopatía dilatada (MCD) isquémico necrótica, 2 con MCD arritmogénica familiar, uno con MCD hipertrófica, 1 miocarditis, 1 Sdme de Brugada y otro con trasposición de grandes vasos (TCGV) con deterioro severo de la FSVI, este último con marcapasos previo

implantado por enfermedad del nódulo sinusal. 7 pacientes (43,7%) se implantaron en prevención secundaria (2 PCR recuperado, 1 Sdme de Brugada, 1 DAVD, 1 TVMPP y 1 T. de Fallot y 1 TCGV). 6 de ellos (37,5%) tenían dispositivos previamente implantados, de los cuales 5 eran CDI y 1 marcapasos bicameral implantados entre el año 2000 y 2021. Todos los pacientes portadores de CDI previo habían sufrido complicaciones asociadas a los mismos que requirieron explante de todo el sistema como: endocarditis asociada al dispositivo en 2 casos, síndrome de VCS en uno, fractura e catéteres bilaterales con falta de accesos vasculares en otro y una paciente con IT severa sintomática por decúbito de catéter. En todos los casos el implante fue exitoso, ningún paciente tuvo complicaciones asociadas al implante del CDI subcutáneo ni infecciones asociadas al dispositivo en el seguimiento. 2 pacientes (12,5%) presentaron episodios de sobresensado ventricular, uno solo con choques inadecuados por esta causa (6,2%) 1 paciente (6,2%), presentó un choque adecuado por arritmia ventricular que revirtió con un choque En el plano subjetivo fueron referidas molestias leves y transitorias en el sitio de implante que no interfirieron con el desarrollo de las actividades cotidianas de los pacientes.

Conclusiones: En nuestra población el implante del S-ICD asoció a una baja tasa de complicaciones tanto en el implante como en el seguimiento y permitió resolver en forma exitosa y segura casos complejos debido a complicaciones de CDI endovasculares.

0073. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINATORIA DE MORTALIDAD ENTRE LAS REDES NEURONALES ARTIFICIALES Y EL SCORE DE GRACE EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Medicina Digital e Inteligencia artificial / Cardiopatía Isquémica

Josefina STRUZKA | Ana Belén VALDÉS | María Florencia HERMAN CAVARRA | María Jimena GAMBARTE | Claudio HIGA
Hospital Alemán

Introducción: Las redes neuronales artificiales, como máquinas de aprendizaje en el campo de la inteligencia artificial, permiten realizar algoritmos predictivos con mayor capacidad discriminativa que los modelos derivados de la regresión logística convencional.

Objetivos: Comparar la capacidad discriminativa de un algoritmo desarrollado por una red neuronal artificial y el score de GRACE para la predicción de mortalidad en una cohorte de síndromes coronarios agudos (SCA).

Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos con pacientes cursando un síndrome coronario agudo de un Hospital de Comunidad (2010-2023). Se evaluaron 57 variables (50 cofactores y 7 covariables) de tipo demográficas, factores de riesgo coronario, antecedentes, medicación previa y procedimientos previos a la internación, signos vitales al momento de la admisión, clase Killip de ingreso, patrones electrocardiográficos, niveles máximos de troponina T sérica, creatinina sérica, glucemia, recuento de glóbulos blancos, función ventricular izquierda determinada por ecocardiograma, procedimientos invasivos y eventos clínicos ocurridos durante la internación. Se entrenaron modelos de redes neuronales con distintos métodos (perceptrón multicapa o base radial), arquitecturas neuronales y funciones de activación para seleccionar el algoritmo de mejor rendimiento. Se subdividió a la población en una subpoblación de entrenamiento de la red neuronal del 70% y otro 30% para su validación. Se compararon las áreas bajo la curva ROC de la red neuronal y el score de GRACE mediante Test de De Long. Se realizó el análisis de calibración por Test de Hosmer Lemeshow. Se realizó el análisis de sensibilidad para identificar las variables con mayor importancia normalizada independiente para el modelo. Para los análisis estadísticos y el modelaje de la red neuronal se usó el programa SPSS 23.0 Statistics. El punto final del análisis fue el de la mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se analizaron un total de 1818 pacientes con SCA: 930 (51.2%) anginas inestables, 615 (33.8%) IAM sin elevación del segmento ST, 237 (13%) IAM con elevación del segmento ST y 36 MINOCA (2%). La edad media de la población fue de 66.45 ± 12.31 años, 29.5% fueron mujeres, 66.4% eran hipertensos, 19.6% diabéticos, 54.7% dislipidémicos, 35% tabaquistas, 26.5% tenían antecedentes coronarios agudos y 39.5% tratamiento previo con aspirina. La mortalidad hospitalaria fue del 3.0%. El modelo de mejor rendimiento de redes neuronales fue el de perceptrón multicapa, con una arquitectura compuesta por una capa oculta con 4 neuronas, función de activación hiperbólica tangente de las neuronas de la capa oculta y softmax de las de la capa de salida. El área bajo la curva ROC del algoritmo resultante para la predicción de muerte fue de 0.98 (IC 95% 0.97-0.99). El score de GRACE por su parte presentó un área bajo la curva ROC de 0.88 (IC 95% 0.77-0.90). La comparación entre ambas áreas mediante Test de De Long mostró diferencias significativas: $p < 0.001$ a favor de las redes neuronales. La calibración demostró mejor correlación entre los eventos observados y los calculados (menor dispersión o valores residuales) con las redes neuronales chi cuadrado 1.9 $p = 0.78$ respecto al score de GRACE chi cuadrado de 4.9, $p = 0.06$. Las variables de mayor importancia normalizada independiente para el definición del modelo de red neuronal artificial fueron la creatinina sérica (100%) y la elevación de troponina T (82%).

Conclusiones: De acuerdo al presente análisis, tanto la capacidad discriminativa de mortalidad hospitalaria así como la calibración o bondad de ajuste de las redes neuronales artificiales son significativamente superiores al score de GRACE.

0075. EFICACIA DEL USO DE FUROSEMIDA ENDOVENOSA EN EL ÁMBITO AMBULATORIO PARA TRATAR EL EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: IMPACTO EN PARÁMETROS DE CONGESTIÓN Y SEGURIDAD A 30 DIAS

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Gabriela FERIOLI | Laura Daniela PEZZATI | Milagros Florencia MAREK | Eliane SASOVSKY | Liz Fabiola PORTILLO LESMO | Eugenia MESANZA | Josefina PARODI | Nicolás LALOR
Union Personal

Introducción: La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es una enfermedad progresiva, caracterizada por periodos de "estabilidad" clínica y episodios frecuentes de empeoramiento. El reconocimiento precoz de esta situación nos puede permitir intervenir rápidamente en el ámbito ambulatorio sin necesidad de llegar a la internación.

Objetivos: Describir las características clínicas, la evolución a 30 días de parámetros de congestión como son el peso y la clase funcional (CF) y el perfil de seguridad, en pacientes (P) con empeoramiento de su insuficiencia cardiaca crónica (ICC), que recibieron furosemida endovenosa (FEV) en el ámbito ambulatorio.

Materiales y Métodos: Analizamos nuestra experiencia en la implementación del Hospital de día de furosemida, en una población de P que se encuentran en seguimiento en la clínica ambulatoria de IC perteneciente al ámbito de medicina prepaga en Capital Federal.

Tabla 2 Eventos adversos a 30 días

Hipotensión arterial sintomática (%)	5,7
Deterioro de la función renal (%)	1,9
Hipocalcemia (%)	0
Sin efectos adversos	92,4

Tabla 3 Evolución a 30 días

CF (%):	
- I	7,5
- II	70
- III	18,5
- IV	4
Peso - kg (±DS)	78,6 (±21,69)
Mortalidad % (valor absoluto)	10 (n= 6)
Cardiovascular (%)	100 (n=6)
No cardiovascular (%)	0
Internaciones por IC (%)	22,8 (n=13)
Requerimiento de nueva infusión ambulatoria de FEV (%)	8,6 (n=5)

Tabla 4 Comparativa a 30 días

	Basal	A 30 días	p=
CF (%):			
- I y II	23 (39,6%)	42 (77,8%)	0,02
- III y IV	35 (60,4%)	12 (22,2%)	
	n total= 58	n total=54	
Peso - kg (±DS)	80,7 (±24,57)	78,6 (±21,69)	0,0019
	n total=57	n total=52	

Variable	n= 58
Sexo masculino (%)	60
Edad - años (SD)	71,8 (11,4)
HTA (%)	76
DM (%)	34
EPIC (%)	25
IC (%)	47
ICCA - mL/min (RIQ)	51 (25-79,6)
RA (%)	60
ICCA previa (%)	53
Internaciones por IC en el último año (%)	60
Fenotipo:	
- Fey Reducido (%)	40
- Fey Incompletamente reducido (%)	9
- Fey preservada (%)	53
Resolución de etiología - % (IC)	50 (21,9-67)
Etiología (%)	
- Isquémica necrótica	26
- No isquémica necrótica	24
% de pacientes en tratamiento con (%)	
- Betabloqueantes	81
- Inhibidores del SRAA	21
- Sacubitril/Valsartán	7
- ARMA	58
- IGLT2	22
- Hidroclorotiazida	25
Pacientes portadores CDB/TIC/ICB (%)	22
Dosis basal de furosemida (Nº pacientes)	
- < 40 mg	33
- 80 mg	26
- 120 mg	26
- > 120 mg	35
Hemoglobina basal - g/L (SD)	12,7 (2,4)
Na basal - mEq/L (IC)	138 (127-148)
K+ basal - mEq/L (SD)	4,15 (0,42)
Categoría de nivel de hierro (%)	
- sin déficit	20
- con déficit	41
- con déficit corregido	30
- sin déficit	24
IC basal - g/m (IC)	75 (20-95)
TdR basal - ms/mg (IC)	130 (105-138)
Resul CF (%)	
- I	5,5
- II	30
- III	50
- IV	15,5
Resul peso - kg (SD)	80,7 (24,57)

Resultados: De los 58 P que ingresaron al protocolo de administración de FEV, el 60% eran hombres, con una media de edad de 71,8 años (± 11,4). Las características basales de la población se describen en Tabla 1. Se destaca que el 80% de los P tuvo una internación previa por ICC dentro del último año, la mitad presentaban antecedente de insuficiencia renal crónica (47,3%), con una mediana de clearance de creatinina calculado de 51 mL/kg/min (RIQ 33-79,6). El fenotipo predominante fue la ICC con Fracción de eyección (Fey) preservada (53%), de etiología no isquémica necrótica. De los parámetros de congestión, la media de peso basal fue de 80,7 kg (± 24,57) mientras que la CF predominante fue la CF III (59%) seguido de la CF II (38%).

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio con FEV en P con empeoramiento de la ICC no grave mejoró parámetros de congestión como el peso (p:0,0019) y la CF (p:0,02) en el seguimiento a 30 días, demostrando ser una intervención eficaz y segura.

0076. RESULTADOS DE 20 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA SIN BOMBA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Cardiopatía Isquémica / Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Juan Pedro FESCINA | Marcia GORINA | Alan Rodrigo SIGAL | Juan Francisco FURMENTO | Leonardo Adrián SEOANE | Daniel Oscar NAVIA | Juan Mariano VRANCIC | Juan Pablo COSTABEL

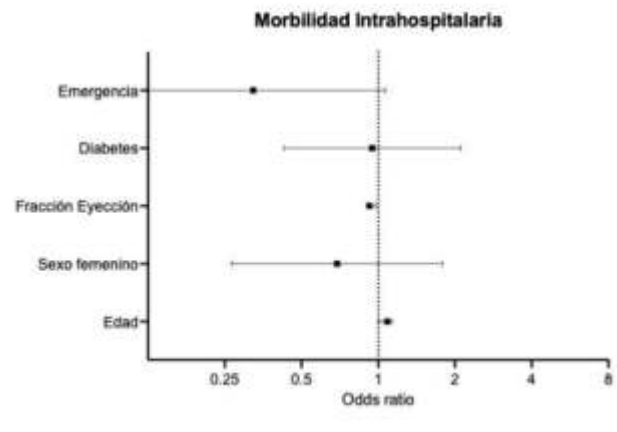
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La cirugía de revascularización miocárdica (CRM) ha demostrado ser eficaz en pacientes con enfermedad coronaria extensa. La elección entre el uso de la bomba de circulación extracorpórea (CEC) o no, sigue siendo un tema controvertido. Este estudio analiza la experiencia de pacientes sometidos a CRM sin CEC durante un síndrome coronario agudo (SCA).

Objetivos: Describir la experiencia institucional de pacientes sometidos a CRM sin CEC con SCA en un centro de alto volumen y complejidad de Buenos Aires, Argentina. Evaluar qué variables clínicas se asociaron de manera estadísticamente significativa al aumento o reducción de la mortalidad y morbilidad intrahospitalaria en dicha muestra.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y unicéntrico mediante un análisis de datos recolectados prospectivamente. Se incluyeron pacientes consecutivos con edad mayor o igual a 18 años cursando un SCA, que fueron seleccionados de forma interdisciplinaria para CRM aislada sin CEC entre enero 2002 hasta diciembre del 2022, que presentaran al menos 2 territorios coronarios que recibieron al menos un bypass coronario o más. Se examinaron las características demográficas y clínicas, los detalles relativos al tipo de cirugía realizada, así como las complicaciones y los acontecimientos clínicos pertinentes. Posteriormente, se realizó un análisis de regresión logística multivariante para evaluar los factores de riesgo independientes de mortalidad y morbilidad intrahospitalarias, controlando al mismo tiempo otras variables clínicas. La morbilidad se definió como un combinado de: IAM peri-procedimiento, re-operación por sangrado, bajo gasto cardíaco, ACV, shock vasopléjico, asistencia mecánica, diálisis y mediastinitis.

Variables	N-1738
Edad - años, mediana (P25-P75)	64 (57-72)
Sexo masculino - n (%)	1486 (85.5)
DBT - n (%)	492 (28,3)
FEVI - mediana (P25-P75)	55 (47-62)
Vasos enfermos - mediana (P25-P75)	3 (2-3)
Cirugía emergencia - n (%)	113 (6.5)
Cirugía con CEC - n (%)	59 (3.4)
Puentes arteriales/pte - mediana (P25-P75)	3 (2-3)



Resultados: Se incluyeron en el análisis un total de 1738 pacientes con una mediana de 64 años y el 14,5% eran mujeres. Las características basales de la población se muestran en la Tabla 1. La mediana de fracción de eyección fue del 55 %, mientras que la mediana de vasos enfermos fue de 3. El 6,5% fue cirugía de emergencia (dentro de las 24 horas del ingreso hospitalario) y el 3.4% requirió conversión a CEC. La mediana de puentes totales fue de 3, de los cuales el 98,3% fueron arteriales, con una mediana de puentes arteriales/paciente de 3. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3,5%, mientras que la morbilidad intrahospitalaria fue del 13.5%. El análisis multivariado mediante regresión logística evidenció que las variables que se asociaron de forma independiente con la mortalidad intrahospitalaria fueron: la edad (OR 1,082 ; IC95%: 1,036-1,129 – p=0,001) y la fracción de eyección basal (OR 0,952; IC95%: 0,924-0,981 – p=0,001). En relación a la morbilidad (Figura 1) las variables que se asociaron con el evento combinado fueron también la edad (OR 1,085 ; IC95%: 1,039-1,133 – p=0,001) y la fracción de eyección (OR 0,951 ; IC95% 0,923-0,979).

Conclusiones: En pacientes cursando SCA con requerimiento de revascularización quirúrgica, la CRM sin CEC es factible en centros especializados con experiencia, presentando baja mortalidad en este escenario, baja necesidad de conversión a CEC, altas tasa éxito de revascularización completa utilizando puentes arteriales y bajo porcentaje de morbilidad intrahospitalaria. La edad y fracción de eyección basal fueron las variables asociadas tanto a la mortalidad como a la morbilidad intrahospitalaria.

0078. AUMENTO DE LA SUPERVIVENCIA EN EL PARO CARDIACO EXTRAHOSPITALARIO EN MALDONADO, URUGUAY. IMPACTO DE LA LEY DE ACCESO PÚBLICO A LA DESFIBRILACIÓN 18.360

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Arritmias y Electrofisiología

Marcelo CABRERA¹ | Domingo CEDRÉS¹ | Mario Daniel FITZ MAURICE² | Federico Daniel MACHADO GONZALEZ¹ | Janina MOINO² | Alvaro NIGGERMEYER³ | Federico SGORLO¹ | Fernanda XALAMBRÍ⁴

Facultad De Medicina CLAEH¹; Hospital Rivadavia²; Facultad De Medicina-UDELAR³; Facultad De Medicina-UDELAR⁴

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país y en el mundo. La muerte súbita es responsable de aproximadamente el 50% de todas las muertes de origen cardiovascular en los países desarrollados. El inicio precoz de maniobras de resucitación por parte de los testigos y la desfibrilación precoz son las únicas medidas que han demostrado mejorar la supervivencia del paro cardíaco extrahospitalario (PCEH) de causa cardíaca. En nuestro país la ley 18360 "Acceso público a la desfibrilación" se promulgó en el año 2008, incrementándose desde entonces la población capacitada en resucitación cardíaca, así como de un aumento de la disponibilidad de desfibriladores externos automáticos (DEA) comunitarios.

Objetivos: Medir el impacto de la ley 18.360 en Maldonado, Uruguay.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo descriptivo, analítico, de todos los PCEH asistidos por unidades de emergencia móvil en Maldonado, Uruguay, en el período comprendido entre el 01/09/2022 y el 28/02/2024. La recolección de datos se realizó mediante una planilla única departamental de PCEH de estilo Utstein, utilizada en todas las unidades de emergencia médica móvil (UEMM), la cual se completó inmediatamente después de haber brindado la asistencia. Luego de ello la planilla era enviada a la Dirección Departamental de Salud del Ministerio de Salud Pública. Se analizó la información proveniente de este registro comparándola con la evidencia publicada en años anteriores por algunos de nosotros. La comparación de proporciones se analizó mediante el test de χ^2 .

Resultados: En el periodo de estudio se registraron 82 PCEH. Al momento del arribo del equipo de salud la víctima estaba recibiendo maniobras de resucitación básica en el 84% de los casos. En el 11% (9) de los pacientes fue utilizado un (DEA) por parte de quien brindó la primera asistencia. Se logró retorno a la circulación espontánea y supervivencia al ingreso hospitalario (SIH) en el 25,6% (21) de los pacientes. La SIH de los ritmos desfibrilables fue del 67% (12/18). En los 4 casos de fibrilación ventricular asistidos con DEA la SIH fue del 100%. La SIH global pasó de 21,9% a 25,6% ($p=0,02$), la SIH en ritmos desfibrilables pasó de 39% a 66,7% ($p=0,03$), la realización de maniobras de resucitación básica por parte de la comunidad pasó de 39% a 84% ($p<0,0001$), y la utilización de DEA pasó de 2,9% a 11% ($p=0,001$).

Conclusiones: La introducción de la ley se asoció con un aumento de la sobrevida al ingreso hospitalario, siendo mayor el incremento observado entre los pacientes con ritmos desfibrilables. Estos resultados podrían explicarse por el aumento ocurrido en las maniobras de resucitación cardiaca básica previas al arribo de la UEMM así como una mayor utilización de los DEA comunitarios.

0079. PRIMERA EXPERIENCIA EN LATINOAMÉRICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLANILLA ÚNICA DE PARO CARDÍACO EXTRA HOSPITALARIO ESTILO UTSTEIN. UNA HERRAMIENTA DE GRAN IMPACTO PARA CONOCER LA REALIDAD DEL PARO CARDÍACO EXTRA HOSPITALARIO Y ASÍ PLANIFICAR POLÍTICAS DE SALUD PARA LA MEJORA DE LA SUPERVIVENCIA

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Arritmias y Electrofisiología

Marcelo CABRERA¹ | Domingo CEDRÉS¹ | Martín EVERETT² | Mario Daniel FITZ MAURICE³ | Federico Daniel MACHADO GONZALEZ¹ | Alvaro NIGGERMEYER² | Federico SGORLO¹ | Fernanda XALAMBRÍ²

Facultad De Medicina CLAEH¹; Facultad De Medicina - UDELAR²; Hospital Rivadavia³

Introducción: En el año 1990 en dos oportunidades representantes del Consejo Europeo de Resucitación y de la Asociación Americana del corazón se reunieron para establecer términos y definiciones uniformes en la resucitación extra hospitalaria. El primer encuentro se celebró en la histórica abadía de Utstein, Noruega. Desde ahí se recomienda impulsar un intercambio más efectivo de la información mejorando así la revisión internacional; nace el estilo "Utstein". Si bien las recomendaciones datan de más de 30 años, la realidad está lejos, no encontrando en Latinoamérica publicaciones que informen de la implementación de una planilla única de estilo Utstein en el paro cardiaco extrahospitalario (PCEH).

Objetivos: Describir los resultados de las variables de interés del PCEH luego de la implementación de una planilla única de PCEH en Maldonado, Uruguay.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo analítico de todos los PCEH que fueron asistidos en el departamento de Maldonado, Uruguay en el período comprendido entre el 01/09/2022 y el 28/02/2024. Se confeccionó una planilla de PCEH estilo utstein la cual desde el 01/09/2022 a la fecha está disponible en las dos Unidades de Emergencia Móvil del departamento de Maldonado, la cual se completa inmediatamente a la asistencia de un PCEH. Las planillas son enviadas a la Dirección Departamental de Salud del Ministerio de Salud Pública de forma bimensual.

Resultados: En el periodo del estudio se registraron 82 PCEH siendo el promedio de arribo de 7 minutos. El 80,4% ocurrió en el hogar (66), el 11% en vía pública (9), 7,3% (6) en la categoría otros: 2 eventos en residenciales, uno en escuela, uno en un hotel, uno en la sala de espera de policlínica de un prestador de salud, uno en sala de diálisis, uno en club deportivo. El promedio de integrantes de los equipos de resucitación fue de 3 personas. Al momento del arribo del equipo de salud se registra que la víctima está recibiendo maniobras de resucitación básica (MRB) en el 84% de los pacientes (69). De las víctimas que reciben MRB el 84% (58) recibe masaje cardiaco externo y el 27% (19) recibe ventilación por parte de testigos presenciales de la comunidad. En el 11% (9) de los pacientes fue utilizado un Desfibrilador Externo Automático por parte de la comunidad. De estos 9 pacientes se registró fibrilación ventricular (FV) y desfibrilación en 4 casos, 4 asistolias (AS) y una actividad eléctrica sin pulso (AESP) donde el DEA no otorga desfibrilación. En los 4 casos de fibrilación ventricular y utilización de DEA la supervivencia al ingreso hospitalario (SIH) fue del 100%. El ritmo más frecuente al arribo fue la AS (57,3%/47), seguido

por AESP (20,7%/17), FV (19,5%/16) y taquicardia ventricular (TV) (2,4%/2). Se logró retorno a la circulación espontánea y SIH en el 25,6% (21) de los pacientes. La SIH de acuerdo al ritmo al arribo fue: FV 62,5 % (12/16), TV 100% (2/2), AESP 35,2% (6/17), AS 6,4% (3/47).

Conclusiones: El 80% de los PCEH ocurrieron en el hogar, el tiempo de arribo fue de 7 minutos. El 84% de las víctimas estaban recibiendo MRB al arribo de la Unidad de Emergencia Móvil. El ritmo más frecuente fue la AS. La SIH fue de 25,6%. La SIH de acuerdo al ritmo al arribo fue: FV 62,5 % (12/16), TV 100% (2/2), AESP 35,2% (6/17), AS 6,4% (3/47).

0082. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DEL ÁREA DE POLÍTICAS DE SALUD SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CARDIÓLOGO EN NUESTRO PAÍS

Medicina Vascul ar / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Diego NOVIELLI

Áreas SAC: Área de Políticas de Salud

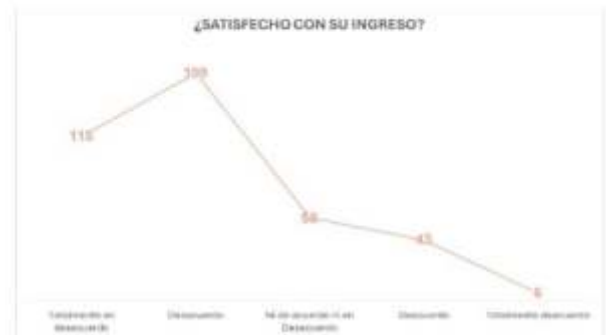
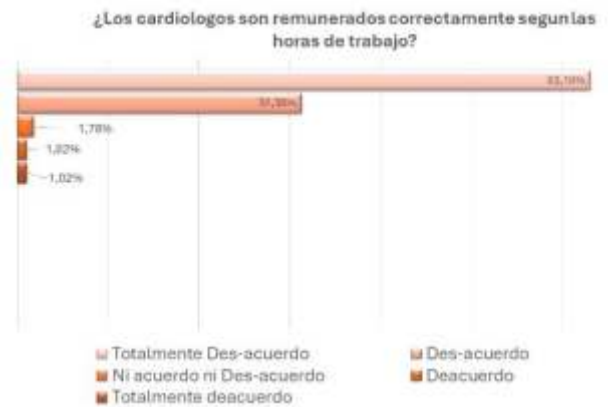
Introducción: En el año 2023, año de grandes cambios en la Argentina con elecciones presidenciales, una economía inflacionaria creciente y poco tiempo de finalizada la pandemia de Covid-19, donde los médicos pudieron dar a conocer su problemática, también se iniciaron debates sobre cómo los cardiólogos sufrimos dicha crisis a través de nuestros honorarios, y las dificultades sobre el tratamiento diario de pacientes para que el mismo sea el óptimo basado en la última evidencia. Esto se va viendo reflejado en los esfuerzos y deseos de continuar estudios de actualización e investigación de los colegas. Es por ello, que desde el Área de Políticas de Salud de la Sociedad Argentina de Cardiología realizamos nuestra primera encuesta sobre tres objetivos de los cuales necesitamos conocer más información: el rol del cardiólogo en la sociedad, La percepción de calidad de vida y reconocimiento del cardiólogo y la importancia de estándares con educación médica continua.

Objetivos: 1- Conocer el rol del cardiólogo en la sociedad. 2- Evaluar de calidad de vida y reconocimiento del cardiólogo y 3- Conocer sobre la importancia de estándares con educación médica continua para los colegas.

Materiales y Métodos: Encuesta cerrada, anónima, enviada a través del mail corporativo de la sociedad, redes sociales y contactos directos de WhatsApp. Se utilizó la plataforma RedCap. Se implementó la escala de Likert en las respuestas que tenían múltiples opciones.

Resultados: Se encuestaron 393 cardiólogos, el 27% eran mujeres. La edad media 56 (+ - 9 años). El 50% trabajan en el ámbito público o privado con residencia, con una media de 40 (+ - 10 hs) horas de trabajo semanales y un tiempo de ejercicio medico de más de 20 años. Más del 90% piensan que la remuneración es inadecuada (figura 1) y de estos 73.5% en el próximo lustro se ve en iguales o peores condiciones (Figura 2), este mismo porcentaje se mantiene sobre la no representación gremial adecuada de los cardiólogos. El 89,9% consideran que la residencia es el mejor sistema formativo y entre 76.08% y 80.15% aprueban completarlo con doctorados y máster de posgrado, respectivamente. Finalmente, 53% está de acuerdo con la necesidad de la recertificación.

Conclusiones: Los médicos siguen trabajando intensamente a pesar de ser un grupo poblacional cercano a la jubilación. Este dato se correlaciona con la percepción de bajos ingresos actuales con percepción de igual condición a futuro. La mayor parte piensan que no tienen una representación gremial adecuada. Desde el punto de vista educativo los médicos consideran que el mejor formación es la residencia y que el mejor mecanismo de formación continua son las actividades relacionadas con cursos de posgrados, doctorados y/o maestrías. La recertificación en dicho contexto sigue teniendo un valor de alta ponderación. Creemos que estos datos constituyen una información de valor para promover desde las áreas correspondientes (APS- SAC, Colegio Argentino de Cardiología) las acciones tendientes a optimizar esta situación



0086. EVALUACIÓN DEL USO DE GUÍA ECOGRÁFICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS INVASIVOS

Arritmias y Electrofisiología

Damián AZOCAR | Iris SANCHEZ | Josue David YANEZ | Luciano GOLDSMAN | Martin SCHICK

Clínica Zabala

Introducción: Las complicaciones vasculares son las más frecuentes en los procedimientos electrofisiológicos invasivos. Las punciones arteriales no intencionales están relacionadas con la generación de hematomas, fistulas y pseudoaneurismas. La guía ecográfica permite realizar punciones bajo visión directa y así mejorar la seguridad de estas intervenciones en comparación con el método clásico guiado por palpación.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es describir complicaciones vasculares y punciones arteriales no intencionales en pacientes sometidos a procedimientos electrofisiológicos con y sin guía ecográfica.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico por el mismo equipo médico. Fueron incluidos de manera consecutiva todos los pacientes a los que en el periodo entre junio 2023 y marzo 2024 se les realizó un procedimiento electrofisiológico invasivo por vía femoral. Las variables dependientes obtenidas fueron: complicaciones vasculares, punciones arteriales no intencionales y dolor en el sitio de punción en el primer control ambulatorio (escala subjetiva del dolor del 1 al 10). Se evaluaron las siguientes variables independientes: tipo de procedimiento, diagnóstico, edad, IMC, uso anticoagulación, uso de guía ecográfica, experiencia del operador (fellow/staff), número y tamaño de introductores. Se utilizaron test paramétricos y no paramétricos según corresponda para comparar las muestras.

Resultados: Fueron incluidos 104 pacientes, 89 casos (86%) fueron realizados con guía ecográfica y 15 casos (14%) sin guía ecográfica. 57 hombres (55%), edad media de 49 años (DE +/- 18), IMC medio 26.1 (DE +/- 6), 79 % fueron ablaciones y 21 % estudios electrofisiológicos. El 30% de los procedimientos fueron realizados bajo tratamiento anticoagulante, el 67 % de las punciones las efectuaron médicos de staff. La cantidad de introductores por paciente fueron: 1 (11%), 2 (48%), 3 (39%), 4 (2%). No hubo diferencias significativas entre grupos (con y sin guía ecográfica) en las variables mencionadas. Se realizaron punciones arteriales no intencionales en 7 de 15 (47%) en el grupo no guiado y en 5 de 89 (6%) en el grupo guiado por ecografía ($p < 0.05$). No se observaron complicaciones vasculares en el grupo con guía ecográfica y ocurrió una en el grupo sin guía ecográfica. La misma fue un pseudoaneurisma en una paciente obesa (IMC 37.6) sometida a ablación de FA sin suspensión de anticoagulación. No se obtuvieron diferencias significativas en la percepción del dolor entre ambos grupos en el control ambulatorio realizado, en promedio, a los 6 días.

Conclusiones: La guía ecográfica demostró una reducción en las punciones arteriales y podría reducir las complicaciones vasculares, aunque dada la baja tasa de complicaciones sería necesaria un mayor tamaño de muestras para demostrarlo.

0090. CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON GENOTIPO ASOCIADO AL SÍNDROME QT LARGO CONGÉNITO. EXPERIENCIAS DURANTE UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Arritmias y Electrofisiología

Paola SETTEPASSI | Hyun Sok YOO | Florencia Lucía MUSCHIETTI | Daniel ETCHEVERRY | Hugo Ariel GARRO | Analia Gladys PAOLUCCI | Mario Bruno PRINCIPATO | Justo CARBAJALES

Clínica Zabala

Tabla 1

Características genéticas y clínicas		
KCNQ1 (SQTL1)	13	30%
KCNH2 (SQTL2)	29	65%
SCN5A (SQTL3)	2	5%
Nonsense	5	11%
Missense	25	57%
Frameshift	14	32
Familiar con MS	35	80%
Síncope	17	39%
Paro cardíaco	3	7%
QTc (mseg ± DS)	481 ± 22	
QTc ≥480 mseg.	29	66%
Fenotipo permanente	14	32%

Introducción: El síndrome de intervalo QT largo (SQTL) congénito es una canalopatía hereditaria que se caracteriza por una prolongación del intervalo QTc que predispone a sus portadores a padecer episodios sincopales y/o muerte súbita (MS). Debido a la naturaleza congénita y al diagnóstico a edades tempranas, los portadores del genotipo asociado a SQTL cursan la enfermedad a lo largo de toda su vida.

Objetivos: Mostrar las características genéticas y clínicas de los pacientes (p) con genotipo asociado a SQTL congénito durante un seguimiento a largo plazo.

Materiales y Métodos: 44 p (26 mujeres) con una edad de 35 ± 17 años con genotipo positivo de SQTL congénito fueron seguidos durante 93 ± 88 meses. Las variables numéricas fueron expresadas en medias \pm desvío estándar y porcentajes (%) según corresponda.

Resultados: El 30% de los p correspondían al genotipo de SQT1 (KCNQ1), el 65% al de SQT2 (KCNH2) y 5% al de SQT3 (SCN5A). El 57% tenía la mutación missense (con cambio de sentido), el 32% nonsense (sin sentido) y el 11% frameshift (con cambio de marco de lectura). El intervalo QT corregido fue de 481 ± 22 mseg. El 66% de los p manifestó el fenotipo de SQT (QTc >480 mseg) pero sólo el 32% tuvo fenotipo permanente (tabla 1). El 39% tuvo episodios sincopales. El paro cardíaco fue la primera manifestación clínica en el 7% de los p. El 11% tuvo recurrencia de síncope aún luego de terapia farmacológica específica y el 5% padeció MS durante un seguimiento de 93 ± 88 meses. Siete p requirieron el implante de un cardiodesfibrilador (CDI) a la edad de 22 ± 6 años. De ellos, el 29% tuvo choques por taquicardia o fibrilación ventricular (TV/FV) y el 58% complicaciones asociadas a los dispositivos implantables (infección o desplazamiento/fractura de catéter) durante el seguimiento de 121 ± 75 meses (tabla 2).

Tabla 2

Seguimiento		
Betabloqueantes	41	93%
Bloqueante Na	2	5%
Recurrencia de síncope	5	11%
MS	2	5%
Implante CDI	7	16%
Edad de implante	22 ± 6	
Recambio del CDI (n° dispositivos/p)	2,1	
Choque x TV/FV	2	29%
Infección asociada a CDI	2	29%
Desplazamiento o fractura de catéter	2	29%

Conclusiones: El 95% de los p eran portadores del genotipo de SQT1 o SQT2. Más de la mitad de ellos tenían una mutación puntual missense. La mayoría de los p manifestaron el fenotipo de SQT pero de manera intermitente y eran asintomáticos. Los choques de CDI por TV/FV fueron observados en 2 p, ambos con indicación de prevención secundaria de MS. La temprana edad de implante de CDI en los p con SQT y la elevada tasa de complicaciones asociadas a los dispositivos a largo plazo exigen una evaluación amplia y minuciosa al momento de indicarlos.

0091. PREVALENCIA E IMPACTO CLÍNICO DE LAS ANORMALIDADES DE LA REPOLARIZACIÓN VENTRICULAR EN EL ACV ISQUÉMICO AGUDO

Arritmias y Electrofisiología

Carlos Alberto INGINO | Gastón Alfredo RODRIGUEZ GRANILLO | Juan José CIRIO | María Laura CABALLERO | Leonardo Luis CÁCERES |
Celina CIARDI | Lucia FONTANA | Pedro LYLYK

ENERI - Instituto médico Dr. Pedro Lylyk y Asoc.

Introducción: El ECG estándar ha demostrado su utilidad tanto en la estratificación del riesgo de ataque cerebro-vascular (ACV), como en la predicción independiente de morbi-mortalidad en pacientes con ACV agudo. Por su parte, el papel de las alteraciones de la repolarización ventricular ha sido poco investigado en pacientes con ACV isquémico, particularmente, en la fase aguda.

Objetivos: Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia y el impacto clínico de la depresión del segmento ST y la onda T negativa (ST-T) evaluados mediante el ECG de ingreso en pacientes con ACV isquémico agudo (ACVi).

Materiales y Métodos: Se estudiaron pacientes con ACVi que ingresaron a un Centro Integral de ACV entre octubre de 2020 y junio de 2022. La gravedad del ACV se evaluó mediante la puntuación de la Escala de ACV del Instituto Nacional de Salud (NIHSS): una puntuación >5 indicó un ACVi moderado-grave. Se analizaron los hallazgos del ECG al ingreso para determinar su relación con la duración de la internación, el NIHSS al alta y la mortalidad hospitalaria. Los criterios de exclusión fueron: hemorragia intracerebral o subaracnoidea; antecedente de traumatismo craneo dentro de los 3 meses; enfermedad cardiovascular aguda (ej. IAM); enfermedad infecciosa aguda (ej: SARS-CoV-2); ECG incompleto; o afecciones relacionadas con anomalías de la repolarización (como consumo de drogas, alteraciones electrolíticas, marcapasos o trastornos inducidos por fármacos).

Resultados: Se incluyeron 221 pacientes con ACVi (edad media $71,8 \pm 12,8$ años, 56% varones). Se detectó un ECG anormal en 170 (77%) pacientes. Los hallazgos más frecuentes fueron: alteraciones ST-T en 80 (36%), alteraciones de la conducción intraventricular en 71 (32%), fibrilación auricular (FA) en 65 (29%), hipertrofia ventricular izquierda en 39 (18%) y onda Q patológica en 34 (15%) pacientes. Durante la internación, veinte (9%) pacientes fallecieron y 64 (32%) tuvieron NIHSS >5 al alta. La duración de la internación fue más prolongada entre los pacientes con FA [FA $9,0$ (6,5; 20,5) días, vs. sin FA $5,0$ (3,0; 11,0) días, $p < 0,0001$] y en pacientes con alteraciones ST-T [ST-T $9,0$ (4,0; 21,0) días, vs. sin ST-T $5,0$ (3,0; 10,0) días, $p < 0,0001$]. La presencia de: ECG anormal ($p < 0,0001$), FA ($p = 0,027$) y alteraciones ST-T ($p < 0,0001$), se asoció con muerte hospitalaria o NIHSS >5. En el análisis de regresión logística, el único predictor independiente de dicha combinación fue la presencia de alteraciones ST-T [OR 3,7 (IC 95% 2,0-6,8), $p < 0,0001$].

Conclusiones: Este estudio identificó la presencia de ciertas alteraciones basales de la repolarización ventricular evaluadas mediante el ECG de ingreso, como una variable asociada con la gravedad y la mortalidad del ataque cerebro-vascular isquémico agudo. El hallazgo resalta la importancia de analizar el ECG de ingreso en este grupo de pacientes.

0092. HIPERTENSIÓN PORTOPULMONAR EN ARGENTINA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN EN UN CENTRO DE BUENOS AIRES

Enfermedad Vascul ar Pulmonar

María Josefina BANCHIO DAL BÓ | Liliana Ethel FAVALORO | Graciela TUHAY | Marcelo VARGAS | Jorge Osvaldo CANEVA

Hospital Universitario Fundación Favalaro

Introducción: La hipertensión portopulmonar (HPpo) es la presencia concomitante de hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión portal (HPo) en pacientes con o sin cirrosis. Afecta al 2-10% de la población con HP, y su prevalencia varía en todo el mundo debido a factores socioambientales, económicos y relacionados con la atención médica.

Objetivos: Describir variables clínicas, ecocardiográficas y hemodinámicas de una población de pacientes con HPpo.

Materiales y Métodos: Se incluyeron nueve pacientes consecutivos diagnosticados con HPpo y monitoreados en un centro en Buenos Aires, Argentina, entre 2016 y 2023.

Resultados: La edad media fue de 62 años (rango 50-67), el 55,5% eran mujeres y el IMC medio era de 25,3; el 88,8% se encontraban en la clase funcional II/III de la OMS y el 66% presentaban signos de insuficiencia cardíaca derecha. La causa más común de enfermedad hepática fue autoinmune (55,5%), seguida de enfermedad alcohólica y otras causas (22,2% cada una). La puntuación MELD media fue de 13,5 puntos y la mayoría de los pacientes fueron clasificados como Child-Pugh B (66,67%). Variables ecocardiográficas: el 33,3% tenía dilatación del ventrículo derecho y solo el 22,2% disfunción sistólica. Cateterismo cardíaco derecho: la media de presión arterial pulmonar media (PAPm) fue de 36 mmHg y la resistencia vascular pulmonar (RVP) media fue de 5,7 Unidades Wood. Todos los pacientes recibieron tratamiento específico desde el diagnóstico: el 88,8% (8/9) estaban con PDE5i: el 22,2% en combinación con ERA y el 11,1% con análogos de prostaciclina. El paciente restante (1/9) recibió monoterapia con macitentan.

Conclusiones: Nuestros pacientes con HPpo presentaron una enfermedad hepática más avanzada (mayores puntuaciones medias de Child-Pugh y MELD) con índices hemodinámicos más bajos en comparación con los reportados en la literatura. Los registros europeos revelaron que la etiología más frecuente de la enfermedad hepática asociada con HPpo en Europa es alcohólica, mientras que en nuestra población la etiología autoinmune fue más común. Aunque este estudio es descriptivo, se necesitan cohortes más grandes en nuestra población para determinar si las diferencias descritas podrían tener implicaciones estadísticamente significativas.

0093. TIEMPOS A LA CONSULTA EN EL SCACEST ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Juan Agustín ÁLVAREZ | María Victoria CARVELLI | Jennifer Alexandra CABEZAS JAMA | Cecilia PEREYRA | Manuel LAGO | Mario Bruno PRINCIPATO | Alejandro TOMATTI | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La demora en la revascularización del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es un aspecto crítico en el pronóstico de estos pacientes. Existen diversos factores que pueden influir en este proceso, siendo los tiempos de consulta de los pacientes un elemento clave.

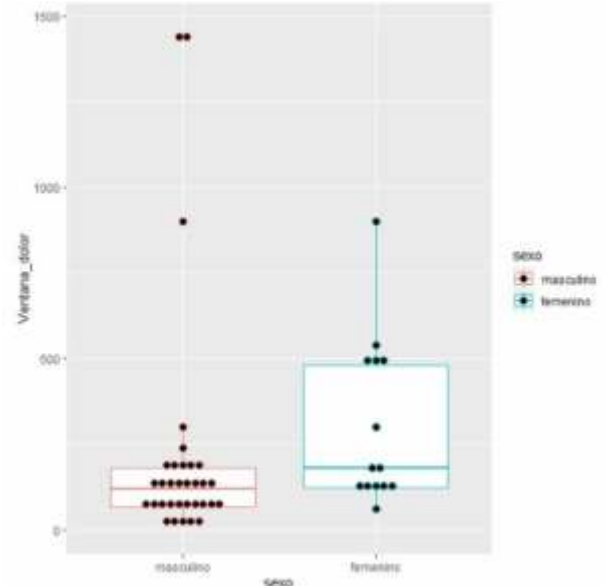
Objetivos: Analizar los tiempos de primer contacto con el equipo médico en pacientes que acuden a nuestra institución por SCACEST, así como identificar los posibles factores que puedan afectar este proceso.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de casos en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires en periodos comprendidos desde Enero del 2021 hasta Enero del 2023. Se incluyeron pacientes que ingresaron con SCACEST. Los tiempos se evaluaron en minutos considerando el período comprendido entre el inicio del evento (el último episodio de dolor que motivo la consulta) y el arribo al centro (primer contacto con un médico). Este último dato se obtuvo de los registros administrativos de la guardia del hospital. Los valores se expresaron en mediana con los correspondientes rangos intercuartiles. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Mann Withney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

	Total (N=47)
Ventana_dolor (minutos)	
Mean (SD)	243 (322)
Median [Min, Max]	120 [10.0, 1440]
EDAD	
Mean (SD)	60.2 (10.7)
Median [Min, Max]	60.0 [35.0, 79.0]
HTA	
NO	25 (53.2%)
SI	22 (46.8%)
sexo	
masculino	33 (70.2%)
femenino	14 (29.8%)
diabetes	
NO	36 (76.6%)
SI	11 (23.4%)
tabaquismo	
NO	17 (36.2%)
activo	18 (38.3%)
ex TBQ	12 (25.5%)
pasivo	0 (0%)

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes del total de la población 70% fueron hombres, mediana de la edad de la población fue de 60 años rango intercuartil (RIC) 35-79. El 46.8% fueron hipertensos, 23,4% diabéticos, 38,3 % tabaquistas activos y 25,5% ex tabaquistas. (Ver tabla 1) La mediana de tiempo de consulta fue de 120 minutos RIC 10-1440. Observándose una diferencia significativa en el retraso de tiempo acorde al sexo. Siendo para hombres 120 Minutos y mujeres 180 minutos $p=0.015$. (Ver Imagen 2)

Conclusiones: A pesar de los esfuerzos de múltiples campañas de concientización, las mujeres continúan retrasando su consulta médica. Los estereotipos de género y los roles sociales asignados pueden influir en la manera en que las mujeres perciben y responden al dolor. Muchas pueden atribuirlo a causas no cardíacas, como el estrés o la ansiedad, y pueden sentirse renuentes a buscar atención médica por temor a ser percibidas como exageradas. Es imperativo reiterar la relevancia de una consulta precoz ante la presencia de síntomas, dado que los tiempos para la revascularización en el contexto de SCACEST son determinantes para el pronóstico de nuestros pacientes.



0105. DISMINUCIÓN DEL SUPRADESNIVEL DEL SEGMENTO ST LUEGO DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO Y EL HALLAZGO DEL VASO CERRADO ¿PODEMOS SEGUIR CONFIANDO EN ESTE CRITERIO DE REPERFUSIÓN?

Cardiopatía Isquémica

Gustavo Cesar ROMERA | Natalia Cecilia CARLI
Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) constituye una emergencia y requiere intervención inmediata para restablecer el flujo y minimizar la lesión miocárdica. Aunque la angioplastia primaria es el tratamiento de elección, las restricciones en la infraestructura sanitaria muchas veces obligan a que un número significativo de pacientes reciba tratamiento fibrinolítico como alternativa inicial. La reperfusión efectiva post-trombolíticos es crucial y se evalúa mediante la mejora de los síntomas isquémicos y la disminución de la sumatoria de la elevación del segmento ST en un 50% o más. La falta de reperfusión efectiva conlleva la necesidad de considerar intervenciones adicionales, como la angioplastia de rescate, que debe realizarse lo antes posible.

Objetivos: Re-evaluar la efectividad de los criterios de reperfusión post-trombolíticos y el impacto de la misma en las características angiográficas posteriores.

Materiales y Métodos: Se realizó una serie de casos retrospectiva que incluyó a 6 pacientes con diagnóstico IAMCEST. Criterios de inclusión: diagnóstico de IAMCEST, ingreso al hospital dentro de las 6 horas del inicio del dolor torácico, ausencia de antecedentes de infarto o procedimientos de revascularización previos y de contraindicaciones para recibir fibrinolíticos. Se documentó la edad y el sexo de cada paciente. Todos los pacientes fueron sometidos a cinecoronariografía para evaluar la anatomía coronaria y el grado de obstrucción vascular. Se analizó el porcentaje de obstrucción de la arteria responsable del evento en cada caso.



Fig. 1: Disminución del supradesnivel del ST como criterio de reperfusión en el SCACEST

Resultados: Los casos se categorizaron según el cumplimiento del criterio electrocardiográfico de reperfusión (descenso del segmento ST de al menos 50%). En el grupo que logró este criterio ("grupo exitoso"), la media de disminución del segmento ST fue del 71,7%. Por otro lado, el grupo sin éxito ("grupo no exitoso") en la reperfusión electrocardiográfica mostró una reducción media del segmento ST de solo el 20,0% (p=0,63). Un tercio de los casos, sin diferenciación entre los grupos de éxito o fracaso en la reperfusión, presentaron RIVA durante el periodo de estudio. En términos de seguridad, no se registraron casos de sangrado menor o mayor, ni reacciones alérgicas al trombolítico. El tiempo hasta la realización del cateterismo cardiaco varió significativamente entre los grupos. En los pacientes sin éxito en la reperfusión electrocardiográfica, la media hasta la realización de la CCG fue de 270 minutos. Para el grupo con terapia trombolítica exitosa, este tiempo se extendió a una mediana de 1020 minutos, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (p=0,05). La reperfusión electrocardiográfica se asoció a mayor tiempo hasta la intervención coronaria siendo que la severidad de la obstrucción arterial fue comparable entre los grupos.

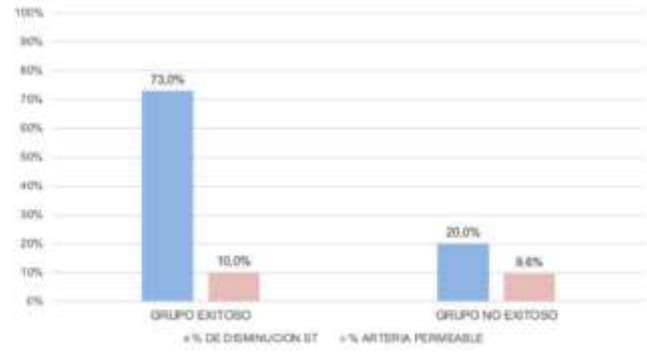


Fig. 2: Porcentaje de disminución del ST en relación al porcentaje de arteria permeable post trombolisis.

Conclusiones: Estos datos ponen en relieve las limitaciones de los criterios electrocardiográficos como indicadores de éxito terapéutico. Aunque un descenso significativo del ST puede indicar una reperfusión inicial, no necesariamente garantiza la apertura del vaso y la recuperación de flujo coronario debiendo tener, la presencia de dichas lesiones coronarias, una intervención sin demoras de evaluación. Sería necesario considerar la revisión de los protocolos actuales y realizar nuevos estudios para incluir seguimientos más rigurosos y potenciales intervenciones más tempranas, ya que la espera en la administración del trombolítico, el análisis de los criterios de reperfusión a los 60-120min de terminada la infusión y la puesta en marcha del protocolo para la realización del cateterismo cardiaco sumarian minutos vitales en la verdadera reperfusión buscada.

0106. PRESIÓN PROPORCIONAL DEL PULSO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA ¿CRITERIO DE CONGESTIÓN?

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Investigación Básica

Ana Inés María VINUESA | Guillermo LINIADO | Giuliana TRESENZA | Jorge SZARFER | Juan Carlos GAGLIARDI
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La presión proporcional del pulso (PPP) se define como (PAS-PAD)/PAS donde PAS es la presión arterial sistólica y PAD la diastólica. Esta relación se correlaciona de manera directamente proporcional con el índice cardíaco en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). La hipótesis de nuestro trabajo es que la PPP podría vincularse a signos y síntomas (SyS) de IC así como hallazgos estructurales y funcionales del Eco Doppler Cardíaco y tisular (Eco).

Objetivos: evaluar la asociación entre PPP y SyS de IC y hallazgos ecocardiográficos de congestión en pacientes (p) ambulatorios con IC.

Materiales y Métodos: es un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de p ambulatorios consecutivos con IC incluidos entre febrero de 2023 a marzo de 2024. Se dividió a la población en dos grupos: PPP baja a aquellos con valores < 0.32 y PPP alta con ≥ 0.32 . Para la comparación de variables discretas se empleó el análisis de chi cuadrado y la prueba de T para variables continuas. Se consideró significativo a una $p \leq 0.05$.

Resultados: Se observa una asociación significativa entre PPP baja y disnea, plenitud postprandial, saciedad precoz, distensión yugular y R3. Tabla I Asimismo, se observó en el

Hallazgos clínicos	POBLACIÓN TOTAL n=181	PPP < 0.32 n=31	PPP ≥ 0.32 n=150	p
Edad (años)		58 \pm 12	63 \pm 11	0.01
Diabetes n (%)	56 (31.3%)	14 (46.8%)	42 (28.2%)	0.026
Frecuencia cardíaca LxM		79 \pm 10	72 \pm 13	0.003
Disnea n (%)	115 (63.9%)	23 (95.8%)	92 (61.4%)	0.04
Disnea paroxística nocturna n (%)	18 (10%)	6 (19.4%)	12 (8%)	0.06
Saciedad precoz n (%)	58 (32.8%)	19 (62.3%)	39 (26.7%)	0.0002
Plenitud postprandial n (%)	53 (30%)	14 (46.7%)	39 (26.5%)	0.02
Distensión yugular n (%)	17 (9.5%)	7 (23%)	10 (6.7%)	0.006
R3 n (%)	65 (37%)	18 (58%)	47 (32%)	0.004

Hallazgos Ecocardiográficos	PPP < 0.32 n=31	PPP ≥ 0.32 n=150	p
FEy (%)	30 \pm 15	35 \pm 13	0.04
Relación E/A	1.82 \pm 1.2	1.24 \pm 1.7	0.01
Tiempo de desaceleración (cm/s)	172 \pm 83	225 \pm 96	0.007
E/e'	17 \pm 8	14 \pm 7	0.007
TAPSE (mm)	15 \pm 4	20 \pm 5	< 0.0001

grupo con PPP < 0.32 mayor deterioro de la función sistólica de ambos ventrículos expresado por la menor fracción de eyección de VI y un menor TAPSE y presiones de llenado del VI mayores expresadas por una relación E/e' mayor, una relación E/A mayor un tiempo de desaceleración menor. Tabla 2

Conclusiones: La presión proporcional del pulso se asocia a criterios clínicos y ecocardiográficos de congestión y mayor disfunción sistólica de ambos ventrículos. Su cálculo debería considerarse en el seguimiento del paciente ambulatorio con insuficiencia cardíaca.

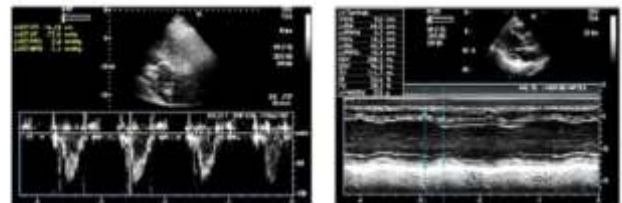
0107. UN MÉTODO SIMPLE PARA CALCULAR LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Guillermo LINIADO | Ana Inés María VINUESA | Giuliana TRESENZA | Maria Fernanda GONDA | Lorena BALETTI | Martin BECK | Juan GAGLIARDI
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La medición de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es fundamental para la adecuada clasificación de la insuficiencia cardíaca (IC) y para su tratamiento. Si bien hay métodos validados y establecidos para su cálculo, en muchas oportunidades, su evaluación por ecocardiografía resulta dificultosa.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es comparar el método de Simpson Biplano como estándar de referencia con un método más simple donde se sortean las dificultades que resultan de la adecuada visualización de los bordes endocárdicos.



Materiales y Métodos: Se evaluó la correlación entre el método de Simpson Bipano (SBP) con otro más simple (Dum) (Dumensnil et al-Can J Cardiol. 1995 Dec; 11(11):1007-14.), que consiste en calcular el volumen sistólico a través del producto entre el área de tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) por la integral de las velocidades medidas con Doppler pulsado a nivel del TSVI. El volumen de fin de diástole se calculó mediante la fórmula de Teicholtz a partir del diámetro de fin de diástole del VI. Los cálculos de la FEVI con Dum se realizaron a posteriori en forma ciega a los resultados obtenidos durante la evaluación en vivo mediante el SBP. Se excluyeron los pacientes con insuficiencia mitral e insuficiencia aórtica mayor que leve. Se empleó el coeficiente de correlación de Pearson (r) y se consideró significativa una $p \leq 0.05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 70 pacientes (p) con insuficiencia cardíaca. 24 p (34%) con FEVI > 40% y 46 p (66%) con FEVI <= 40%. 30 p (43%) presentaban alteraciones segmentarias de la motilidad parietal (ASMP). La FEVI calculada por SBP fue de $36 \pm 11\%$ y por Dum $35 \pm 14\%$ ($p = ns$). La correlación entre ambos métodos fue $r = 0.82$ ($p \leq 0.0001$) para toda la población. En aquellos con ASMP el $r = 0.80$ ($p \leq 0.001$) y en aquellos sin ASMP el $r = 0.84$ ($p \leq 0.001$).

Conclusiones: Este método simple para calcular la FEVI en pacientes con insuficiencia cardíaca mostró una muy buena correlación con el Simpson Biplano en pacientes con y sin ASMP y puede ser una alternativa válida para emplear, en especial, en aquellos pacientes con dificultad para delimitar adecuadamente los bordes endocárdicos.

0110. RESULTADOS DE LA ANGIOPLASTIA GUIADA POR RESERVA FRACCIONAL DE FLUJO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO ENTRE EL PERIODO DE 2021 A 2023

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Nilton Raul MÉNDEZ CHOQUE | Silvia HUARACHI JUAREZ | Leandro PUERTA | Gabriel DIONISIO | Sergio BRANDEBURGO | Natacha RUIZ | Carolina ETCHEVERRY | Sergio CENTENO

Hospital General de Agudos F. Santojanni

Introducción: En el síndrome coronario crónico el tratamiento se toma un desafío a la hora de decidir entre la terapia conservadora o invasiva y en esta última, lo es más aún cuando nos encontramos ante lesiones intermedias. El uso de fisiología coronaria evaluando la reserva fraccional de flujo (FFR) en el laboratorio de hemodinamia para la realización de angioplastia (ATC) es una herramienta útil y segura con la cual nos tenemos que familiarizar.

Objetivos: Determinar los resultados intrahospitalarios de pacientes (p) con síndrome coronario crónico que ingresaron al laboratorio de hemodinamia para cinecoronariografía programada, donde se evidenciaron lesiones intermedias únicas o múltiples de un vaso o enfermedad multivascular; dichas lesiones fueron a angioplastia o no, según el resultado de la guía de reserva fraccional de flujo coronario

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo unicentrico observacional. Se incluyeron 45 p de 27 a 87 años entre los periodos de 2021 a 2023. Se utilizó el test de T para variables continuas y el test de χ^2 para las variables cualitativas

Resultados: Del total de los p estudiados, 30 (66.6%) tuvieron FFR positivo para isquemia. El 77,7% de los p fueron de género masculino, el 71,1% son hipertensos, mientras que la incidencia de diabetes fue 17,7%, de dislipemia el 46,6% mientras que el tabaquismo y la Obesidad rondó el 15%. En cuanto a los antecedentes cardiovasculares un 3,3% tiene antecedente de accidente cerebrovascular, el 42,2% de infarto de miocardio previo, un 6,6% de cirugía de revascularización previa y el 4,4% de enfermedad vascular periférica. Con respecto a la anatomía coronaria, el 93,1% de la población estudiada tenía enfermedad de un vaso y 6,9% enfermedad de dos o más vasos. Las lesiones coronarias se hallaron más frecuentemente en la arteria descendente anterior (DA) (58,3%), mientras que la Circunfleja (CX) y la coronaria derecha (CD) tuvieron similares datos. En cuanto a la revascularización, la DA se trató en más de 65% de los casos, a diferencia de la CX y la CD que tuvieron tasas cercanas al 25%. El éxito en sala fue del 90%, no hubo complicaciones mayores y ningún paciente falleció en la sala ni durante la internación.

Conclusiones: Usar FFR en pacientes con síndrome coronario crónico y lesiones intermedias, como los de la población estudiada, evitó la ATC en un 33% de los casos. El uso de fisiología coronaria para la toma de decisiones en la cardiopatía isquémica, optimiza el uso de la revascularización, identificando lesiones funcionalmente significativas. La disponibilidad del método, es una limitante en nuestro medio.

0111. INFLUENCIAS DEL SEXO Y LA ACTIVIDAD AUTONÓMICA SOBRE LA DISFUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA Y LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN LA ISQUEMIA Y REPERFUSION CEREBRAL

Investigación Básica / Arritmias y Electrofisiología

Ignacio BARBIERI¹ | Verena Beatriz FRANCO RIVEROS¹ | Carla GRECO² | Bruno BUCHHOLZ¹

¹Instituto de Fisiopatología Cardiovascular, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; ²Facultad de Veterinaria - Universidad de Buenos Aires (UBA)

Introducción: Las complicaciones cardíacas están implicadas en un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad en pacientes con accidentes cerebrovasculares. Diversos estudios han demostrado la participación de vías neurohumorales; sin embargo, aún se desconocen muchos mecanismos moleculares autonómicos y su rol diferencial según el sexo.

Objetivos: Estudiar la disfunción ventricular izquierda y los cambios electrocardiográficos durante la isquemia y reperfusión cerebral, y su vinculación con la disautonomía y el sexo.

Materiales y Métodos: En ratones FVB, tanto machos (M) y hembras (H), se realizó una isquemia cerebral de 60 minutos seguida de 24 horas de reperfusión (IR). Para estudiar el rol de la disautonomía, se utilizaron ratones transgénicos (TG) con hiperactividad simpática debido a la sobreexpresión cardíaca de la proteína GS alfa ligada al receptor adrenérgico α_1 . Para evaluar el beneficio del aumento del tono parasimpático, se administró donepezilo (DPZ). Se realizaron estudios electrocardiográficos, ecocardiográficos, de mortalidad, de déficit neurológico con la escala de Longa y el tamaño de infarto cerebral con TTC.

Resultados: El infarto cerebral fue similar en todos los grupos (IR-M: $30,0 \pm 4,3\%$, IR-M-TG: $26,2 \pm 5,0\%$, IR-H: $30,9 \pm 4,1\%$, IR-M-TG+DPZ: $32,5 \pm 7,6\%$; $p=NS$). Observamos una disminución estadísticamente significativa de la fracción de eyección (FE) al final de la reperfusión en machos (IR-M: $65,9 \pm 1,5\%$ vs SHAM-M: $74,3 \pm 0,8\%$; $p<0,01$), en machos TG (IR-TG: $66,5 \pm 1,4\%$ vs SHAM-TG: $73,0 \pm 1,2\%$; $p<0,01$), y hembras (IR-H: $67,1 \pm 3,6\%$ vs SHAM-H: $74,3 \pm 6,0\%$; $p<0,01$). La administración de DPZ evitó el deterioro de la FE (IR-TG+DPZ: $74,7 \pm 2,5\%$ vs IR-TG: $66,5 \pm 1,4\%$; $p<0,05$). Los valores de fracción de acortamiento del ventrículo izquierdo (FA) tuvieron un comportamiento similar a la FE. Se observó una prolongación del intervalo QTc tras 60 min de isquemia en machos no transgénicos (IR-M: $143,8 \pm 13,7$ ms vs basal: $125,1 \pm 11,4$ ms; $p<0,001$) y TG (IR-M-TG: $157,4 \pm 5,8$ ms vs basal: $129,2 \pm 5,2$ ms; $p<0,01$), que persistió tras 24h de reperfusión (IR-M: $170,3 \pm 15,2$ ms, $p<0,001$ vs basal; IR-M-TG: $158,9 \pm 2,9$ ms, $p<0,01$ vs basal). En las hembras, el QTc no se prolongó durante la isquemia ($138,0 \pm 10,2$ ms), pero sí lo hizo a las 24hs de reperfusión ($179,8 \pm 16,2$ ms vs basal: $128,0 \pm 4,4$ ms; $p<0,001$). No se observó una prolongación del QTc en los ratones TG a los que se administró DPZ (Basal: $143,8 \pm 13,1$ ms; 60min: $132,2 \pm 21,4$ ms; 24hs: $155,9 \pm 17,1$ ms; $p=NS$). El intervalo Tp-Te se prolongó solo en el grupo TG a los 60 minutos de isquemia respecto al basal: ($16,5 \pm 2,0$ ms vs $10,8 \pm 3,2$ ms, respectivamente; $p<0,05$) y más aún a las 24hs ($21,4 \pm 3,9$ ms; $p<0,001$). El DPZ revirtió dicha prolongación (basal: $17,7 \pm 4,6$ ms; 60 min isq: $12,2 \pm 3,0$ ms; 24hs: $21,7 \pm 5,9$ ms; $p=NS$). La sobrevida de los ratones machos TG fue menor que la de los no transgénicos ($36,8\%$ vs $42,9\%$, respectivamente), lo cual fue incrementado con la administración de DPZ ($50,0\%$). La sobrevida de las hembras fue mayor que la de los machos ($61,5\%$).

Conclusiones: La isquemia y reperfusión cerebral provoca una disfunción ventricular izquierda leve de manera similar en ratones machos y hembras. Los cambios electrocardiográficos se ven agravados en ratones con hiperactividad simpática, lo cual es revertido con la administración de DPZ. Las hembras tienen menos compromiso electrocardiográfico y menor mortalidad que los machos.

0114. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ÁMBITO METROPOLITANO DE BUENOS AIRES

Enfermedad de Chagas

María Victoria CARVELLI | Hyun Sok YOO | Cesar CHAPARRO | Grover Gustavo VILLAFAN RAMIREZ | Alejandro TOMATTI | Mario Bruno PRINCIPATO | Hugo Ariel GARRO | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La enfermedad de Chagas (ECh) es una enfermedad infecciosa endémica de América del Sur causada por un parásito protozoario (*trypanosoma cruzi*). Su creciente propagación regional y global es el resultado de un problema de salud en cual intervienen diversos factores socio-económicos y sanitarios. Actualmente hay unos 75 millones de personas en riesgo de infección.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y epidemiológicas en la población de los pacientes (p) con ECh en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Determinar las diferencias clínicas y epidemiológicas entre los grupos de p con edad menor (<) de 50 años y mayor (>) de 50 años.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 441 p (67,8% mujeres) ambulatorios con serología positiva de ECh. Se realizaron una evaluación clínica y epidemiológica, ECG, Holter y ecocardiograma Doppler para determinar la presencia de trastornos de conducción, arritmias cardíacas y cardiopatía estructural con deterioro severo de fracción de eyección (FEY <35%) del ventrículo izquierdo (VI). Los valores se expresaron en media \pm desvío estándar y porcentajes. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de la T de Student y de chi cuadrado según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La edad de los p fue de 59 ± 26 años (Tabla 1). El 97,4% residían en el AMBA (36,5% en CABA y 60,9% en Bs As). El 51,5% procedían de la región del Norte Grande de Argentina (NGA), el 30,8% de Bolivia y el 4,3% de Paraguay. El 27,9% tenía hipertensión arterial (HTA), el 9,3% diabetes (DBT), el 0,5% enfermedad coronaria y el 4,3% fibrilación auricular. El 14,7% eran portadores de marcapasos o cardiodesfibrilador implantable. El 18,8% tenía BRD y el 1,8% BRI. El 4,5% tenía FEY del VI <35%. Hubo diferencias significativas entre los grupos de < 50 años y > 50 años en la procedencia de los p (NGA: 39,7% vs 60,7%, $p = 0,001$; Bolivia: 50% vs 36,4%; $p = 0,03$, Tabla 2). El grupo de < 50 años mostró una prevalencia menor de los factores de comorbilidad (HTA: 2,9% vs 32,9%, $p = 0,0001$ y DBT: 1,5% vs 10,7%, $p = 0,01$) y de los trastornos de conducción intraventricular (BRD: 10,3% vs 20,1%, $p = 0,05$; BRI: 0% vs 2,1%, $p = NS$). No hubo diferencias significativas en la prevalencia de fibrilación auricular (2,9% vs 4,5%, $p = NS$) ni cardiopatía estructural severa (FEY <35%: 0% vs 5,3%, $p = NS$). El implante de marcapasos permanente fue similar entre ambos grupos (11,8% vs 12,8%, $p = NS$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con ECh de nuestro estudio fueron individuos adultos mayores oriundos de la región de NGA y Bolivia. Casi el 20% de los p presentaba un trastorno de conducción intraventricular. La prevalencia de cardiopatía estructural severa fue de 4,5%. Los factores de comorbilidad (HTA y DBT) y el trastorno de conducción intraventricular fueron más prevalentes en el grupo > 50 años. Sin embargo, el implante de marcapasos fue similar entre ambos grupos etarios.

Características clínicas y epidemiológicas		
Sexo (mujeres)	299	67,8%
Edad (años)	59 \pm 26	
Residencia		
CABA	161	36,5%
Bs As	269	60,9%
Procedencia		
NGA	227	51,5%
Sgo. Estero	110	24,9%
Chaco	44	10,0%
Salta	22	5,0%
Jujuy	20	4,5%
Bolivia	136	30,8%
Paraguay	19	4,3%

Seguimiento	< 50 años (n = 69)	> 50 años (n = 373)	p
Sexo (mujeres)	70,6%	67,1%	NS
Procedencia			
NGA	39,7%	60,7%	0,001
Bolivia	50,0%	36,4%	0,03
Dispositivos			
MCP	11,8%	12,8%	NS
CDI	0,0%	2,4%	NS
BRD	10,3%	20,1%	0,05
BRI	0,0%	2,1%	NS
FA	2,9	4,5%	NS
HTA	2,9%	32,9%	0,001
DBT	1,5	10,5%	0,01
FEY <35%	0,0	5,3%	NS

0115. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCION DEL EMPEORAMIENTO DE LA CONGESTIÓN Y LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Cristhian Emmanuel SCATULARO¹ | Luciano BATTIONI² | Analia Laura GUAZZONE¹ | Guillermina ESPERON³ | Luciana Ayelen CORSICO ZARATE³ | Hugo Omar GRANCELLO¹

Sanatorio Trinidad Palermo¹; Consejos: Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri"²; Sanatorio Sagrado Corazón³

Introducción: La evolución de la congestión y la función renal durante el tratamiento con diuréticos endovenosos tiene importancia pronóstica en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA).

Objetivos: Correlacionar el empeoramiento de la congestión y de la función renal con la evolución clínica en pacientes con ICA durante la internación.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico que incluyó consecutivamente pacientes hospitalizados por ICA en Unidad Coronaria (UCO). Se excluyeron pacientes en shock, con creatinina >2,5mg% o con asistencia respiratoria al ingreso. Los pacientes recibieron 40 mg de furosemida endovenosa al ingreso y el tratamiento diurético durante la internación se basó en un protocolo preestablecido. Se evaluaron variables clínicas, bioquímicas y ecocardiográficas durante toda la internación. Se definió empeoramiento de la ICA (EICA) como el aumento de la gravedad de la congestión clínica o el inicio de inotrópicos a partir de las 72 horas de la internación. Se definió empeoramiento de la función renal (EFR) como el aumento del 25% en la Cr o un aumento absoluto de 0,3 mg/dl durante la internación. Se establecieron cuatro grupos según el desarrollo de EICA y EFR: grupo EICA-EFR, grupo EICA sin EFR, grupo EFR sin EICA, y un grupo sin estos eventos. Se definió eficiencia diurética (ED) en las primeras 24 horas de la internación como el cociente entre balance hídrico negativo y dosis de furosemida endovenosa administrada.

Resultados: En los 157 pacientes analizados, la edad fue 74 años (RIQ 62-83) y 56% eran hombres. El 43% (N=68) presentaba fibrilación auricular y 20% (N=31) enfermedad renal crónica. Las principales etiologías de ICA fueron la miocardiopatía isquémica en el 27% (N=43), valvular en el 22% (N=35) e hipertensiva en el 15% (N=24) de la cohorte. Las características basales de la población se describen en la Tabla 1. El 10,2% (N=16) pertenecían al grupo EICA-EFR, 32% (N=51) EICA sin EFR, 10,2% (N=16) EFR sin EICA, y 47% (N=74) sin estos eventos. Durante la internación el 12,7% (N=20) requirió furosemida >240 mg/día, 8% (N=13) BT, 1 paciente SSH y el 4% (N=6) TRR. El grupo EICA-EFR presentó peor ED (-12 mg/ml, RIC -27 a -9). Los grupos EICA-EFR y EICA sin EFR presentaron un mayor requerimiento de furosemida endovenosa (300 mg y 220 mg respectivamente, p <0,001), menor reducción de NT-proBNP (75% y 67% respectivamente; p 0,043) y menor descenso porcentual de la PSAP (ambos 45%, RIC 40 – 57; p 0.01) a las 72 horas con respecto a los otros grupos que no presentaron empeoramiento de la congestión. La duración de la internación en UCO fue mayor en los grupos EICA-EFR (8.5 días, RIC 6 – 14) y EICA sin EFR (7 días, RIC 5 - 12) (p<0,001) (Tabla 2).

Conclusiones: En esta cohorte, los pacientes hospitalizados por ICA que desarrollaron EICA, independientemente del desarrollo de EFR, tuvieron mayor requerimiento de furosemida, menor reducción del NT-proBNP y mayor estancia en la UCO. Asimismo, los pacientes que desarrollaron EFR con EICA tuvieron peor evolución clínica que aquellos que presentaron EFR con mejoría de la congestión durante el tratamiento diurético.

Tabla 1: Características basales de la población

Abreviaturas: EICA (empeoramiento de Insuficiencia cardíaca aguda), EFR (empeoramiento de la función renal), FEV (Fracción de eyección del ventrículo izquierdo), PSAP (Presión sistólica de la arteria pulmonar)

* p de interacción < 0.05

Variable	Total (N=157)	EICA EFR N=16 (10.2%)	EICA sin EFR N=51 (32%)	EFR sin EICA N=16 (10.2%)	Sin EICA o EFR N=74 (47%)
Edad (años) *	74 (62 - 83)	66 (52 - 75)	70 (57 - 82)	76 (63 - 85)	78 (66 - 84)
Sexo masculino	88 (56%)	9 (56%)	32 (63%)	9 (56%)	37 (50%)
Hipertensión arterial *	121 (77%)	12 (75%)	31 (61%)	15 (94%)	63 (85%)
Diabetes	57 (36%)	6 (38%)	21 (41%)	4 (25%)	26 (35%)
Enfermedad renal crónica	31 (20%)	2 (13%)	12 (24%)	2 (13%)	15 (20%)
Fibrilación auricular	68 (43%)	19 (12%)	7 (14%)	6 (38%)	36 (49%)
FEV (%)	40 (30 - 50)	55 (37 - 60)	43 (30 - 57)	50 (30 - 62)	50 (30 - 59)
FEVI reducida (<40%)	67 (43%)	6 (38%)	25 (49%)	7 (44%)	29 (39%)
PSAP (mmHg) *	47 (38 - 55)	53 (35 - 55)	51 (45 - 67)	40 (32 - 45)	45 (38 - 52)
Ew *	15 (14 - 18)	14 (12 - 18)	15 (14 - 18)	15 (11 - 18)	15 (14 - 18)
NT proBNP (pg/ml)	3939 (2260 - 6301)	2704 (1495 - 4710)	4115 (2246 - 6438)	2572 (2297 - 7863)	4001 (2067 - 7483)
Creatinina sérica (mg/dl)	1.18 (0.9 - 1.5)	1.05 (0.9 - 1.4)	1.1 (0.9 - 1.4)	0.95 (0.9 - 1.2)	1.25 (1 - 1.5)
Natriuresis (mEq/L)	183 (74 - 122)	86 (48 - 115)	95 (50 - 125)	108 (86 - 124)	108 (83 - 118)

Tabla 2: Distribución de puntos finales clínicos, ecocardiográficos y bioquímicos

Abreviaturas: EICA (empeoramiento de Insuficiencia cardíaca aguda), EFR (empeoramiento de la función renal), UCO (Unidad coronaria), PSAP (Presión sistólica de la arteria pulmonar)

-Eficiencia diurética en primeras 24 hr: Balance hídrico negativo / dosis de furosemida endovenosa (ml/mg)

* p de interacción < 0.05

Variable	Total (N=157)	EICA EFR N=16 (10.2%)	EICA sin EFR N=51 (32%)	EFR sin EICA N=16 (10.2%)	Sin EICA o EFR N=74 (47%)
Dosis acumulativa de furosemida a 72 hs (mg) *	288 (100 - 220)	300 (210 - 390)	220 (180 - 660)	150 (100 - 160)	140 (100 - 160)
Eficiencia diurética en primeras 24 hs (ml/mg) *	-15 (-14 a -16)	-12 (-27 a -3)	-14 (-19 a -8)	-15 (-19 a -8)	-15 (-22 a -12)
Pérdida de peso a 72 hs (Kg) *	-4.38 (-5 a -2)	-5 (-7 a -4)	-5 (-7 a -3)	-3.5 (-5 a -2)	-3 (-4 a -2)
Reducción >30% de NT-ProBNP a 72 hs *	113 (77%)	12 (75%)	33 (67%)	12 (86%)	58 (82%)
Reducción porcentual de PSAP a 72 hs (mmHg) *	41 (30 - 47)	45 (40 - 57)	45 (40 - 57)	35 (28 - 40)	38 (30 - 45)
Reducción porcentual de Ew a 72 hs	13 (10 - 15)	13 (10 - 15)	13 (10 - 14)	13 (9 - 16)	12 (11 - 15)
Estadía en UCO (días) *	7.56 (4 - 8)	8.5 (6 - 14)	7.05 - 12)	4.5 (4 - 5)	4 (4 - 8)

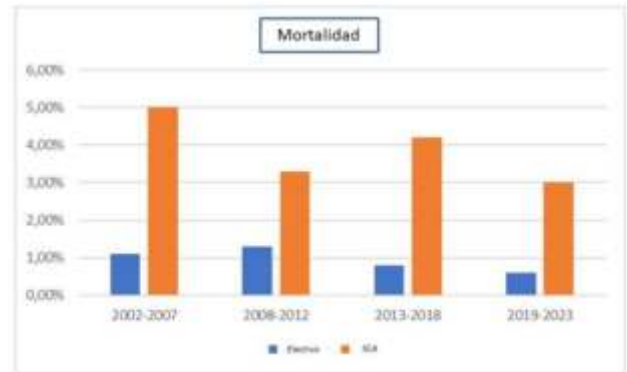
0117. 20 AÑOS DE CRM SIN BOMBA: COMPARACIÓN DE PROGRAMADOS VS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Alan Rodrigo SIGAL | Juan FURMENTO | Mariano VRANCIC | Leonardo SEOANE | Juan ESPINOZA | Fernando PICCININI | Juan Pablo COSTABEL | Daniel NAVIA
ICBA

Introducción: Un número significativo de pacientes que presentan un síndrome coronario agudo (SCA) necesitan una cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Habitualmente, estos casos se caracterizan por una mayor complejidad en comparación con los procedimientos de CRM programados, lo que se traduce en peores resultados intrahospitalarios en términos de morbilidad y mortalidad.

Objetivos: Este estudio pretende dilucidar las variaciones en las características basales y los resultados intrahospitalarios entre los procedimientos de CRM programados y los de los pacientes con SCA, dentro de una cohorte unicéntrica sin bomba de 20 años.



Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos recopilada prospectivamente que abarcaba las intervenciones de CRM realizadas en un único centro de gran volumen de Argentina. Se clasificó a los pacientes en dos grupos para el análisis: cirugías programadas y cirugías de urgencia/emergencia para personas que presentaban un SCA. Se evaluaron las disparidades en las características basales y los resultados hospitalarios notificados, incluida la mortalidad, la utilización de asistencia mecánica, la necesidad de conversión a procedimientos con bomba, la aparición de arritmias, la insuficiencia renal y otros resultados relevantes.

Resultados: Se incluyeron 6.968 pacientes, 4.181 electivos (60%) y 2.787 con SCA (40%). La edad media fue de 63,9 años (IC 95%: 62,4-63,7), y el 88,4% eran varones. El SCA-CRM mostró una mayor proporción de pacientes mujeres que la CRM programada (13,9% vs 10%, $p < 0,01$). Los pacientes que presentaban un SCA tenían una mayor incidencia de infarto de miocardio previo (42,3% frente a 34,8%, $p < 0,01$) y un mayor número medio de arterias afectadas (2,6 frente a 2,3, $p < 0,01$), así como una mayor incidencia de compromiso del tronco coronario izquierdo (28,7% frente a 17,7%, $p < 0,01$), 7% vs 17,7%, $p < 0,01$), y una fracción de eyección media ligeramente inferior (52,7% vs 56,2%, $p < 0,01$), mientras que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad u otras características basales (Tabla 1). Hubo una mayor necesidad de conversión a CRM con bomba en la cirugía del SCA (3,2% frente a 1,9%, $p < 0,01$). La mortalidad hospitalaria (3,8% frente a 0,9%), las complicaciones isquémicas (3% frente a 1,5%), el shock cardiogénico (4,6% frente a 1,3%), el shock distributivo (5,4% frente a 3,9%), el fallo multiorgánico (1,8% frente a 0,4%), el uso de BCIAo (3,2% frente a 0,4%) y el uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) (0,7% frente a 0,2%) fueron más frecuentes en la CRM por SCA. También hubo una mayor incidencia de fibrilación auricular, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular, así como de insuficiencia renal que requirió hemodiálisis. La incidencia de ACV incapacitante fue baja y no fue estadísticamente diferente entre ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes con síndrome coronario agudo que requieren CRM presentan una mayor complejidad anatómica y una morbimortalidad significativamente mayor en comparación con la cirugía electiva. Sin embargo, estos datos respaldan el uso de un abordaje rutinario sin bomba para el SCA con enfermedad multivaso como alternativa factible, con resultados aceptables y una tasa baja de conversión a cirugía con bomba.

0122. VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL KILLIP A DE INGRESO EN EL ALTA PRECOZ DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. REGISTRO ARGEN-IAM-ST

Cardiopatía Isquémica

José Ignacio MACIAS ALCIVAR₁ | Adrian CHARASK₁ | Flavio DELFINO₁ | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA₁ | Carlos BARRERO₂ | Víctor MAURO₂ | Enrique FAIRMAN₂ | Juan GAGLIARDI₃
CLÍNICA SANTA ISABEL₁; CLÍNICA BAZTERRICA₂; GRUPO ARGEN IAM ST₃

Introducción: Los pacientes (pts) que ingresan con un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) a la unidad coronaria (UCO) con un Killip A (KKA) tienen en general una buena evolución intrahospitalaria e inclusive sirve para tomar la decisión de una alta temprana, sin embargo esa valoración inicial puede ser insuficiente en muchos de ellos, dado que no todos los pacientes evolucionan en forma benigna.

Objetivos: 1) establecer la incidencia del KKA de ingreso en la UCO; 2) evaluar la prevalencia de insuficiencia cardíaca evolutiva (IC); 3) mortalidad global y del KKA y 4) analizar el valor predictivo negativo para mortalidad en ausencia o presencia de IC en la evolución.

Materiales y Métodos: Análisis prospectivo, observacional del Registro Nacional de Infarto Agudo de Miorcardio con Elevación del Segmento ST (ARGEN-IAM-ST) desde marzo/2015 hasta marzo /2024. Se incluyeron los pts con KK de ingreso A, B, C y D de acuerdo a la clasificación clásica. y se excluyeron pts con complicaciones mecánicas o datos incompletos. Se considero la IC como complicación. Se excluyeron a los pacientes con complicaciones mecánicas.

Variable	IC (n:300) %	Sin IC (n:5157) %	p
Edad, años*	64 (56-74)	60 (52-67)	<0,001
Sexo masculino	72	81	<0,001
Diabetes	31	25	<0,05
Hipertensión	41	36	NS
Dislipemia	59	51	<0,001
Tabaquismo	31	34	<0,05
Infarto anterior	47	37	<0,001
Trat.Reperfusion	91	91	
Tiempo total isquemia (ATC)*	263 (144-567)	225 (132-420)	0,01
Tiempo total isquemia (FI)*	360 (175-5235)	260 (92-480)	NS
Tipo de reperfusion:			<0,05
ATC primaria	74	80	
Fibrinoliticos	18	13	
Ambas	8	7	
Tiempo puerta balon*	90 (50-155)	82 (46-145)	NS
Vaso culpable DA	59	43	<0,001
ATC exitosa	92,5	98	<0,001
Sangrado:			<0,001
Mínimo	4	2	
Menor	3	0,5	
Mayor	2	0,5	

*Mediana y rango intercuartil 25-75

Resultados: la incidencia de KKA de ingreso fue de 5457/7040 pts (77,5%), la edad mediana 60 años (RIC 52-67), sexo masculino 80%. En la evolución desarrollaron IC 300/5457 pts (5,5%) y una mortalidad de 142/5457 (2,6%), esta representa el 28% de la mortalidad global 142/511 pts. (7,26%). Los pts. KKA complicados con IC en la evolución tuvieron 22% de mortalidad (65/300) versus 1,5% (77/5157) sin IC, p<0,001. El valor predictivo negativo fue de 98% con respecto al 78% en caso que el paciente no tenga IC en la evolución. En la tabla se puede observar las características de los pts. Que desarrollan IC, son más añosos, mayor prevalencia de sexo femenino, IAM de localización anterior y compromiso de la descendente anterior. Menor tratamiento con ATC primaria y mayor tiempo total de isquemia.

Conclusiones: Si bien la mortalidad de los pacientes que ingresan en KKA es baja, su contribución nominal a la mortalidad total es elevada debido a que es la forma de presentación más frecuente. La ausencia de IC en la evolución selecciona un grupo de muy bajo riesgo de mortalidad que permite asegurar un alta temprana. Implicancia clínica: para un alta precoz el KKA de ingreso selecciona a un grupo de bajo riesgo pero debe complementarse con el Killip de evolución.

0133. RESULTADOS HOSPITALARIOS DEL REGISTRO LATINOAMERICANO DE ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST-T (LATAMI)

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Alfredo Matías RODRIGUEZ GRANILLO¹ | Leonardo SOLORZANO² | Gilberto PEREZ OMAÑA³ | Reynaldo GOMEZ VALERIO⁴ | Juan GUIROY⁵ | Juan MIERES⁶ | Carlos FERNÁNDEZ PEREIRA¹ | Alfredo Eduardo RODRÍGUEZ¹

Sanatorio Otamendi¹; Cardiocentro²; Policlínica Táchira³; Centro De Intervenciones Cardiovasculares⁴; Instituto Cardiovascular⁵; Sanatorio Las Lomas⁶

ntroducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST-T (IAMCEST) es una causa importante de morbimortalidad cardíaca. La revascularización con angioplastia (ATC) es el tratamiento estándar para el tratamiento del IAMCEST. La Organización Panamericana de la Salud puso como objetivo para la agenda 2018 a 2030 disminuir la enfermedad cardiovascular en la región. Por esta razón, es fundamental conocer como son los resultados de ATC en el infarto en latinoamerica.

Objetivos: Los objetivos fueron los de evaluar las características de la población, conocer los tiempos de reperusión y la mortalidad de cualquier causa durante el procedimiento y en la internación de los pacientes sometidos a angioplastia por IAMCEST. Como objetivos secundarios se analizaron los eventos combinados de muerte de cualquier causa, injuria renal aguda, stent trombosis o revascularización de urgencia y sus componentes individuales y resultados entre subgrupos de interés.

Materiales y Métodos: Este fue un registro prospectivo, multicéntrico y multinacional de pacientes sometidos a ATC en latinoamerica por IAMCEST), que se llevó a cabo en 9 centros de 5 países (Argentina, Ecuador, Venezuela, Bolivia y República Dominicana) desde junio de 2021 hasta junio de 2023. Todos los intervencionistas involucrados en el estudio recibieron su formación original en la misma institución. Los procedimientos incluidos fueron ATC primaria (dentro de las 12 horas de los síntomas), ATC tardía (Entre las 12 a 24 hs post IAMCEST) y ATC farmacoinvasiva (ATC precoz post fibrinólisis dentro de las 24 hs). Se analizaron resultados de los subgrupos específicos por género, edad, enfermedad de múltiples vasos y shock cardiogénico.

Resultados	
Mortalidad global, %	2.2
Stent trombosis, %	2.6
Injuria renal aguda, %	2.4
Revascularización de urgencia, %	2.6
Objetivo Compuesto Secundario, %	6.9

Resultados: Se incluyeron 744 pacientes con IAMCEST sometidos a ATC de forma consecutiva entre junio de 2021 y junio de 2023 en 5 países (9 centros, públicos y privados) del continente; el 76.3% tuvo una ATC primaria, el 8.1% una ATC farmacoinvasiva y el 15.6% tuvo una ATC tardía. El éxito del procedimiento fue del 96.2%, y la mortalidad intrahospitalaria fue del 2.2%, sin diferencias entre regiones. En el subgrupo de ATC primaria, el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el inflado del balón fue de 295.3 +/- 246 minutos, y el tiempo desde la puerta del hospital hasta el inflado del balón fue de 55.8 +/- 49.9 minutos. La edad media fue de 63.4 +/- 13.3 años, de los cuales 23.1% fueron mujeres. 14% tenían infarto previo. Se eligió el abordaje femoral en el 60.5%. En el 3.0% de los pacientes, la arteria culpable fue el tronco coronario izquierdo. El 51.6% tuvieron enfermedad de múltiples vasos. El clopidogrel fue el inhibidor IIb/IIIa más utilizado (53.5%). Las mujeres fueron más añosas (71.7 +/- 14.3 años vs 62.6 +/- 12.5 años, p<0.001) y mayor incidencia de disección coronaria espontánea como causa del IAMCEST (2.3% vs 0.0%, p=0.003). Además tuvieron mayor mortalidad (6.6% vs. 1.3%, p=0.001). Las complicaciones por sangrado fueron del 6.3% de la población total. En tabla 1 se muestran los resultados.

Conclusiones: En centros adecuados de América Latina de países de ingresos bajos/medios, este registro prospectivo en pacientes con IAMCEST muestra que la ATC tiene resultados comparables a los reportados en países desarrollados.

0134. POBLACIÓN FETAL CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del adulto
Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Veronica Andrea CAAMAÑO | Eliana ESQUINQUE | Ana Maria Susana DE DIOS | Julio BIANCOLINI | María Fernanda BIANCOLINI
Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA)

Introducción: En Argentina, alrededor de 7 mil niños nacen cada año con cardiopatías congénitas. Aproximadamente la mitad de estos casos requerirán cirugía en su primer año de vida. Al detectar dicha malformación durante la vida fetal, el pronóstico tiende a ser mejor en términos de comorbilidades y traslado oportuno. Esto permite planificar adecuadamente los cuidados médicos y garantizar que el niño reciba el tratamiento necesario precozmente.

Objetivos: Conocer la población fetal atendida en el hospital Pedro Elizalde, evaluar motivo de derivación, factores de riesgo fetales, maternos, familiares y/o edad gestacional de dicha derivación.

Materiales y Métodos: Muestra poblacional: Evaluar paciente fetales atendidos durante el periodo el 3 de marzo del 2020 hasta el 22 de junio del 2023 en el hospital Pedro Elizalde. Descriptivo, observacional de corte transversal



Tabla 2

Ecocardiograma Alterado	Número absoluto	Porcentaje
166 pacientes		
Patología derecha (Dilatación derecha, Ebstein, ET/AT)	13	8%
Coartación de Aorta/DAP restrictivo	2	2%
Ventriculo único	3	3%
Tetralogía de Fallot	13	9%
Anomalia del situs	8	4%
Comunicación interventricular	20	7%
Doble salida del ventrículo derecho (DSVD)	13	8%
Trasposición de Grandes vasos (TGV)	4	2%
Síndrome de hipoplasia de cavidades izquierda (SHVI)	18	9%
Canal Auriculo ventricular (CAV)	20	9%
Atresia pulmonar con septum íntegro (APSI)	7	4%
Tronco	2	1%
Otras (Hipertrofia septal/arritmias/derrame)	30	36%

Resultados: Durante el período comprendido entre el 3 de marzo de 2020 y el 22 de junio de 2023, se atendieron 1809 pacientes fetales en el servicio de cardiología infantil, lo que representa el 6.6% de las consultas totales. El año 2022 registró el mayor número de consultas fetales, con un total de 750, seguido por 676 en 2021. La mayoría de las consultas de mujeres embarazadas fueron en menores de 35 años, con 117 casos de cardiopatías congénitas. Además, se observaron 36 casos de cardiopatías congénitas en madres de edad avanzada, de un total de 483 consultas. Se identificaron 13 pacientes sin datos de edad, considerados como una falla en la adquisición de datos en la consulta. El principal motivo de derivación fue la enfermedad metabólica materna, con 806 consultas, de las cuales 106 pacientes estaban en tratamiento con insulina y 12 presentaban cardiopatía congénita. La sospecha de cardiopatía congénita fue el segundo motivo de derivación, con un valor relativo del 19.59%, de los cuales un 43.5% resultaron patológicas. El tercer grupo en frecuencia de derivación fueron los pacientes derivados por antecedentes familiares de cardiopatía congénita, con 98 pacientes, de los cuales solo 2 tenían cardiopatía congénita. De los 1809 pacientes fetales evaluados, 166 presentaron alteraciones en el ecocardiograma, de los cuales 123 tenían cardiopatía congénita. Las cardiopatías más frecuentes

diagnosticadas en el servicio fueron el canal auriculoventricular y la comunicación interventricular, seguidas por el síndrome de hipoplasia de cavidades izquierdas, la tetralogía de Fallot y la doble salida de ventrículo derecho. La edad gestacional de derivación más frecuente fue mayor a las 30 semanas, seguida por el rango de 25 a 27 semanas, con un número significativo de pacientes sin constancia de la edad gestacional en la historia clínica. Este resumen destaca la importancia de la detección temprana y el seguimiento de las cardiopatías congénitas en la población fetal, así como la necesidad de mejorar la adquisición y registro de datos en las consultas médicas para obtener información fidedigna y perfeccionar los registros de historias clínicas

Conclusiones: Las cardiopatías congénitas representan una de las principales causas de mortalidad infantil durante el primer año de vida. La detección prenatal es crucial para planificar y coordinar la atención médica adecuada, evitando traslados innecesarios en las primeras horas de vida y garantizando una atención médica en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. Se resalta la necesidad de mejorar la comunicación y el trabajo en equipo entre obstetricia y cardiología infantil, así como la importancia de registrar todos los datos posibles en las consultas médicas para obtener información fidedigna y perfeccionar los registros de historias clínicas. Además, se observa que la frecuencia de cardiopatías congénitas no se mantuvo en línea con la bibliografía internacional, lo que se atribuye al hecho de que el hospital es un centro de derivación.

0136. IMPACTO DEL USO DE TELECONSULTAS EN LA HUELLA DE CARBONO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA CARDIOLÓGICA PROGRAMADA EN UN CENTRO

*Medicina Digital e Inteligencia artificial
Prevención Cardiovascular y promoción de la salud*

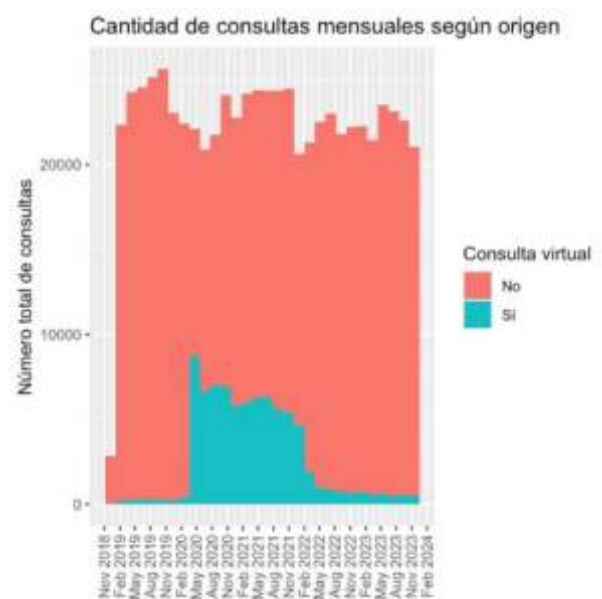
Lucas Leonardo SUÁREZ | Mariano N. BENZADON | Guido COSTA | Alejandro Daniel ARANGUREN
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Enfrentar el cambio climático requiere medir y reducir la huella de carbono de las actividades profesionales. Las teleconsultas ofrecen una posible solución al disminuir los desplazamientos de los pacientes. La influencia de la contaminación atmosférica en las enfermedades cardiovasculares varía globalmente, siendo más grave en países de bajos ingresos. Esta misma se asocia con mayor riesgo de infarto y accidente cerebrovascular. La contaminación también está vinculada a factores de riesgo como hipertensión y diabetes, con evidencia de efectos tanto a corto como a largo plazo, señalando su importancia como factor de riesgo modificable a nivel mundial. En respuesta a la pandemia las aseguradoras ampliaron la cobertura de teleconsultas hasta principios de 2022, proporcionando una oportunidad única para evaluar la adopción y el impacto ambiental del uso liberal de videollamadas en la atención ambulatoria cardiológica.

Objetivos: Este estudio busca evaluar si el uso liberal de teleconsultas, especialmente cuando están cubiertas por el seguro de salud, ofrece un medio para mitigar la huella de carbono asociada con los viajes de los pacientes.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo que cubrió todas las consultas ambulatorias desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2023. Los datos de los pacientes se categorizaron en tres grupos para ser comparables: Grupo 1 (2019) - antes de la pandemia con políticas restrictivas de teleconsulta, Grupo 2 (2021) - uso liberal de teleconsultas durante la pandemia, y Grupo 3 (2023) - después de la pandemia con cobertura restrictiva de teleconsulta por parte de las aseguradoras. Se calcularon las distancias entre las residencias de los pacientes y los centros de atención médica, y se estimó la huella de carbono basada en las emisiones de un vehículo de combustión promedio. Además, se tuvo en cuenta el ahorro de distancia y de carbono cuando las consultas evitaban los viajes del paciente por ser virtuales.

Resultados: De las 669.354 consultas ambulatorias realizadas durante el período de estudio, 589.217 fueron presenciales y 80.137 fueron virtuales. La comparación de los grupos analizados reveló un aumento significativo en la proporción de consultas virtuales con el uso liberal: 25% en el Grupo 2 versus 1% en el Grupo 1 y 2.5% en el Grupo 3 ($p < 0.001$). El uso liberal de teleconsultas no se asoció con un aumento en el número de consultas por año por paciente, con una mediana de 2 visitas en los tres grupos. Los kilómetros totales de viaje evitados debido a consultas virtuales fueron 562.388 km para el Grupo 1, 2.560.990 km para el Grupo 2, y 356.080 km para el Grupo 3 ($p < 0.001$). Esto se tradujo en una reducción de la huella de carbono por año de 141.722 kg de CO₂ para el Grupo 1, 645.369 kg de CO₂ para el Grupo 2, y



89.732 kg de CO₂ para el Grupo 3 (p<0.001). La huella de carbono global generada por los viajes asociados con las consultas presenciales fue de 7.524.789 kg de CO₂. Considerando el número total de pacientes atendidos desde 2019 hasta 2023, el ahorro en la huella de carbono producido por las consultas virtuales fue de 1.429.351 kg de CO₂, equivalente a volar 2.697 veces de Buenos Aires a Río de Janeiro, Brasil.

Conclusiones: Las políticas de teleconsulta liberal efectivamente reducen la huella de carbono de la atención cardiológica sin aumentar el número de consultas por paciente. La integración de la telemedicina en las estrategias de atención médica ofrece beneficios ambientales disminuyendo la emisión de gases de efecto invernadero que tienen un impacto negativo en la salud cardiovascular de la población.

0138. ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON AFECTACIÓN MULTIVALVULAR

Valvulopatías

María Celeste D'ORTO | María Cecilia GARCÍA LEÓN | María Jose MARTINEZ | Juan Jose BACIGALUPE | Graciela REYES | Javier MARIANI
Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) con afectación multivalvular (EIMV) es una entidad grave y poco frecuente, asociada a una mayor tasa de mortalidad y complicaciones en comparación con la afectación de una sola válvula (EIUV). Esta condición no ha sido ampliamente estudiada como una entidad clínica independiente.

Objetivos: Describir y comparar las características clínicas, ecocardiográficas y microbiológicas de los pacientes con EIMV en comparación con EIUV y analizar su evolución intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Registro unicéntrico y prospectivo de una cohorte de pacientes con EI definida. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años con diagnóstico definido de EI, según los Criterios de Duke modificados, desde agosto de 2012 hasta marzo 2024. Criterios de exclusión: diagnóstico alternativo confirmado o de alta probabilidad, EI posible. El análisis incluyó 158 pacientes con diagnóstico confirmado de EI. Se dividieron en dos grupos: aquellos con EIUV y EIMV.

	Total N=158	Grupo 1N=124	Grupo 2N=34	p-value
Edad	49 (32, 58)	47 (32, 57)	54 (38, 60)	0.2
Sexo				0.3
F	52 (34%)	44 (35%)	9 (28%)	
M	103 (66%)	80 (65%)	25 (74%)	
Cardiopatía estructural	34 (22%)	27 (22%)	7 (21%)	0.9
Diabetes	28 (18%)	24 (19%)	4 (12%)	0.3
Dispositivo intracardiaco	15 (9.5%)	14 (11%)	1 (2.9%)	0.2
Cateter endovascular	25 (16%)	22 (18%)	3 (8.8%)	0.2
Hemodiálisis	24 (15%)	21 (17%)	3 (9.4%)	0.4
Válvula protésica	13 (8.2%)	11 (8.9%)	2 (5.9%)	0.7
Tiempo al diagnóstico	29 (7, 30)	15 (7, 30)	29 (15, 30)	0.025
EIV: Aórtica	81 (58%)	58 (47%)	33 (97%)	<0.001
EIV: Mitrál	64 (41%)	33 (27%)	31 (91%)	<0.001
EIV: Pulmonar	6 (3.8%)	3 (2.4%)	3 (8.8%)	0.11
EIV: Tricúspide	21 (13%)	15 (12%)	6 (18%)	0.4
FEyVI	58 (48, 64)	59 (49, 64)	56 (44, 63)	0.2
Hemocultivos positivos	114 (72%)	90 (73%)	24 (71%)	0.8
Germen Rescatado				0.005
Bacilo Gram Negativo	11 (11%)	10 (12%)	1 (5.3%)	
Enterococcus	12 (12%)	9 (11%)	3 (16%)	
Micótico	5 (4.9%)	4 (4.8%)	1 (5.3%)	
Otro	1 (1.0%)	1 (1.2%)	0 (0%)	
Staphylococcus	42 (41%)	40 (48%)	2 (11%)	
Streptococcus	31 (30%)	19 (23%)	12 (63%)	
Diámetro máximo vegetación	17 (11, 22)	16 (10, 21)	20 (13, 24)	0.055
Carga trombótica total	18 (12, 25)	16 (10, 21)	23 (18, 31)	<0.001
Fístula intracardiaca	8 (5.1%)	7 (5.6%)	1 (2.9%)	0.6
Pseudomonas	37 (23%)	22 (18%)	15 (44%)	0.001
Abceso	19 (12%)	13 (10%)	6 (18%)	0.2
Perforación	83 (59%)	63 (51%)	30 (88%)	<0.001
Complicaciones extracardiacas	76 (48%)	58 (47%)	18 (53%)	0.5
Creatinina en sangre	1.00 (0.80, 2.37)	0.99 (0.79, 2.52)	1.27 (0.80, 1.93)	0.8
Insuficiencia cardíaca	94 (59%)	68 (55%)	26 (76%)	0.023
Necesidad de inotrópicos	42 (27%)	28 (23%)	14 (41%)	0.030
CCV de urgencia o emergencia	23 (20%)	12 (14%)	11 (42%)	0.001
Muerte	52 (33%)	35 (28%)	17 (50%)	0.017



Resultados: Se registraron 158 pacientes con diagnóstico de EI. La mediana de edad fue de 49 (32-58). El 34% de la población era de sexo femenino. En 21% se evidenció EIMV. De este grupo, el 21% presentaba antecedentes de cardiopatía estructural, el 2.9% tenía un dispositivo

intracardiaco, el 5.9% una válvula protésica y el 9.4% antecedentes de hemodiálisis. No se encontraron diferencias significativas con respecto al grupo con EIUV. La mediana de días hasta el diagnóstico de certeza fue significativamente mayor en los pacientes con EIMV (29 vs 15, p=0.025). El porcentaje de hemocultivos negativos en la población general fue del 28%, no observándose diferencias significativas entre los grupos. El germen aislado con mayor frecuencia en la población general fue el Staphylococcus (41%), seguido del Streptococcus (30%). Sin embargo el germen más frecuentemente aislado en las EIMV fue el Streptococcus (63% vs 23%), con diferencia estadísticamente significativa (p = 0.005). La combinación más frecuente de afectación multivalvular fue aórtica-mitral (79%). 3 pacientes (8.8%) presentaron afectación de 3 válvulas y solo 1 (2.9%) tuvo compromiso de las 4 válvulas. La mediana de tamaño de las vegetaciones en la EIMV fue de 20 mm. Si bien no se hallaron diferencias significativas respecto de las EIUV (20 vs 16 mm, p 0.055), la sumatoria de las vegetaciones en

múltiples válvulas representó una mayor carga trombotica total (23 vs 16 mm, $p < 0.001$). A pesar de estos hallazgos, no hubo diferencias significativas respecto a la presencia de embolias periféricas. Respecto a las complicaciones intracardiacas, la perforación valvular fue el hallazgo más frecuente, observándose mayor porcentaje en la EIMV (88% vs 51%; $p < 0.001$). La segunda complicación en frecuencia fue el pseudoaneurisma, siendo más común en la población con EIMV (44% frente a 18%, $p = 0.001$). No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la presencia de abscesos y fistulas intracardiacas. La presencia de insuficiencia cardíaca fue mayor en el grupo EIMV (76% vs 55%, $p = 0.023$), así como también la necesidad de inotrópicos (41% vs 23% $p = 0.030$). El grupo EIMV presentó mayores valores de creatinina en sangre, aunque esta diferencia no fue significativa (1.27 vs 0.99 $p = 0.8$). También fue mayor la necesidad de cirugía de urgencia/emergencia en este grupo (42% vs 14%, $p = 0.001$). La mortalidad total fue significativamente mayor en EIMV (50% vs 28%, $p = 0.017$).

Conclusiones: La incidencia de EIMV fue del 21%, siendo la afectación de las válvulas aórtica y mitral la combinación más frecuente. El Streptococcus fue el germen más prevalente. La EIMV se asoció con mayor desarrollo de complicaciones intracardiacas como perforación y pseudoaneurisma, insuficiencia cardíaca, necesidad de uso de inotrópicos y mayor mortalidad.

0140. VALOR DE LA CLÍNICA Y UN NUEVO ÍNDICE YUGULAR-ORTOPNEA PARA DETECTAR AUMENTO DE LAS PRESIONES DE LLENADO DEL VI EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Cardiopatía Isquémica

Guillermo LINIADO | Giuliana Ayelén TRENSENZA | Ana Inés María VINUESA | Patricio Oscar VALLE | Juan Alberto GAGLIARDI
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El examen clínico (EC), es decir la evaluación de los síntomas y signos, son los primeros elementos del diagnóstico y de seguimiento de los pacientes (p) con insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivos: El presente estudio es una evaluación comparativa entre el EC con el Eco Doppler cardíaco y tisular (Eco) con especial hincapié en la evaluación conjunta de la ortopnea y las venas yugulares, que denominamos "índice yugular-ortopnea" (iYO) y su rédito en el diagnóstico de congestión en IC.

Hallazgo clínico	n = 127(%)	Sens	Especif	VPP	VPN	LR+	LR-	p
ORTOPNEA	71 (56)	68	57	69	56	1,58	0,56	0,006
YUG Y/O RHY	38 (30)	41	82	76	51	2,28	0,72	0,004
RALES	15 (12)	16	92	73	44	2	0,91	0,15
R3	56 (44)	57	71	73	55	1,97	0,61	0,02
SFr ≥ 2	9 (54)	62	61	59	53	1,59	0,62	0,01
iYO	22 (17)	31	98	96	51	15,5	0,7	<0,0001

Materiales y Métodos: Se incluyeron p ambulatorios con IC. Luego del EC que incluyó los síntomas y signos clásicos de IC, se realizó un Eco Doppler Cardíaco y Tisular (Eco) dentro de los 7 días posteriores. Se empleó el Score de Framingham para IC (SFr) (Ortopnea, disnea paroxística nocturna, distensión yugular, reflujo hepatoyugular positivo, rales crepitantes y R3: 1 punto; disnea de esfuerzo, edemas de MMIII, taquicardia ≥ 120 , tos nocturna y hepatomegalia: 0.5 puntos). No hubo modificaciones terapéuticas ni cambios clínicos entre ambas evaluaciones. Los operadores del Eco fueron ciegos al EC. El iYO se consideró positivo (iYO+) cuando ambos hallazgos (yugular y ortopnea) estaban presentes. El EC se comparó con la información del Eco. Como estándar de referencia se emplearon los criterios de aumento de las presiones de llenado del VI (PFD) de las recomendaciones de la American Society of Echocardiography y de la European Association of Cardiovascular Imaging (Nagueh SF et al. J Am Soc Echocardiogr 2016;29:277-314) Se evaluó sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VP) y los cocientes de verosimilitud (LR) (likelyhood ratio). Para los datos categóricos se empleó el chi cuadrado y se consideró significativo una $p \leq 0.05$.

Resultados: Sobre un total de 181 p incluídos entre marzo de 2023 y marzo de 2024, en 155 p se pudo definir PFD por Eco, de los cuales 127 presentaban una fracción de eyección $\leq 40\%$ y esta fue considerada la población en estudio. En la tabla se observa la S, E, VPs, los LR y la significación estadística el EC respecto del Eco. En particular el iYO+ multiplica por más de 15 veces la asociación con el aumento de la PFD evaluada por Eco. De este modo se puede definir con alta certidumbre la PFD elevada, evaluada por Eco, en un porcentaje no despreciable de la población de p con ICFeR

Conclusiones: El estudio destaca el rendimiento diagnóstico de la asociación de ortopnea con distensión yugular espontánea y/o provocada (RHY+) para detectar aumento de las presiones de llenado del VI con alta especificidad, valor predictivo y cociente de verosimilitud positivos.

0144. DEMOCRATIZACIÓN DE LAS IMÁGENES: NUEVA HERRAMIENTA BASADA EN DEEP LEARNING PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LA DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA POR RESONANCIA MAGNÉTICA

Medicina Digital e Inteligencia artificial / Multimagen

Agustín BERNARDO¹ | German MATTO² | Matías E. CALANDRELLI³ | María Jorgelina MEDUS³ | Ariel Hernan CRURIALE⁴

Centro Atómico Bariloche, Insituto Balseiro.¹; Conicet - Consejo Nacional De Investigaciones Científicas Y Técnicas²; Sanatorio San Carlos De Bariloche³; Brigham And Women's Hospital⁴

Introducción: La cuantificación precisa de la deformación miocárdica es crucial para el diagnóstico y el seguimiento de diversas patologías cardíacas. Las técnicas tradicionales de análisis de la función cardíaca, aunque efectivas, a menudo son limitadas por los requerimientos de inputs de expertos y por la limitada precisión de los métodos automáticos. A su vez los métodos automáticos que requieren bases de datos de entrenamiento tienen una performance que puede deteriorarse significativamente si son evaluados en otras bases de datos. En este contexto, presentamos un nuevo método basado en aprendizaje profundo para la cuantificación de la deformación miocárdica y evaluamos su performance, encontrando valores comparables con los mejores métodos publicados. Además analizamos los cambios de performance cuando el método es evaluado con una base de datos diferente a la de entrenamiento.

Objetivos: 1- Entrenar una sistema de aprendizaje profundo para la cuantificación de la deformación cardíaca 2- Utilizar esos resultados para discriminar entre diferentes condiciones 3- Evaluar la robustez del método cuando es testeado con datos que vienen de una base de datos diferente a la usada en el proceso de entrenamiento.

Materiales y Métodos: La solución del problema de cuantificación de la deformación cardíaca requiere de 3 etapas: 1- Detección de la región de interés 2- Segmentación del miocardio del ventrículo izquierdo 3- Co-registración de imágenes en diferentes puntos temporales para cuantificar el vector de desplazamiento. Todas estas etapas son implementadas con redes neuronales profundas. Las arquitecturas son modificaciones de la arquitectura U-net con el agregado de un módulo de atención en el paso 2 para optimizar la performance. El sistema es entrenado con la base de datos pública ACDC (Automatic Cardiac Diagnostic Challenge). Tomamos 20 casos en 4 categorías (Normal, Cardiomiopatía Hipertrófica, Infarto de Miocardio y Cardiomiopatía Dilatada). También para la evaluación usamos una base de datos local del Sanatorio San Carlos (Bariloche) (SSC), con 36 casos, clasificados de la misma manera y con landmarks incluidos por expertos locales.

Resultados: Nuestro método arrojó un error absoluto promedio de $2,96 \pm 1,66$ mm en el marco de fin de sístole (ES), y $1,84 \pm 1,15$ mm en el cuadro final. Respecto a la comparación inter-base de datos encontramos que las curvas de deformación como función de tiempo son notablemente similares con coeficientes de Pearson del orden o mayores a 0.9 para los 4 casos. Interesantemente encontramos que los resultados predichos no solo son consistentes para valores de deformación pico promediada sobre todo el corazón sino también para deformaciones promediadas dentro de regiones AHA. En estos casos las correlaciones de Pearson van entre 0.8 y 0.9. En las diferentes condiciones los patrones dinámicos encontrados son distintos logrando una significancia estadística notable para la discriminación entre los diferentes casos. La evaluación con la base de datos SSC genera propiedades de discriminación similares a los de ACDC excepto para el par Infarto de Miocardio- Cardiomiopatía Dilatada, donde no logra un poder predictivo significativo.

Conclusiones: Nuestro método demuestra ser una herramienta poderosa para el análisis de la deformación cardíaca, ofreciendo mejoras significativas en precisión y eficiencia computacional en comparación con los métodos tradicionales.

0146. DETERMINANTES ANATÓMICOS DE LAS ARRITMIAS ORIGINADAS EN LOS MÚSCULOS PAPILARES DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN CORAZONES APARENTEMENTE NORMALES

Arritmias y Electrofisiología

Santiago RIVERA | María de La Paz RICAPITO | Ricardo RONDEROS

Sanatorio Anchorena

Introducción: Múltiples variantes anatómicas de los músculos papilares (MPs) del ventrículo izquierdo (VI) han sido identificadas en corazones humanos. Las conexiones miocárdicas de los MPs pueden clasificarse en tres grupos: (1) aquellas que involucran a ambos músculos [anterolateral y posteromedial]; (2) las que conectan un MP al miocardio circundante o (3) con la región de los tractos de salida (TS). Estas conexiones miocárdicas son sitios de origen frecuentes y determinantes de variabilidad del QRS de las arritmias originadas en los MPs.

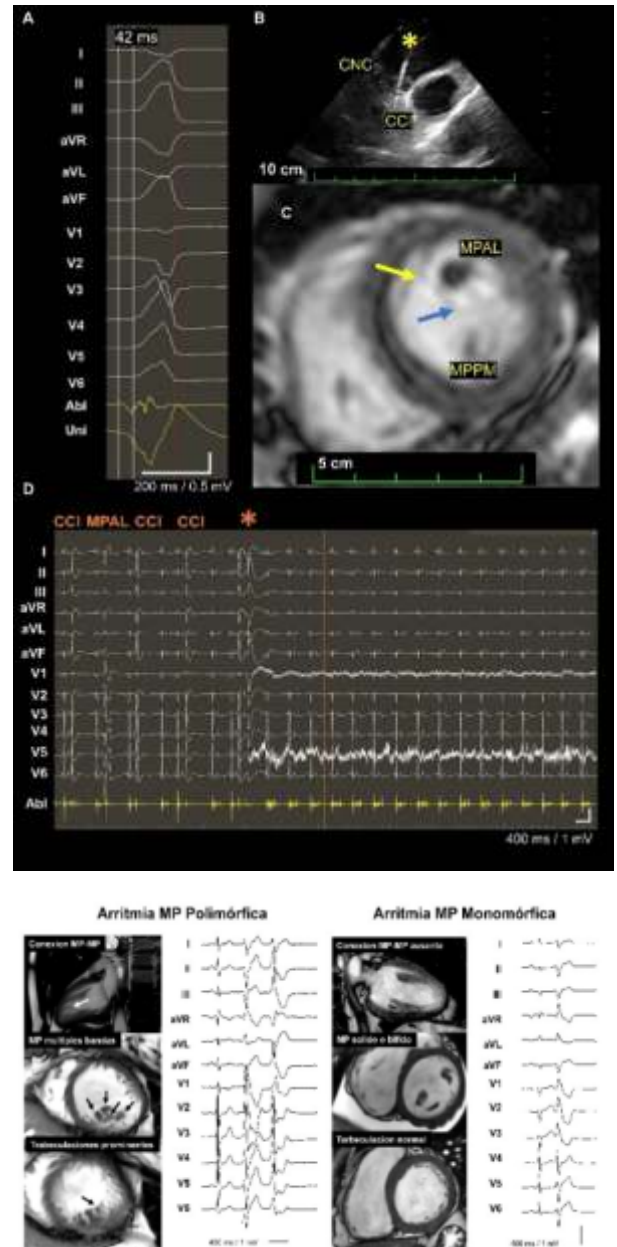
Objetivos: Determinar el sustrato anatómico de las arritmias originadas en los MPs del VI y los resultados a largo plazo de la ablación con catéter.

Materiales y Métodos: Entre los años 2019 y 2024, 52 pacientes tratados por arritmias ventriculares presentaron focos de origen en los músculos papilares del VI. Luego de excluir a aquellos con cardiopatía estructural, 32 pacientes fueron seleccionados para el análisis, de los cuales 11 fueron sometidos a tratamiento invasivo [ablación por radiofrecuencia]. Las características anatómicas de los 32 casos fueron

evaluados mediante resonancia magnética cardíaca y/o tomografía cardíaca multi-corte, determinando: (1) el número de conexiones MP-MP [entre ambos músculos papilares] y MP-TS [entre un músculo papilar y la región del tracto de salida]; (2) conexiones del MP hacia el miocardio circundante [entre un MP y el ventrículo izquierdo]; (3) la arquitectura de los MPs según el número de bandas musculares [sólido, bifido, multi-banda (3 o más bandas)] y (4) el nivel de trabeculación del VI. Las arritmias polimórficas de los MPs fueron definidas según la variación en la amplitud, ancho, eje y/o melladuras del QRS en latidos ectópicos únicos o consecutivos.

Resultados: La edad media de la población en estudio (N = 32) fue de 46 ± 16 años y el 47% fueron mujeres. La fracción de eyección ventricular izquierda promedio fue del $60 \pm 5\%$. Se registraron arritmias polimórficas de los MPs en 24 pacientes. En estos, el número de conexiones de los MPs fue significativamente mayor que en los 8 pacientes con arritmias monomórficas: $40 \pm 1,5$ Vs. $4 \pm 0,8$ conexiones MP-MP y conexiones MP-TS ($P < .001$) y 126 ± 4 Vs. 26 ± 3 MP-conexiones miocárdicas ($P < .001$), respectivamente. Aquellos con arritmias polimórficas presentaron mayor trabeculación del VI, con una relación trabecular de $2,4 \pm 0,5$ Vs. $1,4 \pm 0,4$ en el grupo de arritmias monomórficas ($P < .03$) y una masa trabecular de $20 \pm 5\%$ Vs. $14 \pm 5\%$ ($P < .04$), respectivamente. La presencia de MPs compuestos por bandas múltiples fue más frecuentes en los pacientes con arritmias polimórficas (22 Vs 1; $P < .001$). Un tipo específico de arritmia [arritmia bidireccional de los músculos papilares], fue reconocida en el grupo de arritmias polimórficas. Esto se caracterizó por una morfología alternante del QRS de latido a latido la cual sugeriría la participación de conexiones MP-MP o MP-TS, con una correlación del 100% entre el sitio anatómico de origen de la arritmia y las conexiones específicas. Todos los pacientes tratados por arritmias monomórficas de los MPs estuvieron libres de recurrencia, mientras que solo el 50% del grupo con arritmias polimórficas presentaron tratamientos exitosos. En los pacientes con arritmia bidireccional de los MPs, la ablación de un foco permitió la eliminación de múltiples morfologías del QRS (Figura 1).

Conclusiones: Los pacientes con arritmias polimórficas (incluso bidireccionales) de los MPs tienen un mayor número de conexiones miocárdicas, músculos papilares compuestos por múltiples bandas y un mayor nivel de trabeculación que los pacientes sin variabilidad del QRS (Figura 2). La eliminación de la arritmia bidireccional mediante la ablación de un solo sitio sugiere la participación de conexiones de los MPs en su arritmogénesis.



0147. "FENOTIPOS DE ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 SIN EVENTOS CARDIOVASCULARES"

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Fiorella Sofia CHICOTE | María Del Rosario RODRIGUEZ | Lucía SELVAGGIO | Ayelen RIDOLFO | Vittorio FALCO | Isaac SINAY |
María Cristina FAINGOLD | Hugo Daniel SANABRIA
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La presencia de complicaciones renales en diabetes tipo 2 (DM2) se asocia a un mayor riesgo cardiovascular. La nefropatía diabética (ND) puede manifestarse como albuminuria elevada aislada, deterioro del filtrado glomerular (FG) aislado o pueden coexistir ambas alteraciones, condiciones que son frecuentemente subdiagnosticadas en la práctica clínica. Su detección precoz puede cambiar el pronóstico de los pacientes debido al surgimiento de nuevas herramientas terapéuticas.

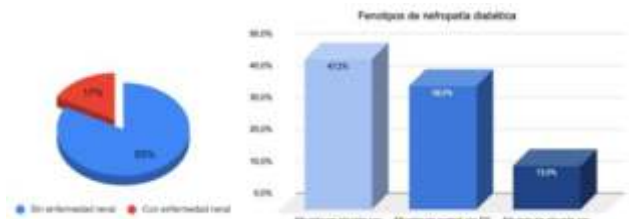
Objetivos: Evaluar la prevalencia de distintos fenotipos de enfermedad renal en una población adulta con DM2 sin eventos cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal que incluyó pacientes adultos con DM2 sin eventos cardiovasculares que concurren a la institución entre enero de 2023 y marzo de 2024 para control. Se evaluaron fenotipos de enfermedad renal de acuerdo con la siguiente definición: Grupo 1 caracterizado por una relación albuminuria/creatininuria (RAC) <30 mg/g y un FG >60 ml/kg/m² (sin enfermedad renal), Grupo 2 con un RAC >30 mg/g y un FG >60 mL/min/1,73 m² (albuminuria elevada con FG normal); Grupo 3 con un RAC <30 mg/g y un FG <60 mL/min/1,73 m² (FG disminuido con albuminuria normal) y finalmente, Grupo 4, con un RAC >30 mg/g y un FG <60 mL/min/1,73 m² (FG disminuido y albuminuria elevada)

Resultados: Se incluyeron un total de 216 pacientes con DM2 sin eventos cardiovasculares, con una edad media de 61 años (DE ± 11.6), media de tiempo de evolución de diabetes de 11,5 años (DE ± 8.83) y 60% sexo masculino. La media de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fue del 5.7% (DE ± 2.8) y de glucemia 137 mg/dl (DE ± 47.2), sólo un 6.4% se encontraban en tratamiento con insulina y un 6.1% tenían retinopatía diabética. El 17% (n: 36) de los pacientes presentaron enfermedad renal de los cuales el 47.2% presentaban fenotipo albuminuria elevada con FG normal, 38.9% FG disminuido con albuminuria normal y el 13.9% con deterioro de FG y albuminuria elevada. Es decir el 61% de los pacientes con DM2 y enfermedad renal presentaron albuminuria elevada. De los pacientes con enfermedad renal el 8.3% se encontraban en tratamiento con iSGLT2 y el 16% con aGLP-1.

Conclusiones: En una población con DM2 sin eventos CV previos y con adecuado control metabólico aproximadamente 2 de cada 10 pacientes presentaron enfermedad renal siendo la albuminuria elevada el marcador renal más frecuente. El screening de enfermedad renal mediante la medición de albuminuria, más allá de la estimación del FG, debe ser una práctica a incorporar en el consultorio de cardiología.

	Total n=216	Grupo 1 n=180	Grupo 2 n=17	Grupo 3 n=14	Grupo 4 n=5
Edad (años), media (± DE)	61.37 (11.51)	60.27 (11.14)	60.12 (13.08)	73.79 (5.06)	70.40 (9.63)
Años de evolución de diabetes media (± DE)	11.53 (8.83)	11.02 (8.60)	13.53 (11.29)	11.71 (7.43)	21.00 (6.08)
Sexo femenino, n (%)	87 (40.3)	73 (40.6)	9 (52.9)	3 (21.4)	2 (40.0)
IMC kg/m ² , media (± DE)	29.76 (5.46)	29.85 (5.60)	30.94 (5.20)	28.82 (3.56)	23.85 (2.01)
Clearancia creatinina media (± DE)	84.90 (18.18)	88.23 (13.94)	91.21 (19.69)	50.07 (6.87)	41.22 (8.49)
RAC mediana [IQR]	4.00 [3.00, 11.85]	3.15 [3.00, 8.70]	57.70 [35.30, 79.80]	7.40 [3.00, 13.80]	51.20 [42.30, 160.60]
TAS (mmHg) media (± DE)	128.24 (14.33)	127.62 (14.23)	130.18 (15.30)	129.46 (11.73)	140.00 (35.36)
TAD (mmHg) media (± DE)	78.09 (8.11)	78.39 (8.33)	77.18 (7.05)	77.08 (5.53)	67.00 (2.83)
Estatinas, n (%)	159 (73.6)	131 (72.7)	12 (70.5)	12 (85.7)	4 (80)
iSGLT2, n (%)	28 (12.9)	25 (13.8)	2 (11.7)	1 (7.1)	0 (0)
Insulina, n (%)	14 (6.4)	10 (5.5)	2 (11.7)	2 (14.2)	0 (0)
aGLP-1, n (%)	15 (6.9)	9 (5)	3 (17.6)	3 (21.4)	0 (0)



0152. FENOMAPEO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN P RESERVADA UTILIZANDO ANÁLISIS BASADO EN MACHINE LEARNING Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE DEL MUNDO REAL EN ARGENTINA

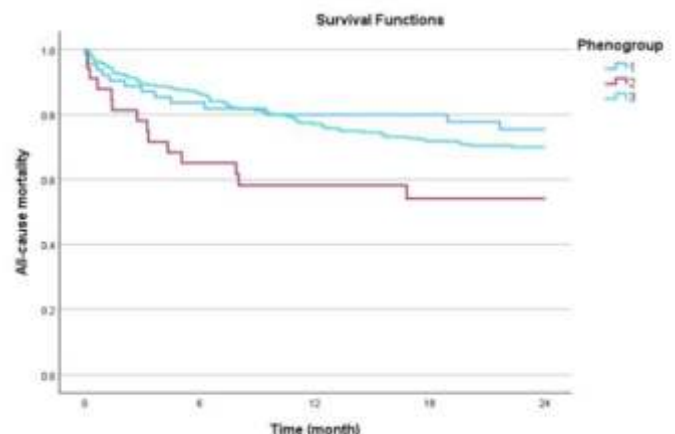
Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Lucrecia María BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Franco BALLARI | Maria Antonella DE BORTOLI | Mirta DIEZ
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada (ICFep) son una población heterogénea con una amplia gama de resultados clínicos. El análisis de conglomerados basado en machine learning puede identificar fenogrupos de pacientes con ICFep con características clínicas y resultados a largo plazo distintos.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico de tres fenogrupos para la mortalidad a largo plazo en pacientes hospitalizados con ICFep.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte consecutiva y prospectiva de un solo centro. Se incluyeron



propranolol a bisoprolol) se consideró una nueva iniciación de fármaco (+2). La puntuación posible osciló entre 0-11, lo que indica cuatro iniciaciones de cada grupo de fármacos y tres posibles escaladas de dosis en BB, IECA/ARA/ARNI y/o ARM (Figura 1). La media de la puntuación de optimización en la cohorte a 90 días fue de 1 ± 1.6 , y al menos una intervención de terapia de optimización se realizó en el 34.5% de los pacientes. No se observó asociación estadísticamente significativa entre el puntaje del score y la FEVI, etiología de base, la clase funcional NYHA, antecedente de hospitalización previa, las comorbilidades y los parámetros de laboratorio ($p > 0.05$). Solo los pacientes con cambios terapéuticos fueron significativamente más jóvenes: 74 (67-78) versus 78 (69-84) años, $p = 0.03$.

Conclusiones: En este estudio de cohorte de pacientes ambulatorios con ICFer, se observó una subutilización del TMDG. Se desarrolló e implementó una puntuación de optimización terapéutica, que refleja las actitudes y acciones médicas hacia la optimización del TMDG. Los pacientes más jóvenes tuvieron más probabilidades de recibir una titulación o iniciación. Esta puntuación de optimización se evaluará en el ensayo OPTIMAL-HF para evaluar la efectividad de un sistema de alerta individualizado en comparación con la atención habitual para mejorar la puntuación de optimización a los 90 días en pacientes con ICFer.

0156. RESULTADOS CLÍNICOS E IMPLICANCIAS PRONÓSTICAS DE LA CONGESTIÓN RESIDUAL SUBCLÍNICA AL ALTA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Lucrecia María BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Franco BALLARI | Maria Antonella DE BORTOLI | Ana SPACCAVENTO | Juan Pablo COSTABEL | Martin VIVAS | Mirta DIEZ

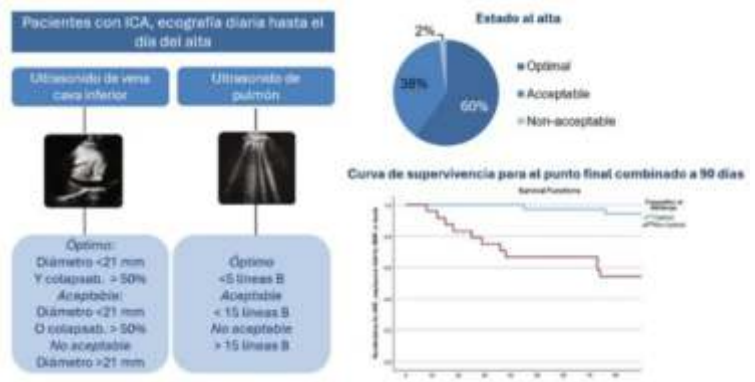
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Aproximadamente entre el 25 y el 30% de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) enfrentan readmisión, principalmente atribuida a congestión residual al alta. El consenso HFA-ESC ha recomendado recientemente objetivos de descongestión pre-alta, incorporando la vena cava inferior (VCI) y la ecografía pulmonar (EP), dichos criterios combinados no han sido evaluados y se desconoce su impacto pronóstico.

Objetivos: Evaluar el impacto pronóstico de la congestión residual al alta, utilizando objetivos del consenso HFA-ESC de VCI y EP, en los resultados a 90 días, incluyendo readmisión por ICA, visitas no planificadas debido a empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC), o mortalidad por todas las causas.

Materiales y Métodos: Este subestudio se deriva de un ensayo controlado y aleatorizado que incluye pacientes adultos con ICA. Se realizó una ecografía diaria hasta el alta utilizando un protocolo de evolución cuantitativo. La misma fue realizada por médicos independientes que no participaron en el manejo del paciente. Los estudios fueron informados por un corelab externo compuesto por 3 médicos que desconocían la información del paciente y la interpretación del otro investigador. Según el consenso HFA-ESC, los pacientes fueron categorizados en óptimos (< 5 líneas B, VCI < 21 mm, e índice de colapsabilidad > 50%), aceptables (5-15 líneas B, VCI < 21 mm, índice de colapsabilidad > 50%), y no aceptables (> 15 líneas B, VCI > 21 mm). El punto final primario fue el punto final combinado de readmisión por ICA, visita no planificada por EIC o muerte a los 90 días. El punto final secundario fue el cambio en NT-proBNP admisión-alta expresado en %. Dos médicos independientes, ciegos a los resultados de los estudios, adjudicaron los eventos mediante contacto telefónico y revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 76.7 ± 13 años, el 68.3% eran hombres y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue del $44\% \pm 15$. Los pacientes tenían una alta prevalencia de comorbilidades como hipertensión arterial 75.8%, fibrilación auricular 53%, anemia 34.8% y enfermedad renal crónica 42.4%. El 60% de la cohorte fue dada de alta bajo criterios óptimos de congestión, el 38% bajo criterios aceptables y el 2% bajo condiciones no aceptables. Se observó una reducción significativa en el punto final combinado de readmisión por ICA, visita no planificada por EIC o muerte a los 90 días en el grupo Óptimo (Óptimo 5.6% vs aceptable 52.2% vs 100% no aceptable; p de log rank < 0.001). En la Figura 1, se muestra la curva de Kaplan-Meier para el punto final primario, comparando el grupo óptimo versus el grupo no óptimo (aceptable y no aceptable). El punto final secundario de reducción de NT-proBNP al alta mostró una reducción significativa en el grupo óptimo versus otros (no óptimo) (48% IQR 27-71 vs 25% IQR 12-48; $p = 0.007$).



Conclusiones: Al alta hospitalaria, la congestión subclínica fue prevalente e implica un peor pronóstico. Los puntos de corte de VCI y EP para objetivos de descongestión al alta tuvieron un impacto pronóstico a los 90 días y en NT-ProBNP. En un estudio a mayor escala, será necesario evaluar criterios de corte alternativos para el grupo considerado aceptable, dada la alta incidencia de eventos observada en nuestro estudio.

0157. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: EXPERIENCIA INICIAL

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Lucrecia María BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Franco BALLARI | María Antonella DE BORTOLI | Mariano BENZADON | Mirta DIEZ
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC) es una de las principales causas de hospitalización a nivel mundial, con elevada morbilidad. Para abordar este problema, actualmente se propone el manejo ambulatorio como una estrategia alternativa a la hospitalización en pacientes seleccionados con bajo riesgo de eventos para reducir las hospitalizaciones. Esto ha demostrado ser un método efectivo con un bajo riesgo de eventos adversos. Desarrollamos e implementamos un modelo asistencial ambulatorio para el tratamiento del EIC en un hospital de día (HDD).

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento ambulatorio del EIC comparado con el tratamiento estándar en hospitalización de menos de 48 horas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron consecutivamente pacientes únicos con EIC tratados de forma ambulatoria (grupo HDD) desde agosto 2023 a Marzo 2024. El grupo control fue una cohorte histórica (2016-2020) de pacientes hospitalizados por EIC (cuidado estándar) que cumplieron las siguientes características: internación menor a 48 hs, ausencia de bajo gasto o shock cardiogénico, sin requerimiento de terapia de reemplazo renal, sin procedimientos invasivos, sin requerimiento de asistencia mecánica, y además se excluyeron a las IC de novo y aquellos que fallecieron durante la internación índice. El punto final primario fue un combinado de visita no planificada, rehospitalización por EIC o muerte a los 30 días. Como puntos finales secundarios se analizó la rehospitalización por EIC y la muerte a 30 días. Como puntos finales de seguridad se establecieron: hipotensión sintomática, alteraciones iónicas severas y deterioro renal severo a 30 días. El tratamiento en el grupo control fue acorde al camino crítico institucional basado en la evidencia. En el HDD se aplicó un protocolo estandarizado de diuréticos según la dosis basal. La metodología de adjudicación de eventos fue auditada externamente por un comité independiente.

Resultados: Se analizaron 109 pacientes en el grupo control, y 62 pacientes en grupo HDD. La edad media fue de 81 años (RIC 74-85) y 78 años (RIC 67-84) en grupo HDD y control respectivamente, sin encontrar diferencia en proporción de sexo (67% vs 64%, $p=0.6$) y función renal al ingreso ($p=0.7$). Los pacientes del grupo HDD presentaron mayor prevalencia de comorbilidades como fibrilación auricular (41,9% vs 11,9%; $p<0.001$) e hipertensión arterial (77,4% vs 23,9%; $p<0.001$).



El 35,4% de los pacientes tratados ambulatoriamente requirió más de 1 intervención en HDD dentro de los 30 días. El punto final primario combinado a 30 días fue del 11,9% en el grupo control y del 9,6% en grupo HDD ($P=0,6$) (Figura 1). No hubo diferencia en las readmisiones por insuficiencia cardíaca a los 30 días entre los dos grupos (11,2% HDD vs. 8,7% control, $p = 0,5$), y en la mortalidad por todas las causas a los 30 días (1,7% ambulatorio vs. 1,6% control, $p = 0,9$). En el grupo HDD, se registró un caso de hipokalemia severa que requirió hospitalización.

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio con diuréticos intravenosos en HDD en pacientes con EIC no mostró una diferencia estadísticamente significativa en el punto final primario combinado a los 30 días en comparación con el grupo control. Esta estrategia podría ofrecer una alternativa segura y efectiva a la hospitalización para el manejo de pacientes seleccionados con EIC. Se necesitan estudios prospectivos adicionales para validar dichos hallazgos.

0159. TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR Y TRASPLANTE CARDIACO: ES MOMENTO DE REEVALUAR LOS CRITERIOS INTERNACIONALES ACTUALES DE INCLUSIÓN EN LISTA?

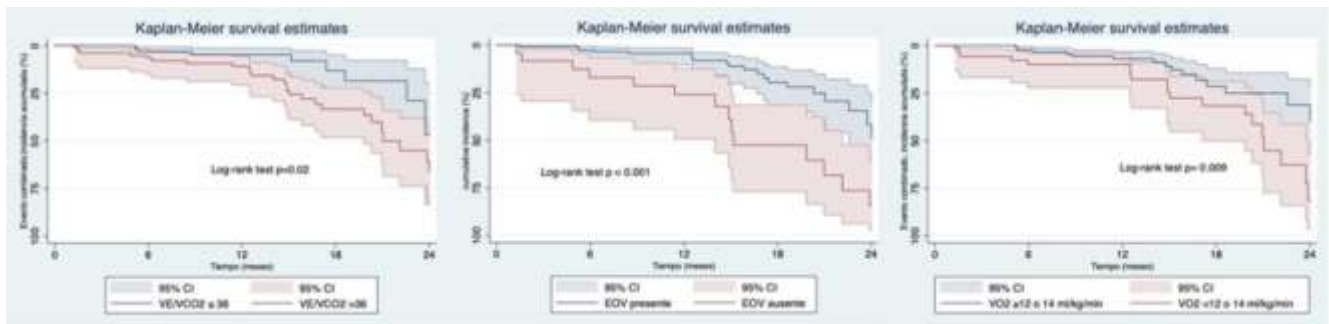
Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Lucrecia María BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Franco BALLARI | Ana SPACCAVENTO | Bianca RICCIARDI | Lucas SUAREZ | María Antonella DE BORTOLI | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La Sociedad Internacional de Trasplante de Corazón y Pulmón (ISHLT) actualizó los criterios de inclusión en lista de espera para trasplante cardíaco (TC) hace 8 años. Los parámetros y criterios del test de ejercicio cardiopulmonar (TECP) permanecieron sin cambios. No obstante, en la última década ocurrieron sustanciales avances en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr), y adicionalmente surgieron parámetros adicionales, por lo que es importante evaluar la precisión predictiva de los criterios clásicamente establecidos para la inclusión en lista de espera para TC en cohortes contemporáneas.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico de los parámetros de indicación de TECP en una cohorte contemporánea de pacientes con ICFEr para predecir un punto final combinado de TC no electivo y mortalidad por todas las causas.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte de un solo centro, con un análisis retrospectivo de datos recopilados prospectivamente. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes menores de 70 años con ICFEr (FEVI = 40%), seguidos en nuestra unidad de IC que se sometieron a CPET entre marzo de 2020 y marzo de 2023. El punto final primario fue un combinado de TC no electivo y mortalidad por todas las causas. El TC no electivo se definió como TC de urgencia (inotrópicos) o emergencia (asistencia mecánica respiratoria y/o circulatoria, o tormenta eléctrica). Se evaluó el rendimiento de los parámetros de TECP: pico de VO₂ (pVO₂) como variable continua y categórica < 12 ml/kg/min (si recibía betabloqueantes) o < 14 ml/kg/min (si no recibía betabloqueantes), el equivalente ventilatorio (VE/VCO₂) como variable continua y categórica > 36 y la presencia de ventilación oscilatoria durante el ejercicio (EOV) como categórica. Se realizó un análisis de curvas ROC, se utilizaron modelos de regresión de Cox para calcular los hazard ratio (HR) de los puntos de corte establecidos y se construyeron curvas de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes, con una edad media de 57 años (DE 10), el 81% eran hombres, la media de FEVI fue del 28% (DE 6). El tratamiento basal era: betabloqueantes 97,3%, IECA/ARAI 19,9%, ARNI 66,4%, ARM 95,2% e iSGLT-2 67,1%. La media de seguimiento fue 14,2 meses (DE 6). El evento primario combinado ocurrió en 36 pacientes (24,7%). La media de seguimiento fue de 14 meses (DE 6,4). La pendiente VE/VCO₂ presentó un AUC ROC 0,75, IC del 95% 0,65-0,84) y el pVO₂ un AUC ROC 0,66, IC del 95% 0,55-0,77). El HR para el punto final primario para pVO₂ fue 2,3 (IC 95% 1,2-4,6), VE/VCO₂ HR 2,64 (IC95% 1,2-5,8) y EOJ HR 4,05 (IC95% 2,09-7,82). En la figura 1 se encuentran las curvas de Kaplan-Meier para punto final combinado de TC no electivo y mortalidad por todas las causas de parámetros establecidos de alto y bajo riesgo de pVO₂, VE/VCO₂ y EOJ, presentando logrank test p < 0.05.

Conclusiones: En una cohorte de pacientes contemporánea con ICFEr con tratamiento optimizado, los parámetros de TECP y los criterios actuales para la inclusión en lista de espera para TC tienen una modesta precisión predictiva para el punto final combinado de TC no electivo y mortalidad por todas las causas. El parámetro que más se asoció al riesgo de eventos fue la EOJ, la cual no se encuentra actualmente considerada en las guías para la inclusión en lista de TC. Esto plantea la hipótesis que este simple parámetro, de fácil obtención, podría incluirse en futuras guías. Se necesitan estudios prospectivos adicionales para confirmar estos resultados.

0162. ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD CORONARIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Ignacio Daniel MARTINEZ RUSLENDER | Sandra GIL | Mariano BENITEZ | María Daniela BARROS AMAYA | Paola ANDREATTA | Beatriz CARBALLEIRA | Maximiliano DE ABREU | Javier MARIANI

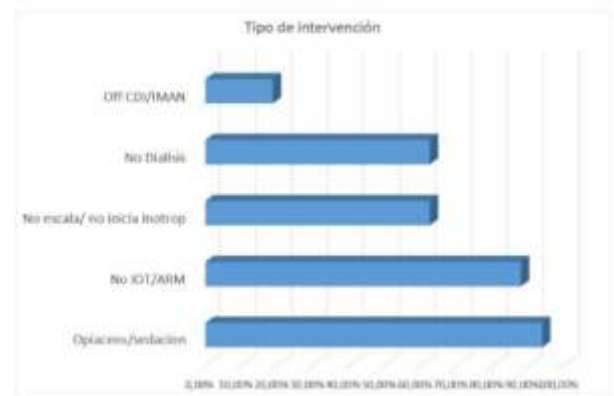
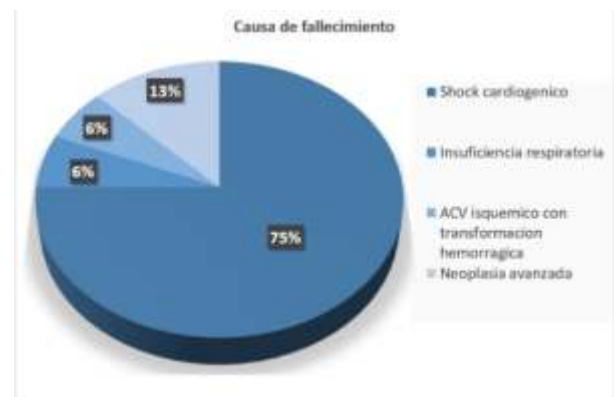
Hospital alta complejidad el cruce

Introducción: La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) consiste en la retirada o no instauración de medidas de soporte vital o de cualquier otra intervención debido al mal pronóstico en términos de cantidad y calidad de vida. Constituye un gran desafío para el equipo médico, en particular en las áreas de cuidados intensivos. En nuestro hospital se creó en 2021 el servicio de Cuidados Humanizados (CH), compuesto por médicos clínicos y paliativistas, enfermeros especializados, psicólogos y técnicos en psicomotricidad, con la intención de prestar una atención asistencial integrada. Desde su creación colabora en la AET en la unidad de cuidados críticos cardiovasculares (UCIC).

Objetivos: Objetivo 1º: describir la aplicación de la AET en una UCIC. Objetivo 2º: describir intervenciones secundarias, surgidas de las necesidades de pacientes y familiares.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, a partir del registro sistemático de intervenciones del servicio de CH. Se seleccionaron aquellos pacientes que requirieron intervenciones de AET en la UCIC desde mayo de 2021 hasta abril de 2024. Se describieron las medidas de AET e intervenciones vinculadas, surgidas de la demanda de los pacientes y familiares.

Resultados: Se realizó AET a 16 pacientes en la UCIC. 62,5% ingresaron con diagnóstico de shock cardiogénico en pacientes portadores de miocardiopatías crónicas, 18,8 % con diagnóstico de estenosis aórtica severa sintomática, 6,3% taponamiento cardíaco, 6,3% endocarditis infecciosa y 6,3% hipertensión pulmonar. El 33,3% se encontraban en urgencia de trasplante cardíaco. En 93,8% se utilizó opiáceos/sedación paliativa para alivio sintomático, en 62,5% se decidió no aumentar la dosis de inotrópicos, 87,5% se consensuó no proceder a la intubación orotraqueal, 62,5% no iniciar diálisis y en el 18,7% se inactivó el CDI. En todos los casos se consensuó con el grupo familiar, y en el 18,7% también con el paciente, porque su condición lo permitió. El shock cardiogénico fue la causa de fallecimiento en el 75% y las neoplasias avanzadas en el 12,5%. La mediana de días de internación



al momento del óbito fue de 44 días (RIC 37,5-113,25) y la mediana de días desde la decisión de iniciar la AET al óbito fue de 4 días (RIC 6-18). A partir de estas medidas surgieron demandas que generaron las siguientes intervenciones: en todos los casos se posibilitó el acompañamiento de los familiares flexibilizando los horarios de visitas, también el ingreso de menores, el acompañamiento institucional a los familiares y se realizaron actividades de arte y música. En conjunto con los servicios de Salud Mental y Trabajo Social se trabajó en torno a la revinculación con familiares y se facilitó la unión civil en 2 casos. Discusión: La incorporación de un equipo especializado-multidisciplinario favoreció una respuesta más integral en la AET, permitiendo un manejo más apropiado del problema primario y favoreciendo la expresión de una demanda adicional a la estrictamente médica, habitualmente menos contemplada en cuidados intensivos. Las mismas pudieron ser satisfechas y colaboraron en el bienestar de pacientes y familiares en esta etapa final de la vida.

Conclusiones: En tiempos de avances científicos el buen morir se convierte en un desafío mayor para el paciente, su entorno familiar y para el equipo de salud. La intervención de un equipo especializado-multidisciplinario permitió dar respuesta a esta situación de manera integral y colaborar con la asistencia de demandas adicionales en la etapa final de la vida, habitualmente menos contempladas en áreas de cuidados intensivos.

0168. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRACORPÓREA EN EL PARO CARDIACO INTRAHOSPITALARIO: RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Lucrecia María BURGOS | Leonardo SEOANE | Juan FURMENTO | Mariano VRANCIC | Juan COSTABEL | Fernando PICCININI | Juan ESPINOZA | Mirta DIEZ

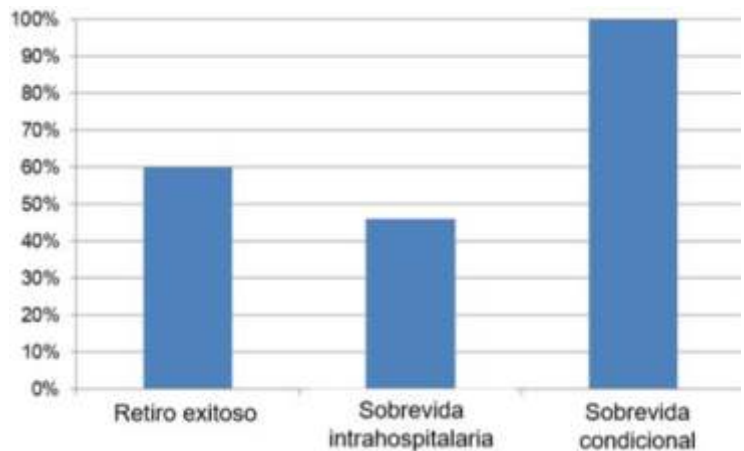
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La reanimación cardiopulmonar extracorpórea (RCP-EC) es el uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en pacientes en los que las medidas convencionales de reanimación cardiopulmonar no han logrado un retorno sostenido de la circulación espontánea después de un paro cardiorrespiratorio (PCR). Existe información limitada en los centros de América Latina.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos hospitalarios y a largo plazo de pacientes adultos tratados con RCP-EC después de un paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) en un centro de alta complejidad en Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte en un solo centro. Reportamos las características y los resultados clínicos de una cohorte consecutiva de pacientes adultos tratados con RCP-EC después de un PCIH en un centro en Argentina. Se analizaron pacientes adultos consecutivos que fueron sometidos a RCP-EC entre enero de 2014 y julio de 2023. En nuestro hospital, los criterios de inclusión para RCP-EC incluían edad entre 18 y 70 años, PCIH presenciado y de probable origen cardíaco (principalmente con taquicardia ventricular o fibrilación ventricular como ritmo inicial). También se requería la ausencia de comorbilidades limitantes previamente conocidas, ausencia de disección aórtica y enfermedad arterial periférica severa, y un tiempo estimado desde el paro cardíaco hasta el inicio del flujo ECMO < 60 minutos. Los pacientes que recibieron soporte ECMO por shock cardiogénico y posteriormente experimentaron un paro cardíaco fueron excluidos de este análisis. El punto final primario fue la supervivencia hospitalaria. Los puntos finales secundarios incluyeron el retiro exitoso de ECMO VA y la supervivencia condicional a largo plazo, el estado neurológico al alta hospitalaria mediante escala CPC, eventos de sangrado y trombóticos, necesidad de reemplazo renal y complicaciones vasculares.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes en el análisis, representando el 16% de los ECMO VA implantados en el centro durante este período. La edad media fue de 46 años (rango intercuartílico [RIC] 34-57); el 33% eran mujeres. Ningún paciente tenía antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad renal crónica, accidente cerebrovascular o anemia. La canulación fue periférica en el 93,3% y el 66% de los ECMO fueron colocados con una estrategia inicial de puente a la recuperación. La duración media del soporte circulatorio fue de 5 días (RIC 2-9). El ECMO VA se retiró exitosamente en el 60% de los pacientes y la supervivencia hospitalaria fue del 46%. Las complicaciones más comunes durante el soporte con ECMO VA fueron hemorragias (50%), infecciones (46,6%), lesión renal aguda (50%) y ventilación mecánica prolongada que requirió traqueotomía (26,6%). El estado neurológico al alta según la escala de CPC 1 o 2 fue en el 100% de los pacientes; dos pacientes tuvieron un accidente cerebrovascular isquémico. En los pacientes dados de alta del hospital, el seguimiento medio fue de 12 meses (RIC 3-34), con una supervivencia condicional a largo plazo del 100%. Un paciente está en lista de trasplante cardíaco electivo y el resto son seguidos con función biventricular preservada.



Conclusiones: El ECMO VA como tratamiento para el PCIH en nuestro centro demostró una supervivencia aceptable hasta el alta hospitalaria y una supervivencia a largo plazo. El ECMO VA puede ser un tratamiento eficaz en pacientes altamente seleccionados cuando las terapias convencionales fallan y puede ser útil y aplicable en un país de ingresos bajos y medianos con acceso limitado a otros dispositivos de asistencia circulatoria.

0170. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES ADULTOS JÓVENES SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Alicia LOZANO | Nicolás ZADERENKO
Sanatorio Allende

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial. Se sabe, que la enfermedad coronaria se encuentra francamente ligada al estilo de vida y la edad. Sin embargo, en menores de 40 años, esta patología es cada vez más común y se considera una tendencia preocupante no sólo en los países en desarrollo sino también a nivel mundial. En relación a la edad, hay algunos autores que sugieren que aún con la presencia de múltiples factores, los pacientes más jóvenes suelen presentar una mejor evolución que los pacientes de mayor edad con menos factores de riesgo. Al respecto, existen pocos registros o estudios que evalúen evolución clínica de los jóvenes que han sido intervenidos por diagnóstico de enfermedad coronaria.

Características Angiográficas y cantidad de vasos coronarios con lesiones significativas en ambos grupos poblacionales

ARTERIAS	Menores de 45 años, n: 75				Mayores de 45 años, n: 73			
	Lesiones Significativas	Localización			Lesiones Significativas	Localización		
		Proximal	Medio	Distal		Proximal	Medio	Distal
C.D.	31% (23)	13% (10)	15% (11)	11% (8)	52% (24)	11% (8)	15% (11)	11% (8)
D.A.	77% (57)	52% (39)	27% (20)	8% (6)	67% (50)	39% (29)	35% (26)	11% (8)
C.X.	32% (24)	7% (5)	25% (15)	7% (5)	56% (26)	21% (16)	9% (7)	7% (5)
		Ostium	Cuerpo	Bifurcación	Ostium	Cuerpo	Bifurcación	
T.C.I.	5% (4)	0	0	5% (4)	5% (4)	3% (2)	0	3% (2)
VASOS CON LESIÓN		= <45 años, n: 75			≥45 años, n: 75			Valor de p, n: 150
1 (UNO)		61% (46)			48% (26)			0.14
2 (DOS)		27% (20)			31% (23)			0.72
3 (TRES)		4% (6)			21% (16)			0.04
OTC		3% (2)			4% (3)			0.62

Nota: Los datos se presentan en porcentaje y número absoluto. CD, arteria coronaria derecha, DA, arteria descendente anterior, CX, arteria circunfleja, TCI, tronco coronario izquierdo; OTC, oclusión total crónica.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar las características demográficas y evolución clínica de los pacientes menores a 45 años con cardiopatía isquémica sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP).

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de 150 pacientes sometidos a ICP donde 75 de ellos eran pacientes de edad igual o menor a 45 años, conformando el grupo A, y los restantes eran mayores a 45 años (Grupo B). Se analizaron datos demográficos, características angiográficas y complicaciones durante la internación, y en el seguimiento

Resultados: En los pacientes adultos jóvenes; el tabaquismo fue el factor de riesgo cardiovascular más prevalente (65%). También en este grupo de pacientes se observó una mayor frecuencia de internaciones por Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) (51% p<0.001) y por ende la mayoría de las intervenciones percutáneas de este grupo se debieron realizar de urgencia 79% (p <0,01). Al evaluar las complicaciones evolutivas, se establecieron cinco (5) días como punto de corte para días de internación, siendo 16 pacientes menores de 45 años, los que tuvieron internaciones más prolongadas, obteniendo una asociación estadísticamente significativa (p< 0,001). Se observó una tasa significativamente mayor de reinternaciones por motivos cardiovasculares en el grupo de los pacientes jóvenes (75% p0.001).

Motivo de internación en los grupos de estudio

MOTIVO DE INTERNACIÓN	MENORES DE 45 AÑOS, n: 75	MAYORES DE 45 AÑOS, n: 75	Valor de p, n: 150
Angor	17% (13)	21%(16)	0.68
Métodos Complementarios Alterados	7% (5)	24%(18)	0.01
SCACEST	51% (38)	29%(22)	0.01
SCAEST	25% (19)	25%(19)	1
ATC de urgencia	79% (59)	48% (36)	<0.001

Nota: Los datos se presentan en porcentaje y número absoluto. SCACEST, Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, SCAEST, Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Conclusiones: A diferencia de algunos años atrás, la incidencia de eventos coronarios en pacientes jóvenes es cada vez mayor. Comparando factores de riesgo como dislipidemia y tabaquismo, estos fueron similares en ambos grupos estudiados, sugiriendo un desplazamiento a una edad mucho más temprana. Se observó una subutilización de estudios no invasivos para diagnóstico precoz de enfermedad coronaria en pacientes jóvenes. Se demostró que estos pacientes tenían compromiso difuso en términos del número de vasos afectados, siendo en estos la presentación clínica más frecuente el síndrome coronario agudo (SCA). Debemos considerar que la manifestación clínica de la enfermedad coronaria a una edad temprana plantea una serie de problemas a largo plazo. En primer lugar, el hecho de que la mayoría de los pacientes jóvenes se presentan con SCA empeora su pronóstico debido a que muchos de ellos podrían evolucionar con un deterioro significativo de la función ventricular, necesidad de polimedicación y mayor requerimiento de reinternaciones reflejando un incremento en los costos sanitarios. Los pacientes jóvenes sometidos a ICP generalmente se consideran de bajo riesgo para el procedimiento, pero la naturaleza potencialmente agresiva de la enfermedad coronaria, y la mayor expectativa de vida pueden exponer a estos sujetos a un alto riesgo de eventos coronarios recurrentes.

0173. REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE INFARTO EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE BUENOS AIRES EN EL AÑO 2023

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Juan BENDER¹ | Vanina LEYENDECKER¹ | Alberto CACCAVO¹ | María Eugenia ESANDI² | Mariano SEIN¹ | Matías Ramiro SOLER¹
Hospital Municipal "Dr. Raúl A. Caccavo"¹; Universidad Nacional Del Sur, Bahía Blanca²

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las principales causas de morbimortalidad. El conocimiento de su epidemiología resulta clave a la hora de definir estrategias de salud pública. En nuestro país, existen pocos datos epidemiológicos. En 2007, un registro de 11 años consecutivos en Coronel Suárez mostró una tasa anual de hospitalización (TAH) por IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) de 9.06 cada 10000 habitantes y, en 2015, un registro anual en Bariloche mostró una TAH por IAMCEST o IAM sin elevación del segmento ST (IAMSEST) de 8.77 cada 10000 habitantes. Sin embargo, no existe información respecto a la epidemiología del IAM luego de la pandemia de COVID. En este trabajo, reportamos los resultados del primer año de un registro de IAM en pacientes hospitalizados, planeado a continuar durante los próximos 4 años.

Objetivos: Principal: Describir la TAH por IAM en nuestra ciudad. Secundarios: Describir la TAH por IAM según sexo y edad; evaluar mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectiva, que incluyó pacientes hospitalizados por IAM en un hospital municipal de la provincia de Buenos Aires durante el año 2023, único centro de internación para pacientes de estas características en la ciudad. Se incluyeron todos los pacientes que hayan sido internados con diagnóstico de IAM, con y sin elevación del segmento ST, y que fueran residentes de la ciudad. Para el diagnóstico de IAM, se utilizaron los infartos tipo 1 y tipo 3 de la cuarta definición universal de infarto, considerando como criterio imprescindible, la elevación de troponina. Se registraron variables demográficas de los pacientes (edad y sexo); variables relacionadas al tipo de infarto (con o sin supradesnivel del segmento ST); y, finalmente, mortalidad intrahospitalaria. Se evaluó: 1) TAH por IAM para toda la población, teniendo en cuenta los datos del último censo; 2) TAH por IAMCEST e IAMSEST para toda la población; 3) TAH por IAM según edad y sexo de la población; 4) Mortalidad intrahospitalaria. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Municipal.

Se incluyeron todos los pacientes que hayan sido internados con diagnóstico de IAM, con y sin elevación del segmento ST, y que fueran residentes de la ciudad. Para el diagnóstico de IAM, se utilizaron los infartos tipo 1 y tipo 3 de la cuarta definición universal de infarto, considerando como criterio imprescindible, la elevación de troponina. Se registraron variables demográficas de los pacientes (edad y sexo); variables relacionadas al tipo de infarto (con o sin supradesnivel del segmento ST); y, finalmente, mortalidad intrahospitalaria. Se evaluó: 1) TAH por IAM para toda la población, teniendo en cuenta los datos del último censo; 2) TAH por IAMCEST e IAMSEST para toda la población; 3) TAH por IAM según edad y sexo de la población; 4) Mortalidad intrahospitalaria. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Municipal.

Resultados: Durante el año 2023, se internaron 66 pacientes por IAM en el hospital municipal de nuestra ciudad (Tabla 1). De ellos, 21 fueron IAMCEST y 45 IAMSEST o IAMCEST evolucionado. 46 (69.7%) ocurrieron en hombres, mientras que 20 (31.3%) en mujeres. La edad media fue de 66.4 años (DE 13.4 años), sin diferencias significativas de edad entre sexos ni de acuerdo al tipo de presentación del IAM. La población del municipio en el Censo 2022 del INDEC fue de 42110 personas, 21654 (51.4%) mujeres y 20456 (48.6%) hombres. Se estimó una TAH por cualquier IAM para toda la población de 15.7 cada 10000 habitantes. La TAH por IAMCEST fue de 5.0 cada 10000 habitantes y por IAMSEST de 10.7 cada 10000 habitantes. En el análisis por sexo, las mujeres tuvieron una TAH por IAM de 9.2 cada 10000 habitantes y, los hombres, de 22.5 cada 10000 habitantes. La TAH por IAM mostró una tendencia creciente con la edad (Tabla 2). Fallecieron durante la internación 2 (9.5%) pacientes con IAMCEST, 1 de ellos por complicación mecánica y el otro por fibrilación ventricular. De los pacientes hospitalizados por IAM sin elevación del ST, falleció 1 (2.2%) paciente, con diagnóstico de shock cardiogénico.

Conclusiones: La TAH por IAM en nuestra ciudad fue de 15.7 cada 10000 habitantes, correspondiendo 2 de cada 3 a IAM sin EST. La incidencia fue mayor en pacientes de sexo masculino y mostró una tendencia creciente con la edad de la población. La mortalidad fue de 9.5% para pacientes con IAMCEST y 2.2% para IAMSEST.

	Mujeres	Hombres	Total
Forma de presentación			
Cualquier IAM	20	46	66
IAMCEST	5	16	21
IAMSEST o IAMCEST evolucionado	15	30	45
IAMSEST	14	27	41
IAMCEST evolucionado	1	3	4
Edad media en años (DE)			
Cualquier IAM	65.3 (15.1)	66.9 (13.3)	66.4 (13.4)
IAMCEST	61.2 (11.8)	66.2 (13.7)	65.9 (13.2)
IAMSEST	66.6 (16.2)	67.2 (13.3)	67.0 (14.2)

Edad (años)	Cantidad de habitantes	TAH cada 10000 habitantes
30-39	5950	3.4
40-49	5787	12.1
50-59	4974	26.1
60-69	4170	38.4
70-79	3129	41.5
80-89	1488	67.2
> 90	311	32.2

0175. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SEGÚN VALOR DE EUROSORE II: COHORTE DE 768 PACIENTES EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD EN ARGENTINA

*Cardiopatía Intervencionista y Estructural
Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular*

Juan Pedro FESCINA | Martín FASAN | Marcia CORTÉS | María Florencia CASTRO
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El reemplazo valvular aórtico transcaterter (TAVI) ha surgido como una alternativa a la cirugía (RVA) en pacientes con estenosis aórtica severa (EAoS) y sus resultados lo han convertido en un pilar fundamental en el tratamiento de estos pacientes. Sin embargo, no existen registros prospectivos publicados en la Argentina que evalúen el manejo actual de pacientes con EAoS, enfatizando la elección terapéutica de acuerdo al riesgo quirúrgico que presentan.

Objetivos: Analizar el tratamiento elegido, sea RVA o TAVI, en pacientes con EAoS con indicación de intervención, de acuerdo con el riesgo quirúrgico cardiovascular determinado por EuroScore II en un centro de alta complejidad cardiovascular de Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, observacional, a partir de datos recolectados prospectivamente desde Diciembre del 2021 hasta Diciembre del 2023, en la base de datos de EAoS del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Se incluyeron 768 pacientes con diagnóstico de EAoS (definida como área menor a 1 cm² o gradiente medio mayor a 40 mmHg) de acuerdo a las guías de buena práctica clínica.

Resultados: Se evaluaron 768 pacientes consecutivos, de los cuales el 62.2% eran de sexo masculino, con una mediana de edad de 76 años. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular se observa en la Figura 1. La mediana de fracción de eyección fue de 60% y 23.4% eran bicúspides. El 87.5% presentaban indicación de intervención, de los cuales 68.4% eran de bajo riesgo (EuroScore II: <4%), 19.9% eran de intermedio riesgo (EuroScore II: 4-8%) y 11.6% correspondían a alto riesgo (EuroScore II: > 8%). El 52.2% fueron sometidos a RVA mientras que el 32.9% se realizaron TAVI. El restante 14.88% no fue intervenido aun. De los pacientes clasificados como de bajo riesgo (n: 406 pts), un 73.6% se realizaron RVA y un 26.4% TAVI, De los que presentaban riesgo intermedio (n: 112 pts), el 55.4% se realizaron TAVI y 44.6% RVA. Finalmente en los pacientes de alto riesgo (n: 63 pts), el 85.7% se realizó TAVI y 14.3% RVA (Figura 2).

Conclusiones: En concordancia con registros internacionales, en nuestro centro la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en pacientes de bajo riesgo, mientras que la TAVI es el más elegido para pacientes de intermedio y alto riesgo.



Tipo de intervención según riesgo quirúrgico



0176. INCIDENCIA DE COMPLICACIONES PERIPROCEDIMIENTO EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE AÓRTICO PERCUTÁNEO SEGÚN EL TIPO DE PRÓTESIS

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Juan Pedro FESCINA | Martín FASAN | Marcia CORTÉS | Fernando CURA | María Florencia CASTRO
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

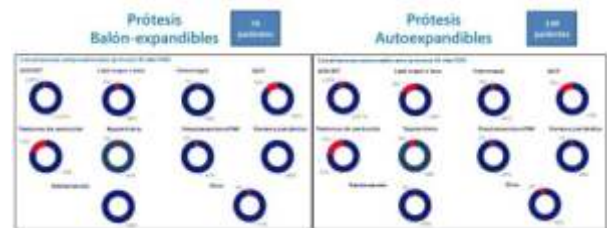
Introducción: El reemplazo valvular aórtico transcaterter (TAVI) ha surgido como una alternativa innovadora y mínimamente invasiva a la cirugía tradicional. Si bien la bibliografía respecto a sus resultados es cada vez más abundante a nivel internacional, sigue siendo limitada en nuestro medio.

Objetivos: Analizar en aquellos pacientes que se sometieron a TAVI por estenosis aórtica severa (EAoS) cuál fue la incidencia de complicaciones peri-procedimiento (a 30 días) según el tipo de prótesis (balón-expandible vs auto-expandible).

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, observacional, a partir de datos recolectados prospectivamente desde Diciembre del 2021 hasta Diciembre del 2023, en la base de datos de EAoS del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes con EAoS (definida como AVA menor a 1 cm² o Gmed mayor a 40 mmHg) elegidos de forma multidisciplinaria para TAVI.

Resultados: Se analizaron un total de 223 pacientes intervenidos, de los cuales el 53% eran de sexo masculino y la media de edad de 76 años. La media de EUROSCORE II: 3.94% y la media de fracción de eyección fue del 60%. El 4.5% presentaban válvula bicúspide. El 14% de los pacientes presentaba bloqueo de rama derecha previo, el 5% bloqueo de rama izquierda y el 7% tenían marcapasos (MCP). El 85% de los implantes fueron electivos, 15% de urgencia. Respecto al tipo de prótesis, 149 pacientes (67%) recibieron prótesis auto-expandibles (69% Medtronic Evolut Series, 25% Acurate Neo Series, 2,7% Vitaflow y 3,3% Navitor) y 76 pacientes (33%) recibieron prótesis balón-expandibles (93% Myval y 7% Edwards Sapien Series). En cuanto a las complicaciones peri-procedimiento, el 3.6% presentó un evento cerebrovascular (ACV-AIT), el 3% hemorragia con requerimiento transfusional, el 11% presentó leak periprotésico mayor a leve y el 15% requirió colocación de MCP. En el seguimiento, ninguno de los pacientes tuvo que ser reintervenido. Al comparar por tipo de prótesis, hubo mayor incidencia de leak periprotésico mayor a leve en las auto-expandibles de forma estadísticamente significativa (15% vs 4%, p.0.011).

Conclusiones: El TAVI realizado en un centro de alta complejidad en la Argentina presentó baja tasa de complicaciones peri-procedimiento, comparable a la descrita en registros internacionales contemporáneos. Al comparar según tipo de prótesis, las auto-expandibles cursaron con mayor incidencia de leak periprotésico mayor a leve.

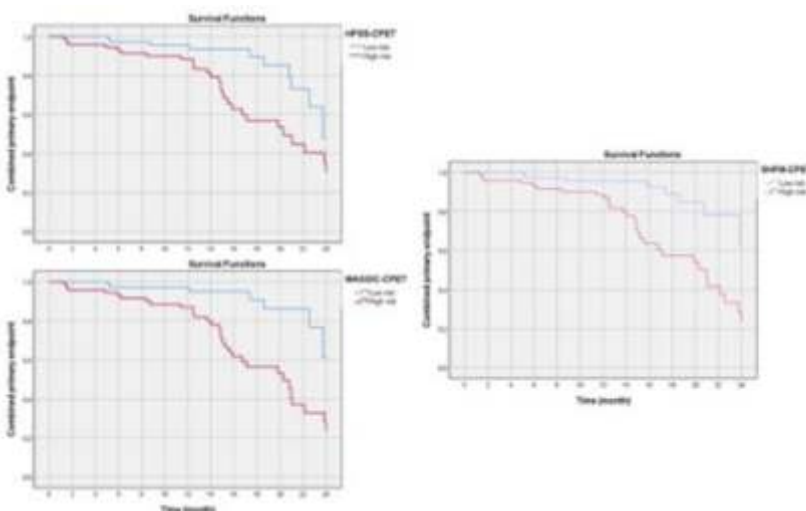


0177. ADICIÓN DE VARIABLES DEL TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR A MODELOS CLÁSICOS DE RIESGO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: UN ENFOQUE MULTIPARAMÉTRICO CONTEMPORÁNEO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Burgos LUCIRECIA | Rocío Consuelo BARO VILA | Ballari FRANCO | Ana SPACCAVENTO | Lucas L SUAREZ | Bianca Maria RICCIARDI | Antonella DE BORTOLI | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires



Introducción: Se han desarrollado varios puntajes de riesgo pronóstico para pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (ICFER), pero su precisión y uso siguen siendo limitados. El test de ejercicio cardiopulmonar (TECP) ha demostrado valor pronóstico y ayuda en la selección de candidatos para trasplante cardíaco (TC), y estudios recientes sugieren que la pendiente de la relación ventilación-dióxido de carbono (VE/VCO₂) es superior al VO₂. Sin embargo, la combinación entre estos parámetros del TECP y los puntajes de riesgo no ha sido explorada previamente.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico adicional de los parámetros del TECP en combinación con los puntajes clínicos clásicos en pacientes con ICFeR para predecir un endpoint combinado de hospitalización por insuficiencia cardíaca, TC no electivo y mortalidad por todas las causas a los 2 años.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte unicéntrico, con un análisis retrospectivo de datos recolectados prospectivamente. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes menores de 70 años con ICFeR (FEVI < 40%), seguidos en nuestra unidad de IC que se sometieron a CPET entre marzo de 2020 y marzo de 2023. El evento primario fue un combinado de hospitalización por insuficiencia cardíaca, TC no electivo y mortalidad por todas las causas a los 2 años. El evento secundario fue la mortalidad por todas las causas. Se evaluaron pVO₂ < 12 ml/kg/min (con betabloqueantes) o < 14 ml/kg/min (sin betabloqueante), equivalente ventilatorio (VE/CO₂) > 36, y la presencia de ventilación oscilatoria durante el ejercicio (EOV). Se calcularon el Heart Failure Survival Score (HFSS), el Seattle Heart Failure Model (SHFM) y el Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) para cada paciente. El valor de agregar los parámetros del CPET a los puntajes se evaluó con el área bajo la curva ROC y la mejora neta en la clasificación (NRI).

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes, con una edad media de 57 años (DE 10), el 81% eran hombres, la media de FEVI fue del 29%. El evento primario combinado ocurrió en 38 pacientes (26%), y el evento secundario combinado en 11 pacientes (7.5%). En el seguimiento de 2 años, la precisión pronóstica para el evento primario del puntaje MAGGIC fue AUC 0.72 (IC del 95%: 0.64-0.81), SHFM AUC 0.77 (IC del 95%: 0.69-0.86) y HFSS AUC 0.61 (IC del 95%: 0.51-0.72). Las AUC para los modelos que incluyen las variables del CPET fueron: MAGGIC-TECP 0.78 (IC del 95%: 0.69-0.86), HFSS-TECP 0.73 (IC del 95%: 0.64-0.82) y SHFM-TECP 0.81 (IC del 95%: 0.73-0.89). La mejora neta global fue del 9%, 11% y 8% para HFSS, MAGGIC y SHFM respectivamente (Tabla 1). Las curvas de Kaplan-Meier estratificadas por la mediana de TECP +puntajes se muestran en la Figura 1. El punto final primario combinado ocurrió con mayor frecuencia en pacientes con puntajes de alto riesgo (prueba de log-rank, P < 0.001).

Primary event	HFSS	HFSS-CPET		Total	Higher	Reclassification		NRI
		Low	High			Less	Net	
No	Low	51	13	64	13%	12%	-1%	9%
	High	12	20	40				
	Total	63	41	104				
Yes	Low	5	8	13	20%	10%	10%	
	High	4	24	28				
	Total	9	32	41				
Primary event	MAGGIC	MAGGIC-CPET		Total	Higher	Reclassification		NRI
		Low	High			Less	Net	
No	Low	55	15	64	14%	9%	-8%	11%
	High	9	25	40				
	Total	64	40	104				
Yes	Low	6	9	15	22%	5%	17%	
	High	2	24	26				
	Total	8	33	41				
Primary event	SHFM	SHFM-CPET		Total	Higher	Reclassification		NRI
		Low	High			Less	Net	
No	Low	53	9	64	9%	12%	3%	8%
	High	12	30	40				
	Total	65	39	104				
Yes	Low	6	3	9	7%	2%	5%	
	High	1	31	32				
	Total	7	34	41				

Conclusiones: Un enfoque multiparamétrico que integra parámetros del TECP con tres modelos de riesgo utilizando variables clínicas, de laboratorio y ecocardiográficas mejora la predicción del punto final combinado de hospitalización por IC, TC no electivo y mortalidad en pacientes con ICFeR. Los modelos clásicos de predicción de eventos en ICFeR podrían mejorarse al incorporar nuevos parámetros como EOV, VE/CO₂ y pico de VO₂.

0179. ASISTENCIA CON ECMO V-A COMO PUENTE A LA RECUPERACIÓN

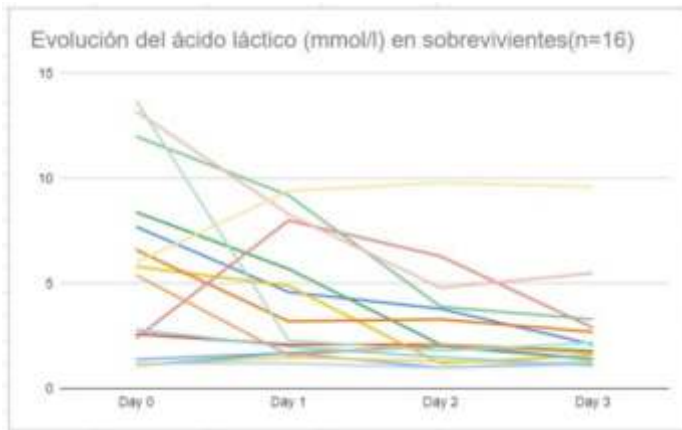
*Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio
Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular*

Guido ROVEDA | Natalia PELLEGRINI | Aníbal Martín ARIAS | Ignacio BLURO | Emiliano ROSSI | Ricardo POSATINI | Cesar BELZITI | Rodolfo PIZARRO
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La asistencia con ECMO V-A es efectiva en el shock cardiogénico. Recientemente se han publicado un ensayo clínico randomizado y un metaanálisis donde se demuestra la falta de beneficio del ECMO V-A en el shock cardiogénico de origen isquémico de forma sistemática. En el escenario del paro cardiorrespiratorio la evidencia es controversial. La información que promueve el uso del ECMO V-A como puente a la recuperación proviene de estudios observacionales, siendo escasa la información en Argentina.

Objetivos: Describir las características y la evolución de los pacientes que requirieron asistencia con ECMO V-A como puente a recuperación y su supervivida a los 30 y 180 días.

Materiales y Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años de edad que recibieron asistencia con ECMO V-A como puente a recuperación entre enero 2012 a abril de 2023. Se excluyeron a los pacientes asistidos posterior a un trasplante cardíaco y a todos los pacientes asistidos con ECMO V-V.



Resultados: Se incluyeron un total de 22 pacientes, la mediana de edad fue de 57 años (RIC 39-69), el 73% sexo masculino. Las causas que llevaron a la asistencia fueron miocarditis 27%, postcardiotomía 22%, síndrome coronario agudo 18%, tromboembolismo pulmonar 14%, paro cardiorrespiratorio 9%, taponamiento por masa mediastinal 5% y síndrome de takotsubo 5%. 16 pacientes (76%) se encontraban en estadios INTERMACS 1 y 2. La mediana de lactato al momento de la asistencia fue de 6.3 mmol/l (RIC 2.7-12.4) y la creatinina 1.7 mg/dl (RIC 1.3-2.4). La mediana de asistencia fue de 3 días (RIC 2-5). A las 72 horas de iniciada la asistencia, 14/16 sobrevivientes habían normalizado sus valores de ácido láctico. Sobrevivieron a los 30 días de iniciada la asistencia 16 pacientes (73%). A los 180 días del seguimiento se encontraron con vida los mismos 16 pacientes (73% del total de asistidos). La complicación más frecuente encontrada fue la sepsis 36% seguido del sangrado (mayor o igual a BARC 3b) 27%.

Conclusiones: La sobrevida de los pacientes asistidos con ECMO V-A como puente a recuperación fue del 73% a los 30 y 180 días. La sobrevida global reportada por la ELSO es del 43%. La mayoría de los pacientes asistidos se encontraban en estadios INTERMACS grado 1 y 2. La tasa de complicaciones es semejante a la bibliografía internacional.

Características (n = 22)	
Edad media (RIC) – años	57 [39-69]
Sexo masculino – no. (%)	16 (73%)
IMC (kg/m ²)	25 (+-3.3)
Intermacs grado 1-2 – no. (%)	17 (78%)
Utilización de ECI – no. (%)	6 (27%)
Indicación principal	
Miocarditis – no. (%)	6 (27%)
Postcardiotomía – no. (%)	5 (22%)
Síndrome coronario agudo – no. (%)	4 (18%)
Tromboembolismo pulmonar – no. (%)	3 (14%)
Paro cardiorrespiratorio – no. (%)	2 (9%)
Taponamiento cardíaco – no. (%)	1 (5%)
Síndrome de Takotsubo – no. (%)	1 (5%)
Datos de laboratorio	
Ácido láctico (RIC) – mmol/l	6.3 [2.7-12.4]
pH (DS)	7.24 (+/-0.12)
Creatinina (RIC) – mg/dl	1.7 [1.3-2.4]
Seguridad y sobrevida	
Sepsis – no. (%)	8 (36%)
Sangrado moderado o severo* – no. (%)	6 (27%)
Mediana de duración de asistencia (RIC) – días	3 [2-5]
Sobrevida a los 30 días – no. (%)	16 (73%)
Sobrevida a los 180 días – no. (%)	16 (73%)

*Sangrado moderado o severo fue definido según clasificación BARC ≥ 3b

0180. CARDIONEUROABLACION PARA EL SINCOPE REFLEJO Y LA BRADIARRITMIA FUNCIONAL

Arritmias y Electrofisiología

Maríel ALVAREZ CORREA | Guillermo CARNERO | Mauricio MYSUTA | Néstor O. GALIZIO | María Eugenia SANTILLÁN | Rocio BENITO | Yolanda ROCHÉ | José Luis GONZÁLEZ

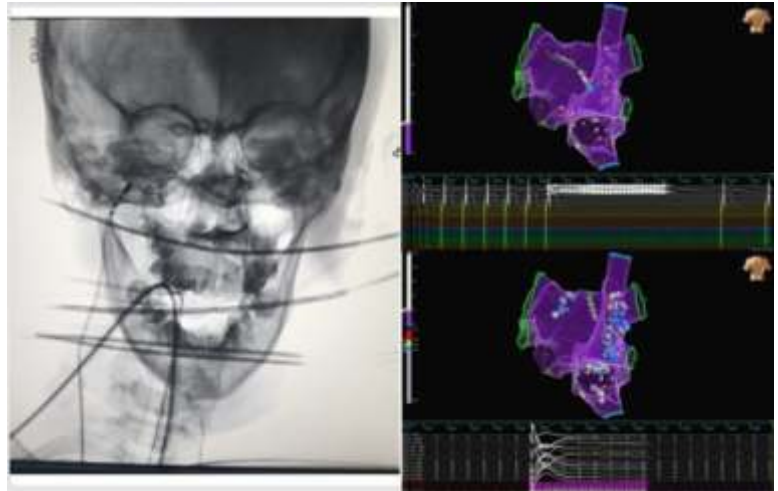
Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La Cardioneuroablación (CNA) es una técnica descrita por primera vez en 2005 por el Dr. Pachón y cols. que consiste en generar una denervación autonómica a través de ablación por radiofrecuencia endocárdica, eliminando el reflejo cardio inhibitorio sobre el nodo sinusal y el nodo aurículo-ventricular. Este método se presenta como una alternativa prometedora para el tratamiento del síncope vasovagal y arritmias mediadas por la hiperactividad parasimpática. Dado que las guías actuales solo recomiendan estimulación en pacientes con síncope reflejo recurrente mayores de 40 años, conocer la eficacia de la CNA es particularmente relevante en este grupo etario.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es analizar el papel de la CNA en pacientes con síncope reflejo (cardioinhibitorio o mixto) o bradiarritmia funcional (bradicardia sinusal funcional, bloqueo AV funcional).

Materiales y Métodos: Población: La CNA se propuso a pacientes jóvenes (<40 años) consecutivos, derivados a la División de Electrofisiología del Hospital Universitario Fundación Favaloro entre 2022-2023 con síncope vasovagal, bradicardia sinusal o bloqueo AV funcional tras la ineffectividad o rechazo del paciente a opciones farmacológicas y no farmacológicas para la mejoría sintomática. Endpoint: Como objetivos del procedimiento se buscaron: en pacientes con síncope vasovagal cardioinhibitorio o bradicardia sinusal funcional ausencia de incremento de la FC >25% con la administración atropina tras la CNA; en pacientes con bloqueo AV por hiperactivación vagal, reducción del AH >25% y que la atropina no redujese el intervalo AH tras la ablación. El endpoint en el seguimiento fue la ausencia de síncope o síntomas relacionados a la bradicardia o BAV funcional.

Resultados: Se incluyeron un total de 12 pacientes entre 2022-2023, edad promedio 30 ± 13 años, 6 (50%) de ellos eran hombres, todos con corazón estructuralmente normal. Holter: FC promedio (67 ± 9 lpm) SDNN (268 ± 81). El 60% (7 pts) presentaban Síncope vasovagal (Tipo 1: 1 pt tipo 2A: 2 pts Tipo 2 B: 4 pts) y 40% (5 pts) restante bradicardia funcional (3 pts)/BAV funcional (2 pts). El test de atropina pre ablación fue positivo en el 100% de los pacientes. Endpoint En todos los pacientes (12 pts 100%) se evidenció un aumento de la FC basal mayor del 25% después de la ablación (RR inicial 1135 ± 144 ms a RR final 728 ± 80 ms: 36%). En un pt con bloqueo AV funcional no se logró el acortamiento del AH durante el procedimiento. El éxito agudo de la CNA fue del 92%,



definido en base a los criterios previamente referidos tras administración de atropina (nivel de denervación) El tiempo medio de procedimiento fue de 127 ± 26 min. Tiempo de radioscopia: 7 ± 3 min y el número de lesiones: 57 ± 16 . El holter pre y post ablación, mostró un aumento significativo en la FC media que persistía en el tiempo (67 lpm vs 92 lpm, $p < .05$) Hasta el momento en 8 pacientes se realizaron el Test de basculación tras la CNA: fue negativo en el 87.5% (7 pt), mixto en el 12.5% (1 pt). Ningún pt presentó complicaciones mayores. En un seguimiento medio de 6 meses (RIQ: 3-12), el 90% de los pacientes están libres de síntomas, con una FC media: 92 ± 12 lpm.

Conclusiones: La CNA en pacientes con síncope reflejo (cardioinhibitorio o mixto) o bradiarritmia funcional (bradicardia sinusal funcional, bloqueo AV funcional) es una estrategia efectiva con un bajo nivel de complicaciones.

0181. PREVALENCIA Y PREDICTORES DE HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA AMILOIDÓTICA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Franco Nicolas BALLARI | Ana SPACCAVENTO | Ivana María SEIA | Lucrecia Maria BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Mirta DIEZ | Alejandro Horacio MERETTA

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

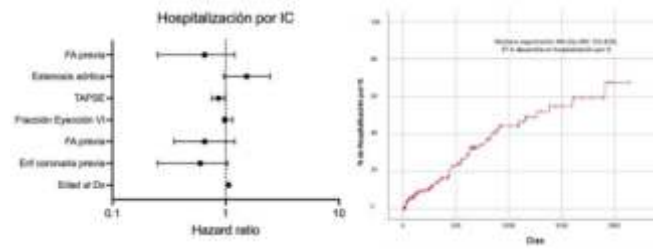
Introducción: La cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR) es una enfermedad infiltrativa que afecta tanto la función diastólica como sistólica del corazón. A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la CA-TTR continúa siendo una causa significativa de insuficiencia cardíaca (IC) en adultos mayores.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de IC en pacientes con CA-TTR así como los predictores de este evento utilizando parámetros clínicos, de laboratorio y de imágenes.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con CA-TTR de tipo salvaje que se encontraban en seguimiento ambulatorio por el servicio de miocardiopatías de un centro especializado en cardiología. Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos basales, así como factores de riesgo cardiovascular y eventos de IC posteriores al diagnóstico de amiloidosis. El punto final fue el compuesto de hospitalización o visita no planificada al servicio de emergencias por empeoramiento de la IC requiriendo la administración de diuréticos endovenosos. Se evaluaron los factores independientes asociados con el punto final combinado mediante un análisis multivariado, utilizando la técnica de regresión de Cox.

Variable	N=154
Sexo masculino - n (%)	147 (95,2%)
Edad - años (P25-75)	81 (75-85)
Hipertensión arterial- n (%)	126 (77,3%)
DBT - n (%)	29 (17,8%)
Enfermedad coronaria previa- n (%)	41 (25,5%)
MCP - n (%)	44 (27%,3)
FA previa - n (%)	82 (50,9%)
Neuropatía - n (%)	9 (6,2%)
FEY - % (P25-75)	50 (42-60)
SIV - mm (P25-75)	16 (14-19)

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes, con una edad media de 81 años (RIC 75-85) y el 95% de sexo masculino. La mediana de seguimiento fue de 396 días (RIC 105-820). Durante este período, 57 pacientes (37%) presentaron el punto final de los cuales 47 (30%) requirieron hospitalización y 10 (7%) fueron tratados en emergencias. Los factores de riesgo asociados con eventos de IC fueron la edad al momento del diagnóstico (HR 1.065, IC95% 1.026-1.105, $p < 0.001$), la hipertensión arterial (HR 2.06, IC 95% 1-4.2, $p = 0.047$). Entre los parámetros ecocardiográficos, el desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo (TAPSE) (HR 0.89, IC95% 0.81-0.99, $p = 0.034$) y el grado de estenosis aórtica (HR 1.47, IC95% 1.09-1.99, $p = 0.022$) se asociaron con eventos de IC. En un análisis multivariado mediante un modelo de regresión de Cox, las variables independientes asociadas con punto final fueron la edad (HR 1.06, IC95% 1.01-1.11, $p = 0.017$) y el TAPSE (HR 0.862, IC95% 0.758-0.982)



Conclusiones: La prevalencia de eventos por IC en el seguimiento de pacientes con CA-TTR es elevada. La edad y el TAPSE fueron las variables asociadas independientemente con estos eventos en el seguimiento.

0182. EVALUACIÓN DE LAS APOLIPOPROTEÍNAS APO-A Y APO-B EN PACIENTES JÓVENES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIA. RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO Y SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Cardiopatía Isquémica

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Ailín Betsabé CONCA | María GUTHMANN | Francesca BOIDI | Claudio DIZEO | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN
Sanatorio Franchin

Introducción: La enfermedad coronaria (EC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, afectando a una población cada vez más joven. Entre los diversos factores de riesgo asociados a la EC, las alteraciones en el perfil lipídico juegan un papel fundamental. Las apolipoproteínas, particularmente Apo-A y Apo-B, son componentes clave de las lipoproteínas plasmáticas y se consideran indicadores más precisos del riesgo cardiovascular que las concentraciones tradicionales de lípidos. La apolipoproteína A (Apo-A), componente principal de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), se asocia con efectos protectores contra la aterosclerosis, mientras que la apolipoproteína B (Apo-B), presente en las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y muy baja densidad (VLDL), está vinculada con el desarrollo y la progresión de la enfermedad aterosclerótica. La relación entre Apo-B y Apo-A (cociente apoB/A) se ha propuesto como un marcador relevante para evaluar el equilibrio entre las lipoproteínas aterogénicas y antiaterogénicas.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo evaluar las concentraciones de Apo-A y Apo-B y el cociente ApoB/A en pacientes jóvenes sometidos a angioplastia coronaria, y su relación con factores de riesgo tradicionales y la severidad de la EC

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva en una unidad coronaria de un centro de alta complejidad pacientes a los que se realizó angioplastia coronaria entre 2022 y 2023. A todos se les midió la Apo-A y Apo-B, en el laboratorio central de la institución, junto con el resto del laboratorio de rutina. Se analizaron las características clínicas de ingreso, los factores de riesgo cardiovasculares (FRC), la severidad de la enfermedad coronaria definida como enfermedad >50% de tronco de la coronaria izquierda (TCI) y/o dos o más arterias afectadas con lesiones >70%. Se consideró anormal un cociente Apo-B/ApoA > 0.9 en hombres y >0.8 en mujeres.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes de 51 ± 5 años, 30% mujeres. Al 30% se realizó angioplastia programada, y el 70% en contexto de Síndrome coronario agudo. El 45% presentó antecedente dislipidemia, 60% hipertensión, 25% diabetes. El 45% presentaba 2 o más FRC. El Colesterol Total fue de 172 ± 50 mg/dL, con un HDL-c 36 ± 11 mg/dL y LDL-c de 104 ± 46 mg/dL, mientras que la Apo-A fue de 122 ± 21 mg/dL y la Apo-B de 104 ± 30 mg/dL. El 40% presentó cociente ApoA/B anormal. En la tabla se muestran las variables entre los grupos El cociente ApoB/A fue predictor independiente de enfermedad coronaria severa (OR: 1.56 (IC95% 1.23- 5.44), $p = 0.01$).

	Cociente anormal (46%)	Cociente normal 52 (54%)	P
Edad	51 ± 5	51 ± 5	0.98
Colesteron Total	189 ± 45	158 ± 44	<0.01
HDL-c	33 ± 8	39 ± 12	0.02
LDL-c	110 ± 30	85 ± 8	<0.01
2 o más FRC	22 (47)	23 (42)	0.3
Nro de Stent	1,7 ± 0.9	1,34 ± 0.8	0.06
Enf. Coronaria Severa	11 (24)	5 (10)	0.04

Conclusiones: La prevalencia de cociente ApoB/A elevado fue mayor al 40% y se asoció a mayor colesterol total, mayor LDL-c, menor HDL-c y mayor gravedad de la enfermedad coronaria.

0186. DETECCIÓN DE DAÑO DE ÓRGANO BLANCO CARDÍACO SUBCLÍNICO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN UNA POBLACIÓN DE HIPERTENSOS CON ALTA PREVALENCIA DE OBESIDAD: DISCREPANCIAS OBSERVADAS SEGÚN EL MÉTODO DE INDEXACIÓN EMPLEADO

Investigación Básica / Multimagen

Laura Vanina ARGENTO | Carolina Mercedes TRAVETTO
Clínica Modelo de Morón

Introducción: La normalización de las cavidades cardíacas empleando índices alométricos basados en altura (H) mejora la detección de daño de órgano blanco cardíaco subclínico (DOB) en sujetos con hipertensión arterial (HTA) y obesidad versus la indexación por superficie corporal (SC); sin embargo, su uso no es habitual en la práctica diaria. Nos preguntamos con qué frecuencia el empleo de indexación alométrica por H conduce a la reclasificación de los sujetos según su grado de obesidad.

Objetivos: Comparar la prevalencia de DOB, definido como hipertrofia ventricular izquierda (HVI) o agrandamiento auricular izquierdo (AAI), según el método de indexación empleado, estimar el nivel de concordancia entre los métodos y el porcentaje de individuos que resulta reclasificado según el grado de obesidad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se incluyeron 150 adultos con HTA crónica derivados para la realización de un ecocardiograma Doppler. La masa ventricular izquierda (MVI) se indexó por SC y H2,7. El volumen auricular izquierdo máximo (VAI) se indexó por SC y H2. Se realizó análisis por subgrupos según categorías de índice de masa corporal (IMC). El grado de concordancia entre métodos se evaluó con el índice Kappa de Cohen (k).

Resultados: Edad media 57.1 años (DS 12.6), 62.7% mujeres, 58.7% eran obesos, 94% recibía tratamiento farmacológico. La prevalencia de HVI, AAI y DOB fue del 22%, 11.3% y 26% con índices basados en SC y del 25.3%, 49.3% y 56% con índices basados en H (Tabla 1). El nivel de concordancia para la detección de HVI fue considerable (k= 0.76) mientras que fue pobre para la detección de AAI (k: 0.23). La indexación alométrica basada en H condujo a la reclasificación respecto de presencia de HVI, AAI o DOB en el 8.6%, 38% y 32.6% respectivamente; en todos los casos se observó mayor discrepancia entre los métodos a mayor IMC (Tabla 2).

Conclusiones: La indexación de la MVI y VAI basado en SC subestima con frecuencia la detección de DOB en hipertensos con sobrepeso u obesidad y conduce a la ponderación errónea de su riesgo cardiovascular. Sugerimos considerar el uso sistemático de indexación alométrica basada en H en todos los pacientes, dado que la prevalencia de obesidad y sobrepeso es elevada en la población general y el desempeño de ambos métodos de indexación resulta similar en los sujetos con IMC normal. Consideramos crucial, para facilitar su implementación en la práctica, la incorporación en los equipos ecocardiográficos de un paquete de cálculos apropiado a esta población, que permita la aplicación de indexación alométrica en los parámetros referidos, y añadir la recomendación de su implementación en las guías de práctica clínica locales. Esperamos que este estudio ayude a visibilizar la problemática que entraña la valoración del DOB en sujetos hipertensos con sobrepeso u obesidad.

	Global N=150	IMC <25 N=21	IMC 25-29.9 N=41	IMC 30-34.9 N=58	IMC ≥35 N=30
HVI (MVI/SC)	33 (22%)	3 (14.2%)	8 (19.5%)	10 (17.2%)	12 (40%)
HVI (MVI/H ^{2.7})	38 (25.3%)	2 (9.5%)	8 (19.5%)	14 (24.1%)	10 (53.3%)
Diferencia porcentual en prevalencia HVI	3.3%	4.7%	4.8%	6.0%	13.3%
AAI (VAI/SC)	17 (11.3%)	4 (19%)	3 (7.3%)	5 (8.6%)	5 (16.6%)
AAI (VAI/H ²)	74 (49.3%)	5 (23.8%)	18 (43.9%)	30 (51.7%)	21 (70%)
Diferencia porcentual en prevalencia AAI	30%	4.7%	36.5%	43.1%	53.3%
HVI y/o AAI (Indexación Radiométrica por SC)	39 (26%)	4 (19%)	8 (19.5%)	15 (25.8%)	12 (40%)
HVI y/o AAI (Indexación Alométrica por H)	84 (56%)	5 (23.8%)	19 (46.3%)	34 (58.6%)	26 (86.6%)
Diferencia porcentual en prevalencia DOB (HVI y/o AAI)	30%	4.7%	26.8%	32.7%	46.6%

	Global N=150	IMC <25 N=21	IMC 25-29.9 N=41	IMC 30-34.9 N=58	IMC ≥35 N=30
HVI	13 (8.6%)	1 (4.76%)	2 (4.87%)	6 (10.34%)	4 (13.3%)
AAI	57 (38%)	1 (4.76%)	15 (36.58%)	25 (43.1%)	16 (53.3%)
DOB (HVI y/o AAI)	49 (32.6%)	1 (4.76%)	13 (31.7%)	21 (36.2%)	14 (46.6%)

0187. IMPLICANCIAS DE LA VÍA DE OXIDACIÓN DE LOS ÁCIDOS GRASOS EN LA EVOLUCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO OVINO

Investigación Básica / Cardiopatía Isquémica

Cristian Nahuel NUÑEZ PEDROZO₁ | Francisco Raúl BORZONE₁ | Agustina VARELA₁ | Alberto José CROTTOGINI₁ | Gustavo Ariel GIUNTA₂ | Luis CUNIBERTI₁
Imettyb-universidad Favaloro - CONICET₁; Hospital Universitario Fundación Favaloro₂

Introducción: En los últimos años se ha empleado en nuestro laboratorio el análisis transcriptómico para identificar posibles blancos terapéuticos en el campo de la regeneración cardiovascular. La pérdida postnatal de la capacidad proliferativa de los cardiomiocitos ha sido relacionada a la transición metabólica de la glucólisis a la oxidación de ácidos grasos. Hasta el momento se desconoce el perfil transcriptómico de estos procesos metabólicos en mamíferos grandes con mayor similitud a la cardiopatía humana.

Objetivos: El objetivo de esta investigación fue estudiar el perfil transcriptómico de procesos metabólicos desde el estadio fetal proliferativo hasta el adulto no regenerativo infartado en un modelo ovino traslacional de cardiopatía isquémica (IAM).

Materiales y Métodos: En primera instancia se procesaron transcriptomas de corazones ovinos fetales secuenciados en nuestro laboratorio. La colección se completó con muestras de corazones ovinos adultos en condición sana, infartada y del borde de infarto obtenidas del repositorio Gene Expression Omnibus (GSE164245). Los archivos se procesaron en UseGalaxy empleando el protocolo FastQC/HISAT/featurecount). Por último, la expresión génica diferencial y el análisis de enriquecimiento se realizaron con edgeR y PathFindR.

Resultados: Respecto a los análisis descriptivos de las muestras se identificó un coeficiente de variabilidad biológica de 0,20 asociado a un rango óptimo de calidad. El análisis de enriquecimiento reveló una alteración significativa de las vías “β-oxidación de ácidos grasos” y “β-oxidación de ácidos grasos mediante acil-CoA deshidrogenasa” en la zona de infarto y borde infarto a 7 días post-IAM respecto al control sano ($p < 0,05$). Luego se procedió a evaluar la abundancia relativa de transcritos de genes vinculados a la vía de oxidación de ácidos grasos. Se observó que la carnitina palmitoiltransferasa 1B (CPT1B) tiende a aumentar su abundancia desde el estadio fetal al adulto ovino. Al evaluar su comportamiento en respuesta a la injuria isquémica, se observa una franca regulación a la baja en la zona de infarto comparado contra un control sano ($p < 0,02$), aunque esta no es significativa en la zona borde del infarto. Notablemente, este perfil de expresión se revierte hasta recuperar los niveles basales en la fase crónica del IAM (28 días).

Conclusiones: En el presente trabajo evaluamos el perfil de expresión de las distintas isoformas de las carnitina palmitoiltransferasas, observando una disminución de la CPT1B en la zona infartada aunque sin cambio en la zona borde. Estudios recientes revelaron que la inhibición de esta isoforma tiene un rol clave en la inducción de la proliferación de los cardiomiocitos murinos. Estos resultados revelan que a una semana post-IAM sólo la región infartada busca activar el programa proliferativo asociado a la inhibición de CPT1B, lo que podría explicar la limitada capacidad regenerativa de la condición adulta.

0189. MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: SERIE DE CASOS Y COMPARACIÓN CON REVISIÓN SISTEMÁTICA

*Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular
Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio*

Francisco GOGGI | Juan Carlos ESPINOZA | Juan Pablo COSTABEL | Francisco Andrés OLIVARES PRADO | Juan Pablo YAPUR | Daniel Oscar NAVIA | Juan Francisco FURMENTO | Leonardo Adrián SEOANE

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La miocardiopatía de Takotsubo (MT) es una patología de baja frecuencia, especialmente en el postoperatorio de cirugía cardíaca, con prevalencia desconocida y asociada a shock cardiogénico. Su mecanismo patogénico se debe al aumento del tono catecolaminérgico y al estrés, ambos presentes en el postoperatorio. Sin embargo, la evidencia es escasa, con una revisión sistemática reciente y sólo dos series de casos, ninguna realizada en América

Objetivos: El objetivo del estudio fue describir las características clínicas, el manejo y los resultados de los pacientes con MT posoperatorio luego de una cirugía cardíaca, y compararlos con una revisión sistemática (Laghlam D, et al. Front Cardiovasc Med. 2023 Jan 10;9:1067444).

Materiales y Métodos: Se realizó una serie de casos, basada en la base de datos computarizada de Cirugía Cardíaca completada de forma prospectiva. Se incluyeron pacientes adultos consecutivos sometidos a cirugía cardiovascular desde noviembre de 2003 hasta diciembre de 2023 en un centro cardiovascular de alta complejidad. El diagnóstico de MT se definió como la asociación de una disfunción aguda del ventrículo izquierdo con anomalías focales de la pared extendidas más allá del territorio de una única arteria coronaria, que se recupera espontáneamente, asociado a anomalías de la repolarización en el electrocardiograma (ECG) y con la exclusión de diagnósticos diferenciales como una

	Serie de casos (n:10)	Revisión sistemática (n:81)	P
Características basales			
Edad, años; media (DE)	64,7 (9,7)	68,0 (10,0)	0,313
Sexo femenino, n (%)	9 (90,0)	64 (79,0)	0,346
HTA, n (%)	4 (40,0)	12 (15,0)	0,051
DMT, n (%)	1 (10,0)	7 (8,6)	0,593
Cardiopatía isquémica nec previa, n(%)	0 (0,0)	2 (2,4)	0,794
FEy preop (%), mediana (RI)	66 (60-73)	60 (60-65)	0,116
FEy al diagnóstico (%), mediana (RI)	35 (24-38)	26,5 (20-30)	0,027
Cirugía			
Cirugía mitral aislada, n(%)	6 (60,0)	54 (66,6)	
CRVM aislada, n (%)	2 (20,0)	12 (41,4)	
Plástica mitral aislada, n (%)	4 (40,0)	6 (20,7)	
Cirugía combinada mitral y tricúspides, n(%)	3 (30,0)	4 (4,9)	
CRM, n (%)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Drogas vasoactivas y asistencia circulatoria mecánica			
Noradrenalina, n (%)	9 (90,0)	34 (42,0)	0,003
Adrenalina, n (%)	1 (10,0)	28 (34,6)	0,090
Dopamina, n (%)	0 (0,0)	26 (32,1)	<0,001
Dobutamina, n (%)	1 (10,0)	38 (46,9)	0,006
Milrinona, n (%)	7 (70,0)	0 (0,0)	<0,001
ECMO, n (%)	0 (0,0)	5 (6,2)	<0,001
BLA, n (%)	3 (30,0)	6 (7,4)	0,033
Resultados			
Mortalidad, n (%)	0 (0,0)	5 (6,3)	<0,001
FEy al alta (%), mediana (RI)	53 (40-57)	60 (50-60)	0,052

obstrucción coronaria. Luego comparamos esta cohorte con los resultados de una revisión sistemática reciente. Para comparación utilizamos el método de análisis de una sola muestra.

Resultados: De un total de 15.920 cirugías cardíacas, se reportaron 10 casos con MT postoperatorio (prevalencia de 0,06%). Los pacientes de nuestra cohorte tenían 64,7 años (DE 9,7) y el 90,0% eran mujeres. Las cirugías más comúnmente involucradas fueron valvulares (90,0%), siendo en su mayoría procedimientos mitrales (90,0%). A todos los pacientes se les realizó una angiografía coronaria preoperatoria y al 50,0% se les realizó una posoperatoria para descartar enfermedad coronaria obstructiva. El 90,0% presentó cambios en el ECG postoperatorio: 90,0% ondas T negativas, 40,0% elevación del ST, principalmente en derivaciones laterales (40,0%). El catéter de Swan Ganz se utilizó en el 60,0%. La prevalencia de shock cardiogénico fue del 100,0%, siendo refractario en el 30,0%. La estancia hospitalaria fue de 14 días (RI 12-23). Ningún paciente necesitó oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), pero el 30,0% utilizó balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA). La noradrenalina fue el vasoactivo preferido (90,0%), seguida de la milrinona (70,0%). La mediana de la fracción de eyección (FE) preoperatoria fue del 66% (RI 60-73), la FE postoperatoria fue del 35% (RI 24-38) y al alta del 53% (RI 40-57). A pesar de la gravedad de la presentación clínica, no encontramos casos de muerte intrahospitalaria, pero el 30,0% requirió tratamiento ambulatorio en un centro de rehabilitación. La Figura 1 comparó los resultados con la revisión sistemática

Conclusiones: En nuestra serie de casos, encontramos que la MT es una complicación rara, pero grave, en el postoperatorio de cirugía cardíaca, asociada con shock cardiogénico. Sin embargo, la sobrevida intrahospitalaria fue del 100%. La MT fue más frecuente en mujeres y luego de cirugía mitral. En comparación con la revisión sistemática, utilizamos de manera significativa menos dopamina, dobutamina y ECMO, pero más noradrenalina, milrinona y BCIA, con menor tasa de mortalidad.

0190. FACTORES PREDICTORES DE EVOLUCIÓN A BAJO GASTO CARDIACO O SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Rocio Consuelo BARO VILA | Lucrecia BURGOS | Franco BALLARI | Antonella DE BORTOLI | Mirta DIEZ
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Durante la hospitalización, los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) pueden progresar hacia el síndrome de bajo gasto cardíaco (SBGC) o shock cardiogénico (SC). Sin embargo, los factores predictores de esta evolución no se encuentran claramente definidos.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de progresión hacia el SBGC o el SC de novo en pacientes hospitalizados por ICA e identificar factores predictores de esta progresión entre los parámetros clínicos, ecocardiográficos y de laboratorio obtenidos en el ingreso.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio de cohorte de un solo centro, realizando un análisis retrospectivo de datos recopilados prospectivamente de pacientes consecutivos ingresados con ICA entre 2015 y 2020. Se excluyeron aquellos que ingresaron en SC o SBGC. El punto final primario fue la ocurrencia de SBGC o SC SCAI (Society for Cardiovascular Angiography and Intervention) C a E durante la internación índice. Se usaron modelos de regresión logística ajustados por edad y sexo para determinar la asociación entre los factores predictores y la ocurrencia del punto final primario.

Resultados: Se incluyeron consecutivamente 748 pacientes, con una edad media de 76 ± 11.7 años, 63.6% fueron hombres. La enfermedad arterial coronaria representó el 34.5% de la etiología de la IC y el 36.9% de los pacientes tuvieron una hospitalización previa por IC. La mediana de FEVI fue de 46% (RIC 41,60), y la FEVI reducida < 40% representó el 40.5% de los casos. El evento final primario ocurrió en el 22.33% de la cohorte (n=167). La mortalidad intrahospitalaria fue de 38.9% en pacientes que presentaron SBGC o SC, en comparación con 4.5% en aquellos que no presentaron estas complicaciones ($P < 0.001$). La presión arterial sistólica al ingreso por cada 10 mmHg menos (OR 1.25, IC 95% 1.12 - 1.40, $P < 0.001$), un clearance creatinina calculado < 60 ml/min/m² (OR 1.99, IC 95% 1.27 - 3.13, $P = 0.003$), la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 40% (OR 1.65, IC 95% 1.11 - 2.45, $P = 0.013$) y un TAPSE < 18mm (excursión sistólica del anillo tricuspídeo) (OR 2.05, IC 95% 1.39 - 3.02, $P < 0.001$) fueron predictores significativos de progresión a SBGC o SC.

Variable	OR	IC 95%	p
Presión arterial sistólica (por cada 10 mmHg menos)	1.25	1.12 - 1.40	<0.001
Cl creatinina < 60 ml/min/m ²	1.99	1.27 - 3.13	0.003
FEVI < 40%	1.65	1.11 - 2.45	0.013
TAPSE < 18mm	2.05	1.39 - 3.02	<0.001

Conclusiones: En una cohorte de pacientes hospitalizados por ICA, se identificó la presión arterial sistólica, el clearance de creatinina calculado < 60 ml/min/m², la FEVI $< 40\%$ y el TAPSE < 18 mm como factores predictores de progresión hacia SC o SBGC. Estos simples parámetros, ampliamente disponibles obtenidos en el momento de admisión, permitirían identificar precozmente a pacientes de riesgo y podrían impactar las estrategias de manejo y tratamiento. Sin embargo, se necesitan estudios prospectivos adicionales para validar estos hallazgos y confirmar su utilidad clínica en la práctica habitual.

0191. EVENTOS MAYORES EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: VALOR DE LOS MARCADORES DE HIPOPERFUSION TISULAR. ESTUDIO PILOTO

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio Nicolás COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNANDEZ | Nestor Manuel CLUSA | Sergio Juan BARATTA | Guillermo VACCARINO

Hospital Austral

Introducción: En el postoperatorio de cirugía cardiovascular (CCV), la medición del ácido láctico (AL), saturación venosa central (SVcO₂), delta pCO₂ y el déficit de base (DB), son todos marcadores de hipoperfusión tisular de oxígeno utilizados para diagnóstico del shock temprano y como guía del sostén hemodinámico. Sin embargo, si estos marcadores de hipoperfusión tisular de oxígeno pueden predecir eventos mayores requiere mayor información.

Objetivos: Analizar la relación entre variables clínicas preoperatorias, hemodinámicas y marcadores tisulares con eventos mayores postoperatorios en una población de pacientes que se realizaron una CCV (valvular y/o cirugía de revascularización miocárdica (CRM)).

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un hospital argentino, en pacientes hospitalizados por CCV entre octubre 2023 y marzo 2024. Se consideró evento mayor: muerte intrahospitalaria (MIH), asistencia respiratoria mecánica prolongada mayor a 24 hs (ARM), ACV, diálisis e infarto agudo de miocardio. Se evaluaron variables preoperatorias, variables hemodinámicas postoperatorias (vasoplejía, síndrome de bajo volumen minuto (SBVM)) y mediciones postoperatorias de marcadores tisulares (1, 6 y 24 hs postquirúrgicas). Se definieron como marcadores patológicos: AL > 3 mmol/l, SVcO₂ $< 65\%$, DB < -3 , delta pCO₂ > 6 .

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con edad promedio 67 años, sexo femenino 24%. La población de pacientes con evento mayor fue del 11%. Los pacientes con evento mayor presentaron: mayor índice de masa corporal (IMC) (28 ± 4 vs. 33 ± 4 kg/m²; $p < 0.05$), mayor diagnóstico previo de endocarditis (3% vs 40% $p < 0.05$), mayor score de Afilalo (0.1 vs 1.4; $p < 0.05$), mayor prevalencia de SBVM (5% vs. 50%; $p < 0.05$), así como mayor estadía hospitalaria posoperatoria (7,6 vs 39,3 días, $p < 0.05$). Respecto a los diferentes marcadores tisulares no hubo diferencia significativa en AL, SVcO₂, delta pCO₂ y DB a la hora, 6 y 24 hs en quienes tuvieron un evento mayor (Tabla 1).

	NO EVENTO MAYOR (n=40)	EVENTO MAYOR (n=5)	p	
Edad	66 ± 8	68 ± 6	NS	
Hipertension	23 (58%)	3 (60%)	NS	
Femenino	10 (25%)	1 (20%)	NS	
IMC (kg/m ²)	28 ± 4	33 ± 4	<0.05	
Dislipemia	22 (55%)	20 (20%)	NS	
Diabetes	9 (23%)	3 (60%)	NS	
Tabaquismo	22 (55%)	3 (60%)	NS	
Insuficiencia cardiaca	2 (5%)	1 (20%)	NS	
Endocarditis	1 (3%)	2 (40%)	<0.05	
Cirugia no urgente	30 (75%)	2 (40%)	NS	
Estabilidad hemodinamica	39 (98%)	4 (80%)	NS	
ARGENSCORE	6.3	10.5	NS	
EUROSCORE	1.8	12.7	NS	
STS	1.4	5.5	NS	
AFILALO	0.1	1.4	<0.05	
FEY > 50%	33 (83%)	3 (60%)	NS	
SBVM	2 (5%)	2 (50%)	<0.05	
Vasoplejia	16 (40%)	3 (75%)	NS	
Días posoperatorio	7,6	39,3	<0.01	
1 Hs	AL >3 mmol/l	8 (20%)	2 (50%)	NS
	Delta CO2 >6	27 (68%)	1 (25%)	NS
	DB <-3	31 (78%)	2 (50%)	NS
	SVO2 <65%	12 (30%)	2 (50%)	NS
6 hs	AL >3 mmol/l	11 (28%)	2 (50%)	NS
	Delta CO2 >6	22 (55%)	2 (50%)	NS
	DB <-3	29 (73%)	2 (50%)	NS
	SVO2 <65%	15 (38%)	2 (50%)	NS
24 Hs	AL >3 mmol/l	5 (13%)	1 (25%)	NS
	Delta CO2 >6	15 (38%)	2 (50%)	NS
	DB <-3	23 (58%)	3 (75%)	NS
	SVO2 <65%	14 (35%)	1 (25%)	NS

Conclusiones: En una muestra de cirugía cardiovascular la medición de los marcadores tisulares fue proporcionalmente elevada en ambos grupos, pero no se asoció a eventos mayores a diferencia del SBVM. Los eventos mayores presentaron diferencias significativas con mayor IMC, endocarditis infecciosa, presencia de fragilidad (score Afilalo) y mayor estadía hospitalaria. Un registro con mayor número de pacientes podría dilucidar con más precisión estas asociaciones.

0194. EVALUACIÓN Y PRONÓSTICO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR TRATADA CON PROSTANOIDES PARENTERALES

Enfermedad Vascular Pulmonar

Ignacio BLURO | María Eugenia KNORRE | Ana Laura MICELI | Marco SCAMPITELLI | María Natalia PELLEGRINI | Graciela SVETLIZA | Norberto VULCANO | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los prostanoides parenterales son un grupo de fármacos de alto costo que constituyen la tercer y última línea terapéutica previo al trasplante en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP).

Objetivos: Determinar las características y pronóstico de los pacientes a los que se les inicia un prostanoides parenteral y su evolución en cuanto al riesgo y eventos clínicos.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes con HAP del grupo I a los que se les inició terapia con un prostanoides parenteral. Se evaluó las características basales de la población y la incidencia de muerte o necesidad de trasplante en función del riesgo basal y a los 6 meses según el puntaje de 4 estratos "COMPERA"

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes, los cuales se siguieron por un total de 29059 pacientes/día (media 908 día; mediana 678 días, min 3 y max 3809 días). Las características basales de la población se describen en la tabla 1. El 81% de los pacientes venían previamente diagnosticados y 6 pacientes (19%) fueron incidentes, de estos 4 pacientes recibieron triple terapia inicial. A lo largo del seguimiento 14 pacientes (44%) requirieron al menos una internación por progresión de la enfermedad. Diez pacientes fueron trasplantados y cinco pacientes obitaron sin ser trasplantados. Dos pacientes incidentes con HAP porto pulmonar que se encontraban en estado de shock al momento de iniciar el tratamiento fallecieron previo a la reevaluación. Treinta pacientes alcanzaron la primer re-estratificación de riesgo: 16 pacientes (53%) disminuyeron al

Tabla 1: Características basales (n=32)		
Sexo femenino (n)	24	(75%)
Edad (Iq ₂₅₋₇₅)	32	(22-48) años
Tiempo de evolución (meses)	33	(7-100) meses
	Prevalente	26 (81%)
	Incidente	6 (19%)
Etiología		
Idiopática (%)	18	(56%)
Colagenopatía (%)	7	(22%)
Congénita (%)	4	(13%)
Porto-pulmonar (%)	2	(6%)
Hereditaria (%)	1	(3%)
Clase funcional al momento de colocar prostanoides		
I (%)	2	(6%)
II (%)	4	(13%)
III (%)	18	(56%)
IV (%)	8	(25%)
Predictores riesgo		
NT-pro-BNP pg/dl (RIC ₂₅₋₇₅)	1728	(534 - 4589)
Marcha 6 min; metros (RIC ₂₅₋₇₅)	330	(150 - 428)
Variables hemodinámicas		
Aurícula der. mmHg (RIC ₂₅₋₇₅)	11	(8 - 14)
Presión pulm media (RIC ₂₅₋₇₅)	63	(50 - 78)
Resit. Vasc. Pul dynas (RIC ₂₅₋₇₅)	822	(537 - 1372)
Presión enclavamiento (RIC ₂₅₋₇₅)	11	(9-14)
Riesgo basal		
Bajo	1	(3%)
Moderado-bajo	7	(22%)
Moderado-alto	11	(34%)
Alto	13	(41%)
Puntaje REVEAL 2.0 (RIC ₂₅₋₇₅)	12	(9-13)
Droga utilizada		
IPDE-5 (n)	30	(94%)
Riociguat (n)	2	(6%)
Anti-endotelinas (n)	30	(94%)
Cantidad drogas específicas indicadas		
2 drogas (n)	46	(48%)
3 drogas (n)	35	(37%)
Prostanoides parenteral iniciado		
Treprostinil	20	(63%)
Epoprostenol	12	(37%)



Figura 1: a) Evolución del riesgo; b) curva de sobrevida en función del riesgo alcanzado en la re-estratificación

IPDE-5: Inhibidor fosfodiesterasa 5.

menos un nivel de riesgo, 3 (9,3%) pacientes disminuyeron dos estratos y 4 (13%) pacientes disminuyeron tres estratos de riesgo, logrando 10 pacientes (31%) alcanzar un estrato de bajo riesgo (Figura 1 a). Aquellos pacientes que no lograron reducir al menos un estrato su nivel de riesgo tuvieron 10 veces más riesgo de necesitar un trasplante o morir (OR 10,8; 1,5-86; $p=0,003$) El alcanzar un riesgo bajo o moderado-bajo se asoció con una mayor sobrevida libre de trasplante o muerte (HR 0,08; 0,01-0,39; $p=0,002$) (Figura 1 b). El riesgo alcanzado al momento de la re-estratificación se asocia con el pronóstico alejado, no así el riesgo basal previo al inicio de prostanoides parenterales. La falta de mejoría clínica y la necesidad de internación fueron predictores de necesidad de trasplante o muerte.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes inicio el tratamiento en estadios avanzados de su enfermedad. El inicio de prostanoides parenterales produjo una disminución del riesgo en más de la mitad de los pacientes. Los pacientes que alcanzan un nivel de riesgo bajo o moderado bajo presentaron una reducción significativa del riesgo de muerte o necesidad de trasplante pulmonar. El hecho de que un paciente no alcance un riesgo moderado-bajo o menor nos debería hacer considerar la evaluación para incluirlo en una lista de trasplante pulmonar.

0196. PUNTUACIÓN T-AMYLO PARA EL DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

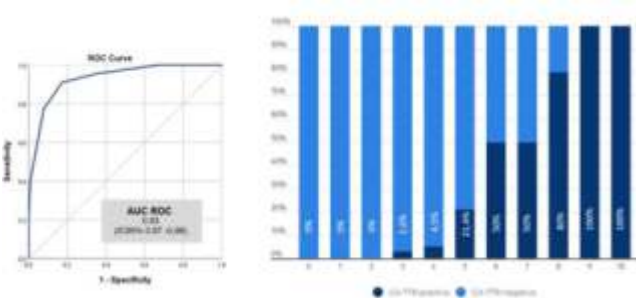
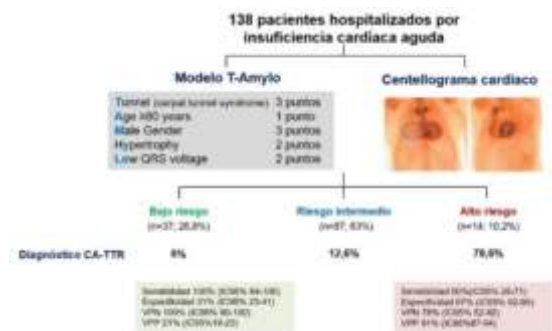
Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Lucrecia Maria BURGOS | Ana SPACCAVENTO | Franco BALLARI | Rocío Consuelo BARO VILA | Pablo ELISSAMBURU | Alejandro MERETTA | Mirta DIEZ
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La amiloidosis cardíaca por transtiretina (CA-TTR), una causa frecuentemente no reconocida de insuficiencia cardíaca, ha surgido como una condición tratable con la llegada de estabilizadores de transtiretina. La sospecha es esencial para un diagnóstico temprano e identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de estas terapias. Recientemente se validó un modelo predictivo de riesgo simple para establecer el riesgo CA-TTR en pacientes con sospecha de esta patología; sin embargo, aún no se ha determinado su utilidad en una cohorte no seleccionada de pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca aguda (ICA).

Objetivos: Evaluar la de la puntuación T-Amylo para diagnosticar CA-TTR en pacientes con ICA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de un solo centro. Se incluyeron pacientes mayores de 60 años ingresados consecutivamente con un diagnóstico primario de ICA entre 2022 y 2023. Todos los pacientes se sometieron a centellografía cardíaca con ^{99m}Tc -DPD (CS). El diagnóstico final de CA-TTR se realizó en base a los resultados clínicos y complementarios con CS, excluyendo enfermedad de células plasmáticas. El modelo T-Amylo se calculó a ciegas: 1 punto por edad mayor o igual a 80 años, 2 puntos por grosor del septo interventricular en diástole mayor o igual a 16 mm, 2 puntos por baja voltaje del intervalo QRS, 3 puntos por género masculino y 3 puntos por síndrome del túnel carpiano. Se clasificaron a los pacientes en tres grupos de riesgo según la probabilidad diagnóstica: 0-2 puntos (bajo riesgo), 3-6 puntos (intermedio riesgo) y 7-11 puntos (alto riesgo).



Resultados: Se incluyeron 138 pacientes, el 63% eran hombres, con una edad media de 80 años (DE 6,9). El 64,5% tenía diagnóstico de fibrilación auricular, el 21,7% tenía estenosis aórtica moderada o grave y el 30,4% tenía una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor al 40%. El diagnóstico de CA-TTR se realizó en el 15,9% de los pacientes. El modelo de predicción T-Amylo mostró un AUC de 0,93 (IC95% 0,87 -0,98). Un total del 26,8% de los pacientes fueron clasificados como bajo riesgo, en ninguno de ellos se realizó diagnóstico de CA-TTR, presentando una sensibilidad del 100% (IC del 95% 84-100) y una especificidad del 32% (IC del 95% 23-41). El 10,2% fue identificado como alto riesgo, realizando diagnóstico de CA-TTR en el 100%, con una sensibilidad del 50% (IC del 95% 28-71) y una especificidad del 97,4% (IC del 95% 92-99). El 63% como riesgo intermedio, presentando el 12,6% diagnóstico de esta patología (Figura 1). A medida que aumentó el puntaje del modelo aumento la prevalencia de la enfermedad (Figura 2). La prueba de Hosmer-Lemeshow aplicada a la puntuación T-Amylo mostró un $p=0,99$.

Conclusiones: En una cohorte del mundo real no seleccionada de pacientes hospitalizados con ICA, la puntuación T-Amylo identificó adecuadamente a los pacientes de bajo y alto riesgo con AC-TTR. Este modelo de riesgo simple, con parámetros ampliamente disponibles, podría considerarse como una herramienta de detección en pacientes con ICA, especialmente aquellos con una puntuación mayor de 7. Se necesitan estudios prospectivos adicionales para confirmar estos resultados e identificar de manera más precisa a los pacientes de riesgo intermedio que podrían beneficiarse de la detección.

0202. EVALUACIÓN DE UN CHATBOT DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA GENERACIÓN DE EPICRISIS MÉDICAS EN CARDIOLOGÍA

Medicina Digital e Inteligencia artificial

Nicolás VECCHIO | Julián SANTOS DAMASCENA | Aldana RODRIGUEZ WAGNER | María Rosa ABRAHAM | Valentina TANCREDI | Maximiliano Eduardo FERREYRA | Juan José BACIGALUPE | Nora Elisabet ZEBERIO

Hospital Municipal Dr. Héctor Cura

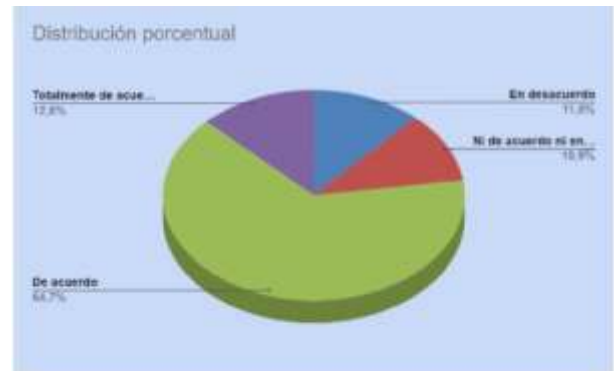
Introducción: Los modelos de lenguaje extenso (LLM) son algoritmos de aprendizaje profundo pre entrenados con grandes cantidades de información. Posiblemente el modelo más conocido es ChatGPT, sin embargo varias empresas participan actualmente en el desarrollo de LLM. Todos ellos pueden generar respuestas coherentes y contextuales en función de las consultas o instrucciones que reciben. Un área potencial de aplicación podría ser la generación de la epicrisis de alta a partir de la historia clínica electrónica de internación (HCE). La epicrisis desempeña un papel fundamental en la comunicación sobre el ingreso y eventos que ocurrieron durante la internación. La utilización de estos modelos de lenguaje podrían agilizar el flujo de trabajo en entornos médicos ocupados.

Objetivos: El objetivo del siguiente estudio es evaluar el desempeño de un chatbot para producir una epicrisis a partir de la historia clínica de internación en cardiología.

Materiales y Métodos: Se recolectaron 200 HCE consecutivas con su respectiva epicrisis de pacientes internados durante el año 2023, en el Hospital Municipal Dr. Héctor Cura de Olavarría. Se suprimieron los datos filiatorios. Se desarrolló un chatbot pre entrenado con HCE distintas a las utilizadas para la evaluación. Se utilizó LLM conversacional Claude 100k, de la empresa Anthropic. Es de acceso gratuito y tiene capacidad para procesar 100.000 tokens de contexto, lo que equivale a unas 75.000 palabras, 200 páginas o 50 días de internación aproximadamente (la más extensa de los LLM). Se solicitó a los médicos cardiólogos que comparen la epicrisis original con la desarrollada por el chatbot. Para evaluar el desempeño se diseñó un cuestionario de 7 preguntas que calificaron de acuerdo con la escala Likert de 5 puntos, y una última pregunta: ¿Utilizaría el chatbot en su trabajo diario? Sí; Sí con modificaciones; No. Luego se analizó el resultado global de la encuesta con la distribución porcentual y la media de respuestas para cada pregunta para evaluar el nivel de aceptación de la epicrisis generada.

Resultados: Se distribuyeron de forma aleatoria 20 HCE a 10 cardiólogos y se obtuvieron en total 200 encuestas. Todas las HCE eran del área de cardiología, con un promedio de 5 días de internación. La respuesta promedio fue "de acuerdo" con el desempeño. El 23% respondió que utilizaría el chatbot de manera habitual, el 63% con modificaciones y 14% que no lo utilizaría. El mejor desempeño se observó en la estructura, organización y redacción de la epicrisis (preguntas 2, 3 y 6) y el peor en la interpretación del diagnóstico (pregunta 4).

Conclusiones: El desempeño del chatbot fue aceptable, reduciendo de manera confiable el tiempo de trabajo. Sin embargo, la información e interpretación de los eventos durante la internación no es precisa por lo que no debe reemplazar el trabajo humano ni utilizarse para la toma de decisiones. Aún se necesita supervisión de los médicos tratantes.



ENCUESTA

Por favor responda: 1 - Totalmente en desacuerdo, 2 - En desacuerdo, 3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 - De acuerdo, 5 - Totalmente de acuerdo.

Preguntas:

- ¿Considera que **Bot Epicrisis** cumple con su función de manera efectiva? (Puede usar la epicrisis aunque deba hacer pequeños cambios)
 - ¿Considera que la información en la epicrisis está bien organizada y es fácil de encontrar?
 - ¿La redacción de la epicrisis es clara y concisa? (Utiliza terminología y abreviaturas adecuadas, no inventa información)
 - ¿El diagnóstico es correcto?
 - ¿Los antecedentes son correctos?
 - ¿El desarrollo de la internación es correcto?
 - ¿El tratamiento al alta es correcto?
- ¿Utilizará el bot en su trabajo diario? (1 - No, 2 - Sí con modificaciones, 3 - Sí)

0203. MOTIVOS DE EXCLUSIÓN DE POTENCIALES DONANTES CARDIACOS EN ARGENTINA. ¿PODEMOS SUPERARLOS?

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Mariano DOMANICO¹ | Lucas Iván MÜLLER² | Jorge Matías ZEYTUNTSIAN¹ | Danel ORTEGA¹ | Juan Pablo GUZMÁN³ | Matías ANCHORENA¹ | Leonardo DEL RIO¹ | Pablo CENTENO¹

Hospital Del Bicentenario¹; Hospital Universitario Fundación Favalaro²; Consejos: Electrocardiografía, Electrofisiología, Arritmias y Marcapasos "Dr. Antonio Battro"³

Introducción: Introducción y objetivos: El trasplante cardíaco es una opción para pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y crónica refractaria. La escasez de donantes cardíacos limita la expansión de los programas de trasplante.

Objetivos: El objetivo de este estudio es valorar el impacto de las diferentes causas de exclusión de la donación cardíaca y analizar potenciales aspectos superables.

Materiales y Métodos: Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluye a los donantes de órganos de 0 a 45 años en Argentina durante el 2023, como potenciales donantes cardíacos. Analizamos la edad, sexo, causa de muerte y motivos de no distribución o de descarte. Los datos se obtuvieron del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA)

Resultados: Resultados: Evaluamos 377 donantes reales, todos ellos potenciales donantes cardíacos por criterio de edad. En total 98 (26%) fueron donantes efectivos de corazón. No se ofrecieron 185 (49%), y el principal motivo de descarte (41%), es desconocido. Fueron ofrecidos 192 potenciales donantes, y 94 (49%) no fueron seleccionados, principalmente por inestabilidad hemodinámica (22%). El porcentaje de órganos distribuidos, órganos implantados, implante total y motivos de no distribución o de descarte se adjunta en gráficos y tablas.

Conclusiones: Conclusiones: Existe un porcentaje elevado de potenciales donantes de corazón (49%), que no son ofrecidos, en los que además desconocemos los principales motivos. De los corazones ofrecidos, la inestabilidad hemodinámica, el antecedente de consumo de cocaína, la logística y los antecedentes personales asociados a hipertensión, diabetes o tabaquismo reúnen la mitad de las causas (50%). El ecocardiograma 2d doppler patológico está asociado tanto a motivo de no distribución como de no selección, en corazones previamente sanos.

Motivo de no distribución	Porcentaje
Desconocida	41,94%
Parada cardiorespiratoria	13,44%
Ecocardiografía patológica	13,44%
Vasopresores/inotropicos	9,14%
Consumo de cocaína	8,60%
Infeciosa	5,91%
Radiografía de torax o ECG anormal	2,69%
HTA, DBT o tabaquismo	1,61%
Valor de troponina	1,61%
Logística	0,54%
Ablación en asistolia	0,54%
Falta de ecocardiograma	0,54%

Motivo de descarte	Porcentaje
Vasopresores/inotropicos	22,58%
Falta de receptor adecuado	16,13%
Consumo de cocaína	10,75%
Logística	9,68%
Infeciosa	9,68%
HTA, DBT o tabaquismo	8,60%
Parada cardiorespiratoria	6,45%
Valor de troponina	6,45%
Ecocardiografía patológica	5,38%
Desconocida	3,23%
Negativa judicial	1,08%

0205. DESEMPEÑO DE CHATGPT COMO SOPORTE EN LA PRÁCTICA CARDIOLÓGICA AMBULATORIA

Medicina Digital e Inteligencia artificial

Nicolás VECCHIO | Juliane SANTOS DAMASCENA | Valentina TANCREDI | Aldana RODRIGUEZ WAGNER | Maximiliano Eduardo FERREYRA | María Rosa ABRAHAM | Juan Jose BACIGALUPE | Nora Elisabet ZEBERIO

Hospital Municipal Dr. Héctor Cura

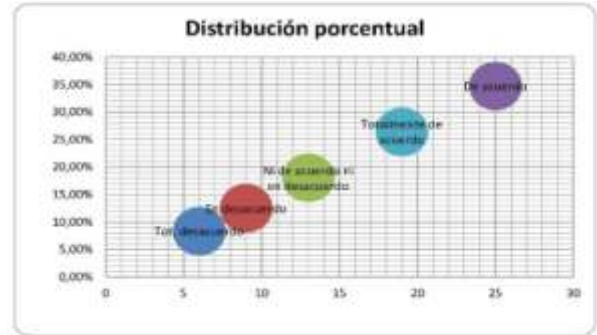
Introducción: ChatGPT es un modelo de lenguaje extenso conversacional (LLM) basado en inteligencia artificial (IA). Las aplicaciones potenciales de los LLM en la práctica médica podrían ser prometedoras. Actualmente existen modelos para soporte en la toma de decisiones, educación a pacientes, investigación clínica, comprensión y resumen de internaciones prolongadas, entre otros. Sin embargo, existe escasa evidencia de la utilidad de estos modelos en la atención ambulatoria.

Objetivos: El objetivo del siguiente estudio es evaluar la utilidad de ChatGPT para interpretar la historia clínica electrónica ambulatoria (HCEA), generar un resumen y sugerir un plan diagnóstico y terapéutico.

	Resumen	Diagnóstico	Tratamiento	CoR y LE
Puntaje promedio (Likert)	4,16	4,16	3,83	2,5

Materiales y Métodos: Se recolectaron todas las HCEA consecutivas de los últimos 6 meses de atención ambulatoria en los consultorios de Cardiología del Hospital Municipal Dr. Héctor Cura de Olavarría. Se suprimieron los datos filiatorios. Se implementó un chatbot de ChatGPT 3.5 Turbo pre-entrenado con las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología (debía pre-entrenarse en inglés). Se copió la información de la historia clínica y se solicitó un resumen con plan diagnóstico y terapéutico, y clase de recomendación y nivel de evidencia según las guías incluidas. Para evaluar el desempeño se diseñó un cuestionario de 4 preguntas (resumen, diagnóstico, tratamiento, y clase y nivel de evidencia) que calificaron de acuerdo con la escala Likert de 5 puntos. Luego se analizó el resultado global de la encuesta con la distribución porcentual y la media de respuestas para cada pregunta para evaluar el nivel de aceptación del chatbot.

Resultados: Se incluyeron 432 HCEA. Un 22% era consulta de primera vez. Todas las HCE eran del área de cardiología. La respuesta promedio fue "de acuerdo" con el desempeño. El promedio de respuesta de la calidad del resumen y del diagnóstico sugerido fue muy aceptable (ambos casos 4,16 pts). El plan terapéutico fue aceptable con 3,83 pts. Sin embargo en la clase de recomendación y nivel de evidencia se observó un desempeño bajo de 2,5 pts, debido a que aunque la sugerencia era correcta, estaba mal citada la guía correspondiente.



Conclusiones: El desempeño de ChatGPT como soporte en la práctica cardiología ambulatoria fue muy aceptable, reduciendo de manera considerable el tiempo de trabajo y con alternativas diagnósticas y terapéuticas confiables. Sin embargo, no está exento de mala interpretación de la información, datos erróneos y de episodios de alucinaciones. No es útil para reemplazar el trabajo médico sin supervisión.

0208. PERSISTENCIA DE TROMBO EN OREJUELA DE AURÍCULA IZQUIERDA, A PESAR DE 4 SEMANAS DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Arritmias y Electrofisiología / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Diego Rafael NARVAEZ | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Rodrigo GORNO VIDELA | Cecilia Eleonora NIEVA | Nahuel CORDOBA | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Un análisis observacional de pacientes con diagnóstico de Fibrilación Auricular (FA) y persistencia de trombo en orejuela de aurícula izquierda (OAI).

Objetivos: Identificar el conjunto de variables clínica-Ecocardiográficas y terapéuticas de persistencia de trombo en OAI a pesar de cumplir 4 semanas de anticoagulación.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte retrospectivo, unicentrico, donde se analizaron 75 historias clínicas de caso, con diagnóstico de FA y presencia de trombo en OAI llevado a cabo desde enero del 2017 a abril del 2024. Todas las valoraciones clínicas y Ecocardiográficas fueron realizados por personal entrenado. Las Variables cualitativas fueron proporcionales, las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con análisis de medidas centrales y de dispersión. Para valorar asociación de variables se utilizó test estadístico de Chi-cuadrado, Se estableció como límite de la significación $p < 0,05$, con Intervalos de confianza del 95% (IC).

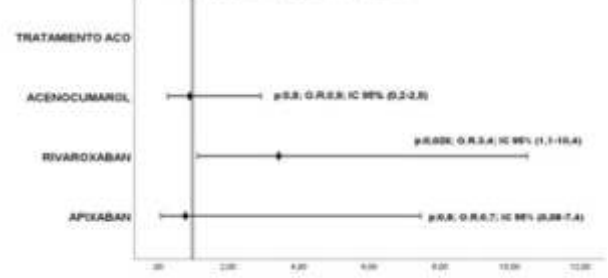
Resultados: De los 75 casos observados, su distribución era sexo masculino un 69 %, edad de 70 ± 11 , Hipertensión Arterial 73%, Diabetes tipo II 21%, Enf. Coronaria 23%, Accidente Cerebrovascular 13%, Obesidad 19%, Enf. Vascular Periférica 15%, Insuficiencia Cardíaca 37%, Tabaquismo 17%, Insuf.



Renal Crónica 12%, Los parámetros ecocardiográficos con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 46 ± 13 , Diámetro anteroposterior de Aurícula izquierda 46 ± 5 , Tratamiento con Rivaroxabán 44%, Acenocumarol 29%, Apixaban 8%. En un rango superior a 4 semanas se repite el ecocardiograma Doppler Transesofágico (ETE), evidenciando persistencia de trombo en el 24% de los casos, cumpliendo tratamiento ACO (modelo propuesto por las guías). Dentro del grupo persistencia de trombo en OAI se observó el 7% tratados con AVK (Acenocumarol), 16% con Rivaroxabán y 1% con Apixabán. El tratamiento con Rivaroxabán se asocia significativamente a la persistencia de trombo en OAI con $P < 0.04$; OR 7,1 (IC 95% 0,7-64), en la población estudiada con presencia de trombo en OAI.

Variable	p	O.R.	ic 95% inf.	ic 95% sup.
Rivaroxaban	0,026	3,429	1,123	10,487
Acenocumarol	0,068	0,505	0,279	2,337
Apixaban	0,828	0,779	0,001	7,457

Persistencia de trombo en OAI en 18 pacientes, del total de 75 pacientes con presencia de trombo en OAI, en el seguimiento superior de 4 semanas.



Conclusiones: Nuestro análisis sugiere que 4 semanas de tratamiento anticoagulante, no cumplen con la seguridad para una cardioversión exitosa, como consideran las guías actuales, ya que la persistencia del trombo puede estar presente. según nuestros resultados el tratamiento con Rivaroxabán se asocia significativamente a la persistencia de trombo, habría que analizar diferentes variables para su indicación.

0209. SOBREVIDA DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR, CON TROMBO EN OREJUELA DE AURÍCULA IZQUIERDA, UN SEGUIMIENTO DE 80 MESES

Arritmias y Electrofisiología / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Eliana Soledad VEGA | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Ismael CALLAFA | Nahuel CORDOBA | Micaela NOBLEGA KUTSCHERAUER | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

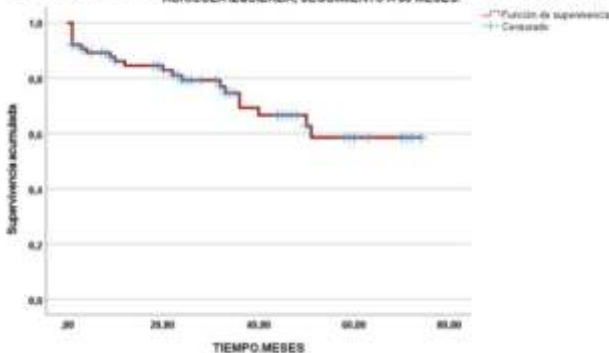
Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Un análisis observacional de pacientes con diagnóstico de Fibrilación Auricular (FA) y presencia de trombo en orejuela de aurícula izquierda (OAI).

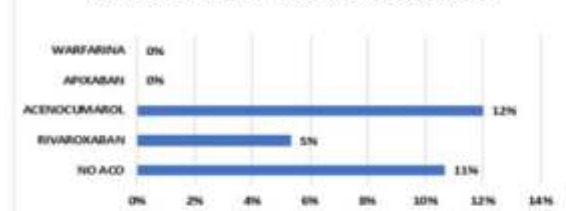
Objetivos: Analizar mortalidad en el seguimiento a los pacientes con diagnostico de presencia de trombo en orejuela de aurícula izquierda.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte retrospectiva, unicentrico, donde se analizaron 75 historias clínicas de casos, con diagnóstico de FA y presencia de trombo en OAI llevado a cabo desde enero del 2017 a abril del 2024 con seguimiento de 80 meses. Todas las valoraciones clínicas y Ecocardiográficas y terapéuticas fueron realizados por personal entrenado. Las Variables cualitativas fueron proporcionales, las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con análisis de medidas centrales y de dispersión. Para valorar sobrevida a evento se estableció el uso de tabla de sobrevida de Kaplan Meier, con test de long rank, Se estableció como límite de la significación $p < 0,05$, con Intervalos de confianza del 95% (IC).

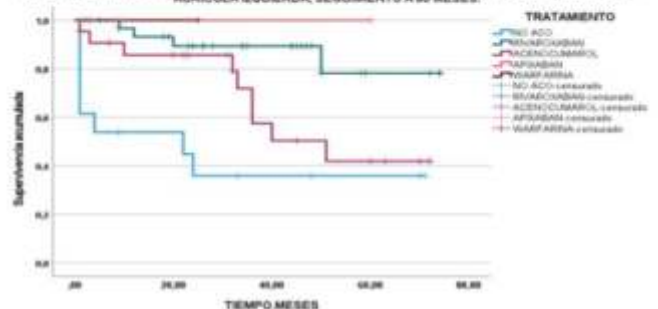
SUPERVIVENCIA DE 75 PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR, CON TROMBO EN OREJUELA DE AURICULA IZQUIERDA, SEGUIMIENTO A 80 MESES.



MORTALIDAD EN UNA POBLACION DE 75 PACIENTES CON PRESENCIA DE TROMBO EN OREJUELA DE AURICULA IZQUIERDA Y SEGUIMIENTO A 80 MESES.



SUPERVIVENCIA DE 75 PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR, CON TROMBO EN OREJUELA DE AURICULA IZQUIERDA, SEGUIMIENTO A 80 MESES.



Resultados: De los 75 casos observados, su distribución era sexo masculino un 69 %, edad de 70 ± 11 , Hipertensión Arterial 73%, Diabetes tipo II 21%, Enf. Coronaria 23%, Accidente Cerebrovascular 13%, Obesidad 19%, Enf. Vascular Periférica 15%, Insuficiencia Cardíaca 37%, Tabaquismo 17%, Insuf. Renal Crónica 12%, Los parámetros ecocardiográficos con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 46 ± 13 , Diámetro anteroposterior de Aurícula izquierda 46 ± 5 , Tratamiento con Rivaroxabán 44%, Acenocumarol 29%, Apixaban 8%. Se Realizo un seguimiento a 80 meses donde se evidencia mortalidad de 28 % de los casos, tabla de sobrevida del 58% a 80 meses del con un curva de morfología descendente, y media de sobrevida de 54 meses. Se analiza sobrevida de acuerdo al tratamiento anticoagulante instaurado (No Aco; Rivaroxabán; Acenocumarol, Apixaban, Warfarina) mediante long. Rank, evidenciando diferencias estadísticas de significancia $p < 0,003$.

Conclusiones: la presencia de trombo en orejuela de aurícula izquierda en los pacientes con fibrilación auricular, es un predictor de mal pronóstico con sobrevida estimada de 58 % en seguimiento a 80 meses, a pesar del tratamiento médico anticoagulante instaurado. También el resultado de este estudio pone evidencia, cuál sería la mejor opción estratégica para el tratamiento.

0210. ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS: HACIA UN ENFOQUE MÁS PERSONALIZADO

Cardiopatía Isquémica / Multimagen

Ian Neil CHAPMAN | Juan Francisco FURMENTO | Paola KUSCHNIR | María Agustina SCIANCALEPORE | Juan Pablo COSTABEL
ICBA

Introducción: En pacientes que presentan un síndrome coronario agudo (SCA), se observa un espectro diverso de enfermedad arterial coronaria, desde vasos estructuralmente normales hasta aterosclerosis no obstructiva y enfermedad coronaria obstructiva. En las guías de práctica clínica actuales, la principal vía diagnóstica para el manejo óptimo de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST es la angiografía coronaria invasiva. Sin embargo, en el 30-40% de los casos no se evidencian lesiones coronarias significativas. El objetivo de este estudio es describir el papel de la angiotomografía coronaria (CTA) en síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST en pacientes de riesgo bajo e intermedio.

Objetivos: Describir el papel de la angiotomografía coronaria (CTA) en síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST en pacientes de bajo e intermedio riesgo.

Materiales y Métodos: Se describen los resultados de 506 pacientes evaluados con un protocolo que incluye el uso de CTA en pacientes con SCA. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SCA sin elevación del ST que no cumplieran criterios de alto riesgo (inestabilidad hemodinámica, cambios dinámicos del segmento ST-T, arritmia ventricular, score GRACE > 140 , angina refractaria, insuficiencia cardíaca o paro cardiorrespiratorio) que consultaron al servicio de emergencias del ICBA (Instituto Cardiovascular de Buenos Aires). Se les realizó CTA como evaluación anatómica inicial. La recolección de datos se realizó entre el 11 de mayo de 2022 y el 22 de febrero de 2024.

Resultados: Se incluyeron 506 pacientes, con una edad media de 58 años, de los cuales el 44% eran mujeres y el 56% hombres. Entre los diagnósticos de ingreso, el 26% fueron IAMSEST y el 74% angina inestable según la 4ª definición universal de infarto agudo de miocardio (IAM). La mediana del valor de troponina T cardíaca de alta sensibilidad fue de 7 nanogramos por litro (rangos intercuartiles, 7 a 15) para la primera muestra de troponina, y de 9 nanogramos por litro (rangos intercuartiles, 6 a 22) para la segunda muestra de troponina. Treinta y dos pacientes se habían sometido a angioplastia previa y solo nueve pacientes presentaban una cirugía previa de revascularización coronaria. En el 7% de ellos no se obtuvo una CTA debido a un score de calcio > 400 UA. En el 93% restante, se realizó CTA. Se observó que el 28% no presentaba lesiones coronarias ni placas. El 37% presentaba enfermedad coronaria no obstructiva (placas $< 50\%$). El resto presentaba lesiones significativas en al menos un vaso (27%), predominantemente en la arteria descendente anterior, o eran no concluyentes (8%). El 31% presentaba trayectos intramiocárdicos, mientras que en el 13% de los pacientes se encontró una placa de alto riesgo. El 38% de los pacientes incluidos se sometieron posteriormente a una cinecoronariografía invasiva y el 23% requirió revascularización.

Conclusiones: Se observó que la prevalencia de SCA con arterias coronarias sin lesiones significativas por CTA fue del 28%, lo que sugiere que la CTA podría tener un papel predominante en el algoritmo diagnóstico de los síndromes coronarios agudos sin criterios de alto riesgo. Esto implicaría una disminución de la necesidad de estudios invasivos en estos pacientes. Solo el 38% requirió coronariografía invasiva, mientras el 23% de los pacientes requirió revascularización. Además, la CTA permitió una mejor detección de la enfermedad coronaria no obstructiva, presente en el 37% de los pacientes, y una caracterización más completa de la placa aterosclerótica, lo que podría impulsar el inicio de terapias preventivas y la optimización del tratamiento médico.

0211. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN MICROVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Multimagen

María Del Rosario RODRÍGUEZ | María Victoria CARVELLI | Fiorella Sofía CHICOTE | Alejandro MERETTA | Hugo Daniel SANABRIA
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes con diabetes (DM) tienen 2 a 4 veces más riesgo de enfermedad cardiovascular, siendo la principal causa de morbimortalidad. La disfunción microvascular coronaria (DMC) es una condición prevalente y de manifestación temprana en la DM, que produce cambios funcionales y estructurales que se manifiestan como una disminución de la reserva de flujo miocárdico (RFM) y que ha sido vinculado con un peor pronóstico.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre la presencia de DMC en pacientes con diabetes sin eventos cardiovasculares previos y el riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares mayores en un seguimiento a 5 años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo cohorte prospectivo. Entre noviembre de 2016 y diciembre de 2019 se evaluaron pacientes con diabetes, asintomáticos, sin eventos cardiovasculares previos y sin defectos de perfusión en GATED-SPECT Tc99-MIBI con dipiridamol. Se calculó la RFM mediante la relación flujo pico post dipiridamol/flujo en reposo con el software 4DM® mediante SPECT con detectores Cadmio Zinc Telurio (CZT-SPECT), y se definió como DMC una RFM menor o igual a 2.2. En el seguimiento se realizó contacto telefónico o vía email evaluando la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores definidos como muerte total, muerte cardiovascular, síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular, revascularización coronaria e internación por insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes con diabetes, de los cuales el 57% eran de sexo masculino, con una media de edad de 54 ± 12 años. Presentaron una mediana de 12.5 años [5-20] de evolución de DM, y el 59.5% tenía DM tipo 2. El 55.7% de los pacientes tuvieron DMC, los cuales eran de mayor edad (57.6 vs 50.6 años, $p = 0.015$), con mayor prevalencia de ex tabaquismo (47.7% vs 11.4%, $p = 0.001$), mayor trigliceridemia (180 vs 123 mg/dL, $p = 0.010$) y mayor prevalencia de enfermedad renal crónica (23.3 % vs 2.9%, $p = 0.028$) que los pacientes sin DMC. Tras un seguimiento de 1833 días [1644-2011], en el grupo con DMC ocurrieron 4 eventos (9.1 %) vs 0 eventos en los pacientes con reserva de flujo normal. La dinámica de ocurrencia de eventos, de acuerdo al análisis de la curva de Kaplan Meier, en los pacientes con DMC fue mayor que los pacientes con RFM normal, aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística por el bajo poder del estudio (Long Rank test $p = 0.08$). A su vez el análisis de riesgo por modelo de Cox observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.03$) aunque debe ser interpretada con precaución por el bajo número de eventos.

Conclusiones: La DMC es frecuente entre los pacientes con diabetes y su presencia se asociaría a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. La evaluación de la reserva de flujo miocárdica en pacientes con diabetes podría ayudar a identificar un subgrupo de mayor riesgo que se beneficiaría de estrategias de tratamiento intensificadas y de uso de fármacos cardionefroprotectores.

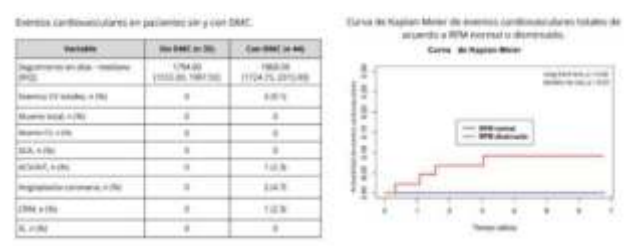
1. Características de la población general

Variable	Población total (n=79)
Sexo masculino, n (%)	45 (57.0)
Edad en años - media (SD)	54.0 (12.0)
DM tipo 2, n (%)	47 (59.0)
Diagnóstico DM en años - mediana (IQR)	12.5 (5.0-20.0)
DM tipo 1, n (%)	44 (55.1)
Diabéticos, n (%)	59 (74.7)
Tabaquismo, n (%)	40 (50.6)
Triglicéridos, n (%)	39 (49.4)
ECR, n (%)	11 (14.0)
DMC en flujo - media (SD)	5.40 (1.33)
Clasificación reservorio en reposo - media (SD)	79.39 (27.28)
RFM en reposo - media (SD)	1.17 (0.17)
Clasificación DMC en reposo - media (SD)	158.55 (29.75)
Exposición a hipertensión - media (SD)	158.91 (29.71)

2. Diferencias entre pacientes sin y con DMC

Variable	Sin DMC (n=35)	Con DMC (n=44)	P
Sexo masculino, n (%)	21 (60.0)	24 (54.5)	0.207
Edad en años - media (SD)	50.0 (11.0)	57.6 (11.9)	0.001
DM tipo 2, n (%)	27 (77.1)	20 (45.5)	0.007
DM tipo 1, n (%)	8 (22.9)	24 (54.5)	0.007
Diabéticos, n (%)	35 (100.0)	44 (100.0)	0.001
Tabaquismo, n (%)	11 (31.4)	29 (65.9)	0.001
Triglicéridos, n (%)	11 (31.4)	28 (63.6)	0.001
ECR, n (%)	1 (2.9)	10 (22.7)	0.001
DMC en flujo - media (SD)	7.07 (1.48)	5.40 (1.33)	0.001
Clasificación reservorio en reposo - media (SD)	94.94 (19.16)	75.04 (22.19)	0.001
RFM en reposo - media (SD)	1.12 (0.15)	1.17 (0.17)	0.001
Clasificación DMC en reposo - media (SD)	110.17 (21.00)	158.55 (29.75)	0.001
Exposición a hipertensión - media (SD)	122.40 (22.00)	158.91 (29.71)	0.001
Exposición a diabetes - media (SD)	71.00 (10.0)	79.39 (27.28)	0.001

Legend: *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001. ECR: Enfermedad renal crónica; presencia de laboratorio de creatinina > 1.50 mg/dL en presencia de DM < 60 mg/dL. RFM: Relación flujo pico post-dipiridamol/flujo en reposo. DMC: Disfunción microvascular coronaria; presencia de reserva de flujo miocárdico < 2.2.



0213. MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO ARTERIAL EN SHOCK CARDIOGÉNICO Y PARO CARDIORRESPIRATORIO REFRACTARIO: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA VENTRICULAR

*Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular
Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio*

Lucas Leonardo SUÁREZ | Juan Pablo COSTABEL | Mirta DIEZ | Juan Francisco FURMENTO | Lucrecia Maria BURGO | Juan Mariano VRANCIC | Juan Carlos ESPINOZA | Leonardo SEOANE
ICBA

Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA) es una intervención de rescate en pacientes con shock cardiogénico (SC) y paro cardíaco (PCR) refractarios a las terapias estándar. Nuestro objetivo fue describir las características y resultados y resumir la experiencia de 10 años de nuestro centro con pacientes con SC o PCR tratados con ECMO-VA.

Objetivos: Describir los resultados de los últimos 10 años de pacientes asistidos con ECMO VA por SC o PCR refractario en un centro cardiovascular de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte unicéntrico, analizando todos los pacientes adultos consecutivos con asistencia ventricular con ECMO VA por SC o PCR refractario entre enero de 2014 y mayo de 2024 en un centro cardiovascular de alta complejidad. La información se recolectó de la base informatizada de asistencia ventricular, completada prospectivamente. Se informaron datos demográficos, diagnósticos, clínicos de los pacientes, tipo de asistencia y resultados.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes (52,8 ± 12,8 años, 58,1% hombres). El principal diagnóstico previo fue: 36,1% miocardiopatía isquémica necrótica, 20,6% valvulopatía significativa y 6,2% miocarditis. La mediana de fracción de eyección fue de 38% (rango intercuartil (RIC) 21,2-60) Las indicaciones más frecuentes de ECMO VA fueron postcardiotomía 30,9%, SC refractario 28,9% y falla primaria del injerto 21,6%. La estrategia inicial del implante fue 64,3% puente a recuperación y 29,6% puente a trasplante. Se realizó reanimación cardiopulmonar extracorpórea en 15,3%. La canulación de ECMO VA fue periférica en el 88,7% de los casos, el 78,9% fueron asistidos en Internacs I y el 90,5% utilizó balón de contrapulsación intraaórtico. La mediana de duración de la ECMO VA fue de 6 días (RIC 3,7-10), siendo la más larga de 26, y la mediana del tiempo hasta la muerte de 5 días (RIC, 2-10,2). La tasa de supervivencia de la ECMO VA fue del 57,9% y la sobrevida al alta del 44,9%. Las complicaciones más frecuentes fueron: insuficiencia renal, infecciones y sangrado (tabla 1).

Conclusiones: El uso de ECMO-VA en nuestro centro para el tratamiento del SC y PCR refractarios presentó una supervivencia intrahospitalaria aceptable comparable a lo reportado a nivel internacional. La ECMO VA es un tratamiento eficaz en el rescate de pacientes críticos cuando el tratamiento convencional falla, siendo útil y aplicable en un centro cardiovascular de alta complejidad de Argentina, donde el acceso a otros dispositivos de asistencia ventricular es limitado.

0215. LA EDUCACIÓN COMO INTERVENCIÓN EN PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD: UN ESTUDIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Maria Paula CATALANO | Lucas SAN MIGUEL | Magali ALVAREZ | Cynthia MARIANI | Patricia FARIAS | Osvaldo MASOLI

Tcba Salguero - Centro de Diagnóstico

Introducción: Las intervenciones educativas alimentarias pueden generar conciencia y promover la alimentación saludable. El personal de las instituciones que se dedican al cuidado de la salud es un grupo particularmente expuesto a mala conducta alimentaria. La promoción de hábitos saludables en estas instituciones podría contribuir mejorar la adherencia a los mismos en la población general.

Variables	n=89
Edad, años, media +/- DS	37+ /- 12
Masculino % (n)	35 (31)
DLP % (n)	10 (9)
DBT % (n)	5 (4)
TBQ % (n)	45 (40)
IAM, ATC o CRM % (n)	1 (1)
Ant. Oncológicos % (n)	1 (1)
Médicos % (n)	31 (28)
Técnicos % (n)	9 (8)
Administrativos % (n)	37 (33)
Jefes % (n)	9 (8)
Otros cargos % (n)	13 (12)

Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de hábitos alimentarios saludables y no saludables en el personal de un centro de salud. 2) Evaluar la utilidad de capacitaciones en la materia.

Materiales y Métodos: En una labor conjunta del área de Docencia e Investigación con Recursos Humanos de nuestra institución se organizaron grupos para capacitaciones mixtas (presenciales/virtuales) sobre alimentación saludable. Se realizaron dos capacitaciones por grupo: la primera con contenido teórico, y la segunda con asesoramiento práctico. Se diseñaron dos cuestionarios digitales que se respondieron en forma anónima y voluntaria. El primero se respondió previo a las capacitaciones y el segundo 10 días posteriores a las mismas.

Resultados: En el primer cuestionario se registraron 89 respuestas (100% de los capacitados). El 75% fueron mujeres. El 40% eran profesionales de la salud (médicos o técnicos en diagnóstico por imagen). La media de edad fue de 37 +/-10 años. La mayoría de los participantes no reportaron factores de riesgo CV ni antecedentes CV (véase tabla 1). Los hábitos alimentarios saludables más frecuentemente detectados fueron el hábito de comer alimentos preparados en el hogar (90%, n=80) y el consumo al menos trisemanal de frutas y vegetales (70%, n=72). Los hábitos no saludables más frecuentemente detectados fueron el consumo de alimentos ultraprocesados

al menos trisemanal (58%, n = 52, véase tabla 2) y consumo de harinas refinadas y derivados al menos trisemanal (53%, n=70, véase tabla 2). No hallamos diferencias significativas al evaluar las respuestas segmentadas por género ni entre personal de salud versus otros roles institucionales. En el cuestionario de seguimiento se reportaron 53 respuestas (60% de los capacitados). El 73 % (n= 39) de los respondedores reportó haber comenzado a leer el etiquetado; el 60% (n= 32) reportó haber iniciado búsqueda de opciones de compra de alimentos diferentes al supermercado, y el 64% (n=34) reportó aumento proporcional de la ingesta de agua en relación a jugos y gaseosas.

	Consumo al menos trisemanal
Ultraprocesados % (n)	58 (52)
Frutas y vegetales % (n)	70 (62)
Granos enteros (no refinados) % (n)	30 (27)
Aceites vegetales % (n)	56 (50)
Proteínas vegetales o animal NO carne roja % (n)	58 (52)
Alimento preparado en el hogar % (n)	90 (80)

Conclusiones: En nuestra población de personal de un centro de salud detectamos alta frecuencia de consumo de ultraprocesados y harinas refinadas. A pesar de la pérdida de respondedores en el seguimiento, se documentó la incorporación de nuevos hábitos saludables en el corto plazo tanto profesionales de la salud, como personal administrativo. Nuestros hallazgos sustentarían la importancia de las intervenciones educativas en la concientización y promoción de una mejor alimentación en poblaciones con y sin formación curricular en la materia.

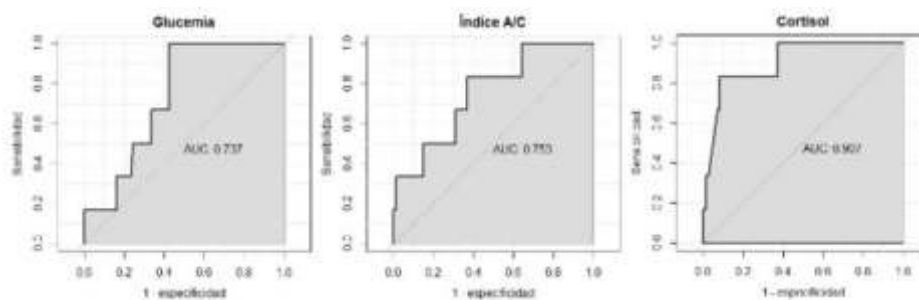
0216. ÍNDICE DE HIPERGLUCEMIA AGUDA/CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON CORTISOL Y MORTALIDAD EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Cardiopatía Isquémica

Diego COSTA | Sandra SWIESZKOWSKI | Maia MATSUDO | José Martín ALADIO | Silvina PONS PONS | Alejo Andrés PÉREZ DE LA HOZ | Sofía AGUIRRE | Ricardo Alfredo PEREZ DE LA HOZ

Hospital de Clínicas UBA

Introducción: La hiperglucemia está asociada con un mayor riesgo de muerte en los síndromes coronarios agudos. Como en otras situaciones críticas, puede estar relacionada con anomalías subyacentes del metabolismo de la glucosa o ser causada por una respuesta de estrés contrarreguladora. Esta última se describe como hiperglucemia por estrés. En pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), la información combinada proporcionada por la evaluación del valor glucémico agudo (medido al ingreso hospitalario) y crónico (estimado por HbA1c) puede ser un mejor predictor pronóstico que el valor glucémico al ingreso. Por otro lado, varias hormonas que aumentan en enfermedades graves estimulan la gluconeogénesis y la glucogenólisis, y podrían ser responsables de la hiperglucemia, particularmente el cortisol. Existe poca evidencia sobre el rol del cortisol sobre la mortalidad del IAM en la era actual, y nunca se ha comparado contra un índice de hiperglucemia de estrés.



Objetivos: Investigar la posible asociación entre la proporción de valores glucémicos agudos sobre crónicos (A/C) y el cortisol plasmático con respecto a los resultados hospitalarios en pacientes con IAM.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, observacional y unicéntrico en pacientes ingresados en unidad coronaria con IAM. Los criterios de exclusión fueron antecedentes de enfermedad inflamatoria, uso de esteroides o infección, así como la negativa del paciente a participar. Al ingreso, se obtuvieron muestras de sangre para medir glucosa, hemoglobina glicosilada (HbA1c) y cortisol. Los niveles promedio crónicos de glucosa fueron estimados de acuerdo con la siguiente fórmula: Niveles estimados de glucosa crónica (mg/dL) = (28.7 x % de HbA1c) - 46.7. El índice de glucemia A/C se calculó como la razón entre la glucemia al ingreso y la glucemia crónica estimada. Como evento, se tuvo en cuenta la mortalidad hospitalaria por todas las causas. Para el análisis estadístico, las variables continuas se expresaron medianas y rango intercuartílico (RIC), y las categóricas como totales y porcentajes. Las variables continuas se compararon con prueba de Wilcoxon. Las correlaciones se calcularon con el coeficiente rho de Spearman. Las áreas bajo la curva ROC se compararon con la prueba de DeLong. Se consideró significancia estadística con p < 0.05.

Resultados: Se incluyeron para el análisis final a 93 pacientes. Sus características basales pueden observarse en la tabla. La mortalidad total fue de 6.45%. Comparados con los sobrevivientes, los paciente que fallecieron presentaron una glucemia más elevada, aunque de manera no estadísticamente significativa (118 mg/dl, RIC 101 – 166 contra 160 mg/dl, RIC 135 – 197, $p = 0.054$). Por el otro lado, el índice A/C fue significativamente mayor en los fallecidos (1.04, RIC 0.91 – 1.31 contra 1.35, RIC 1.19 – 1.92, $p = 0.040$), así como los valores de cortisol plasmático (15 mg/dl, RIC 7 – 26 contra 50 mg/dl, RIC 45 – 55, $p < 0.001$). Encontramos un correlación estadísticamente significativa entre el índice A/C y el cortisol ($\rho = 0.29$, $p = 0.004$). El área bajo la curva para mortalidad de la glucemia fue de 0.737. La del índice A/C fue de 0.753, levemente mayor, aunque de manera no estadísticamente significativa ($p = 0.83$). Por el otro lado, el ABC del cortisol fue de 0.907, significativamente mayor a la de la glucemia ($p = 0.038$).

Conclusiones: El índice de hiperglucemia aguda sobre crónica puede ser un mejor indicador de hiperglucemia de estrés y predictor de mortalidad que el valor de la glucemia aislado. El cortisol podría ser la principal causa de la hiperglucemia de estrés y estar más directamente relacionado a una mayor mortalidad.

Característica	N = 93*
Edad	68 (60, 78)
Varones	59 (63%)
Hipertensión arterial	62 (67%)
Dislipidemia	19 (20%)
Tabaquismo	17 (18%)
Exataquismo	40 (43%)
Diabetes	24 (26%)
IRC	6 (6.5%)
ACV	12 (13%)
Insuficiencia cardíaca	4 (4.3%)
Infarto de miocardio previo	22 (24%)
GRACE	117 (100, 149)
Killip-Kimball de ingreso	
1	74 (80%)
2	12 (13%)
3	3 (3.2%)
4	4 (4.3%)
Fracción de eyección (%)	51 (39, 60)
Vasos con lesiones angiográficamente significativas	
0	32 (35%)
1	20 (22%)
2	20 (22%)
3	20 (22%)
Angioplastia	40 (43%)
CRM	7 (7.6%)
Revascularización completa	7 (7.6%)
	*Mediana (RIC); n (%)

0222. CAMBIOS EN LA CONDUCTA PROVOCADOS POR EL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

*Cardiopatía Intervencionista y Estructural
Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del adulto*

Matias Agustín ROGGERO | Alejandro Román PEIRONE | Alejandro CONTRERAS
Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La comunicación interauricular (CIA), representa aproximadamente el 10% de las enfermedades cardíacas congénitas, con una prevalencia al nacer de 1 a 2 por cada 1000 nacidos vivos. Estos defectos se clasifican según su ubicación anatómica, siendo el tipo ostium secundum el más frecuente con el 70% de los casos. Aunque la ecocardiografía transtorácica (ETT) es adecuada para el diagnóstico y determinar su tamaño, la ecocardiografía transesofágica (ETE) suele ser necesaria para definir con mayor precisión los márgenes y definir la competencia de los bordes para el cierre de la misma con dispositivo. Por lo tanto, la ETE antes del cierre quirúrgico o percutáneo planificado puede proporcionar un nivel adicional de seguridad diagnóstica y, en ocasiones, evitar procedimientos terapéuticos innecesarios. De allí surge nuestra hipótesis de que el ETE en el cierre percutáneo de la CIA aporta información que puede provocar cambios en el tratamiento comparado al ETT.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los pacientes sometidos a cierre percutáneo de CIA tipo secundum. Determinar grado de discrepancia entre las mediciones de la comunicación interauricular arrojadas por ETT preoperatorio y ETE intraoperatorio.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes sometidos a cierre de CIA tipo ostium secundum con peso mayor 15kg, que tuvieron un ETE intraoperatorio y que mencionase la predicción de tamaño del dispositivo a implantar. Se excluyeron los pacientes que no cumplen con criterios anteriores. Se consideró puntos finales a la combinación de un cambio ≥ 4 mm con respecto al tamaño de la CIA pre- intervención, cambio >2 números del tamaño del dispositivo que se tenía previsto (discordancia ETT previo – ETE intervención), fallo de implante por anatomía compleja y necesidad de más de un dispositivo.

Tabla 1. Puntos finales

Total	40 (43,5%)
Discordancia de tamaño de defecto.	5 (11,90%)
Discordancia de numero de dispositivo.	15 (35,71%)
Discordancia mixta.	15 (35,71%)
Colocación de más de un dispositivo.	3 (7,14%)
Anatomía compleja.	4 (9,52%)

Los valores se expresan en n (%). La sumatoria no corresponde al 100% de la población debido a coexistencia de dos o más puntos finales concomitantes.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes, el 78% eran menores de 18 años, con una mediana de edad de 9 años, 55,4% eran mujeres, 5,4% tenían cardiopatía congénita asociada. El 2,2% tenían disfunción del ventrículo derecho y el 90,2% tenían dilatación de cavidades derechas. El tipo de defecto más encontrado fue la presencia de CIA única en el 92,4%, el tamaño promedio del defecto medido por ETT (diagnóstica pre-intervención) fue de 12mm (9-16mm) y el tamaño del dispositivo solicitado fue de 16mm (12-20mm). Durante el procedimiento percutáneo, en el 31,5% de los pacientes se realizaron mediciones con balón elastomérico, 21,7% tenían hipertensión pulmonar con un tamaño del defecto de 19mm (11-25mm). Con respecto a los hallazgos del ETE (intervención), el 34,8% de los pacientes tenían bordes adecuados para el cierre, se evidenciaron defectos múltiples en el 12% de los pacientes no visualizados previamente con el ETT, el tamaño del defecto fue de 14mm (10-18mm) y el tamaño del dispositivo solicitado fue de 18mm (14-22mm). Se observó 43,5% de puntos finales combinado. El 11,9% referidas al tamaño del defecto, 35,7% referidas al dispositivo solicitado vs el implantado, 7,1% necesidad de implante de más de un dispositivo y 9,5% fallo por anatomía compleja. La comparación de discordancia entre niños y adultos no fue significativa (42% vs 50% respectivamente $p=0,50$). No se observaron complicaciones asociadas a la realización de ETE.

Tabla 2. Puntos finales según población

	Niños (72)	Adultos (20)	Valor de p
SI.	30 (42%)	10 (50%)	0,50

Los valores se expresan en n (%).

Conclusiones: El ETE intraoperatorio modifica la conducta en un 43,5% de los cierres percutáneos de CIA ostium secundum, permitiendo una mejor caracterización del defecto, modificando la conducta planificada previamente con el ETT sin presentar eventos adversos asociados a su realización.

0224. DESVIACIÓN EXTREMA DEL EJE EN EL BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA: MARCADOR DE DISFUNCIÓN SISTÓLICA Y REMODELADO VENTRICULAR

*Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio
Arritmias y Electrofisiología*

Guido VANNONI | Bárbara ZAMBUDIO | Giuliana CAMINOTTI | Leonardo CELANO | Claudio León HADID | Juan Martín FIAMENGO | María Victoria VANNONI | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El bloqueo completo de rama izquierda (BRI) tiene una frecuencia en la población general de 0,1 a 0,8% y se asocia con un aumento de riesgo de eventos cardiovasculares. Es un predictor de mortalidad en pacientes con disfunción ventricular. El valor de las desviaciones del eje del QRS a la extrema izquierda (DEI) en el contexto de BRI es motivo de controversia. Se ha observado en pacientes con BRI y disfunción ventricular que aquellos que presentan DEI tienen peor respuesta a la terapia de resincronización. En época reciente, el significado del BRI con DEI se ha estudiado particularmente en pacientes con patología estructural establecida y avanzada. En nuestro conocimiento, el valor de la DEI en poblaciones no seleccionadas de pacientes con BRI no ha sido estudiado en la actualidad.

Objetivos: Evaluar si la DEI (-45°) en el paciente con BRI es un marcador de disfunción sistólica y de remodelado ventricular.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal uni-céntrico que incluyó 102 pacientes adultos con BRI a quienes se les realizó un ecocardiograma transtorácico para evaluar diámetros del ventrículo izquierdo, función sistólica y índice de masa ventricular izquierda y espesor parietal relativo. El BRI fue definido por criterios clásicos y por criterios de Strauss.

Resultados: La media de edad fue de 67 ± 9 años. El 48% eran mujeres. El 70,8% presentaba miocardiopatía. El 80,4% presentó criterios de Strauss de BRI y el 28,4% tenía desviación del eje del QRS a la extrema izquierda. Los pacientes con criterios de Strauss tuvieron similares características a la población general, excepto respecto a la duración del QRS (Strauss $159,1 \pm 17,7$ msec versus $137,5 \pm 16,4$ msec; $p=0,00001$). Los resultados se resumen en la tabla. Pacientes con DEI presentaron peor función sistólica. La fracción de eyección (FEy) fue significativamente menor en pacientes con DEI ($32,2 \pm 12\%$ vs. $46,7 \pm 17\%$ $p=0,00009$). La DEI tuvo una sensibilidad de 44% y una especificidad de 88% con un valor predictivo positivo de 0,79 y un valor predictivo negativo de 0,60 para identificar fracción de eyección reducida. El diagnóstico de miocardiopatía fue más frecuente en el grupo con DEI (93,1 %

	TOTAL	SIN DEI	CON DEI	p
N	102	73 (71,6%)	29 (28,4%)	
Sexo Femenino	49 (48%)	37 (50,6%)	12 (41,4%)	0,39
Ritmo Sinusal	92 (90,2%)	68 (93,2%)	24 (82,8%)	0,11
Duración QRS(mseg)	$155,1 \pm 19,4$	156 ± 20	$152,8 \pm 17,6$	0,44
Criterios de Strauss	82 (81,4%)	60 (82,2%)	23 (79,3%)	0,86
Miocardiopatía	72 (70,6%)	45 (61,6%)	27 (93,1%)	0,0016
DDVI(mm)	$56,1 \pm 11,6$	$54,11 \pm 10$	$61,2 \pm 14$	0,0048
IDDDVI(mm/m2)	32 ± 7	$30,9 \pm 6$	$34,8 \pm 9$	0,011
VI dilatado	52 (51%)	32 (43,8%)	20 (69%)	0,022
IMVI	$135,3 \pm 50$	$131,3 \pm 40,9$	$145,2 \pm 67,8$	0,21
HVI	74 (72,6%)	54 (74%)	20 (69%)	0,61
HVI excentrica	47 (63,5%)	30 (55,5%)	17 (85%)	0,019
FEy (%)	$42,6 \pm 17,3$	$46,7 \pm 17,4$	$32,2 \pm 12,4$	0,00009
FEy reducida	52 (51%)	29 (39,7%)	23 (79,3%)	0,0003

versus 61,6%; $p=0,0016$). Los pacientes con DEI presentaron mayor diámetro diastólico ventricular izquierdo (DDVI), incluso cuando se lo analizó indexado y por lo tanto, mayor prevalencia de dilatación del VI. La presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) fue similar en ambos grupos, pero los pacientes con DEI tuvieron mayor prevalencia de HVI excéntrica. Todas estas diferencias se mantuvieron cuando se analizaron sólo pacientes con criterios de Strauss.

Conclusiones: En pacientes con BRI la desviación del eje a la extrema izquierda identifica pacientes con disfunción sistólica, mayor grado de hipertrofia excéntrica, de dilatación del ventrículo izquierdo, y mayor prevalencia de miocardiopatía. Estos hallazgos facilitan una aproximación diagnóstica inicial del paciente con BRI desde un estudio complementario ampliamente disponible y de bajo costo.

0225. REGISTRO PROSPECTIVO DE RESULTADOS ADVERSOS DEL EMBARAZO EN GESTANTES ASISTIDAS EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Corazón y Mujer

Ivana PATIÑO | Verónica Lia CROSA | Claudia Jesica VARGAS ESTRADA
Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá"

Introducción: Resulta ampliamente reconocido con un alto nivel de evidencia el impacto que tienen sobre la salud cardiovascular los resultados adversos del embarazo y la necesidad de reconocer la importancia de la historia obstétrica como factor de riesgo cardiovascular ligado al sexo.

Objetivos: Releva la prevalencia de resultados adversos del embarazo en una población asistida en el consultorio de cardiología de una maternidad de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires. Objetivos secundarios: Describir la población y analizar las variables de riesgo de evolución adversa.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo de las pacientes gestantes o púerperas evaluadas por cardiología entre agosto de 2019 y febrero del 2024. Se relevó la ocurrencia de desórdenes hipertensivos del embarazo (DHE): hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y preeclampsia sobreimpuesta, diabetes gestacional (DG), parto pretérmino (PP), bajo peso (BP) y embarazo perdido (EP) por feto muerto o recién nacido fallecido. Se registraron comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes obstétricos, exposición a violencia de género, modo y momento de finalización del embarazo. Las variables continuas se expresaron en media \pm DS y se compararon con la prueba de t y las variables categóricas se expresaron en % y se compararon con prueba de chi cuadrado. Se realizaron análisis de regresión logística, se consideró significativa una $p < 0,05$. Se procesaron los datos con SPSS.

Resultados: Se incluyeron 8582 pacientes, 6723 embarazadas y 1859 púerperas. La edad media fue $28,9 \pm 6,5$ años (rango 12-52), eran hipertensas 3,5%, diabéticas 1,2%, obesas 17% y tabaquistas 12,9%. El 27,4% eran nulíparas, 6,8% adolescentes y 22,2% de edad materna avanzada. El 16,4% refirió exposición a violencia de género. El 65,1% no residía en la ciudad. La prevalencia de resultados adversos (DHE+DG+PP+BP+EP) fue 27,9% (2397 pacientes), la de DHE 20,8%, hipertensión gestacional 12,2%, preeclampsia 8,5% y eclampsia 0,2%. El 29,9% de las hipertensas crónicas desarrollaron preeclampsia sobreimpuesta. Presentaron DG el 8,9%, EP 0,7%, PP 28% y BP 20% de los neonatos. Las pacientes hipertensas crónicas eran significativamente mayores (edad $33,4 \pm 5,8$ años, $p < 0,0001$) y las que tuvieron eclampsia, menores (edad $25 \pm 7,4$ años, $p = 0,018$) que la media poblacional. Las que desarrollaron DHE eran significativamente más diabéticas (1,7% vs 1,1%, $p < 0,0001$), obesas (25,5 vs 14,8%, $p < 0,0001$), nulíparas (36,6 vs 25%, $p < 0,0001$), con antecedente de DHE y PP en embarazo previo (22,3 vs 10,8%, $p < 0,0001$ y 24,7% vs 20,4%, $p = 0,006$), y eran mayores de 34 años (24,2 vs 21,6%, $p = 0,002$). Fueron significativamente menos frecuentes los DHE y resultados adversos para las residentes en la ciudad (27,4% vs 36,9%, $p < 0,0001$ y 29,2% vs 37,1%, $p < 0,0001$). En el análisis multivariado fueron predictores independientes de resultados adversos en esta población: antecedente de DHE (OR 2,5 IC95% 2,5-2,2), edad materna avanzada (OR 1,7 IC95% 1,5-1,9), nuliparidad (OR 2 IC95% 1,8-2,3), no residir en la ciudad (OR 1,4 IC95% 1,3-1,6) y sobrepeso/obesidad (OR 2,4 IC95% 2,1-2,6).

	Total (8582p)	DHE (1783p)	No DHE (6799p)	p
Edad (años)	28.9±6.4	29.2±6.7	28.9±6.5	p=0.166
Hipertensión	3.5% (301p)	5% (90p)	3.1% (211p)	p<0.0001
Diabetes	1.2% (107p)	1.7% (31p)	1.1% (76p)	p=0.0035
Tabaquismo	12.9% (1112p)	14.4% (258p)	12.6% (854p)	p=0.16
Obesidad	17% (1462p)	25.5% (455p)	14.8% (1007p)	p<0.0001
Chagas	3.6% (312p)	1% (17p)	4.3% (295p)	p<0.0001
Antecedente DHE	13.2% (1130p)	22.3% (397p)	10.8% (733p)	p<0.0001
Antecedente PP	8.5% (729p)	10.1% (180p)	8.1% (549p)	p=0.006
Nuliparidad	27.4% (2355p)	36.6% (652p)	25% (1703p)	p<0.0001
Embarazo múltiple	2.7% (230p)	3.2% (57p)	2.5% (173p)	p=0.12
Edad >34 años	22.2% (1902p)	24.2% (431p)	21.6% (1471p)	p=0.002
Residencia ciudad	34.9% (2996p)	27.4% (489p)	36.9% (2507p)	p<0.0001

Conclusiones: Se trata de una población joven y sana con una alta prevalencia de resultados adversos, probablemente porque es un hospital de alta complejidad perinatólogica de derivación. La residencia fuera de la ciudad resultó una variable de evolución adversa y el resto de las variables de riesgo encontradas coinciden con las descriptas en otras series.

0227. CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA

*Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular
Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio*

Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Mariano Gaston BERGIER | Santiago DECOTTO | Maria Natalia PELLEGRINI | Mariano Luis FALCONI | Pablo OBERTI | Vadim KOTOWICZ | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano De Buenos Aires

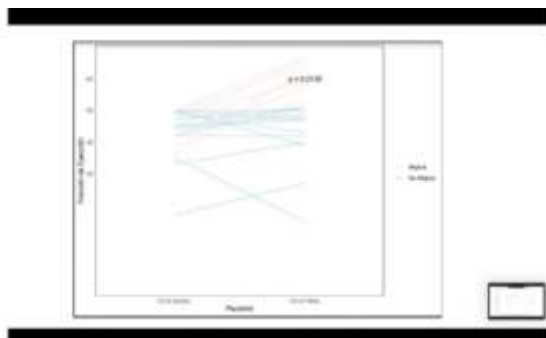
Introducción: La sobrecarga de volumen generada por la insuficiencia aórtica, es sabido que genera dilatación de cavidades izquierdas y en muchos casos deterioro de la fracción de ejecución. Hasta el momento la evolución de la disfunción ventricular izquierda izquierda, posterior al reemplazo valvular es incierta, así como la prevalencia de pacientes operados con iao y disfunción ventricular.

Objetivos: El objetivo del siguiente trabajo es establecer la prevalencia de reemplazo valvular aórtico en pacientes con insuficiencia aórtica severa, y establecer que porcentaje de los mismos tiene mejoría de la FEV a 6 meses.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, observacional. Se analizaron todos los pacientes sometidos a RVA por IAO severa en nuestra institución en el periodo de 1/1/2012 al 31/12/2022. Se calculó la proporción de pacientes operados con FEVI menor a 55%. Se calculó cuántos pacientes presentaron recuperación de la FEVI a los 6 meses, definiendo recuperación como aumento de 10 puntos de FEVI con respecto al basal.

Resultados: Un total de 685 pacientes fueron elegibles para el análisis. De estos, el 4,6% (n= 32) fueron sometidos a RVA por insuficiencia aórtica con FEVI < 55%. La mediana de FEVI prequirúrgica fue de 50 % [RIC 43.6-53]. En el 25% (n=8) se realizó cirugía de revascularización miocárdica concomitante. La mortalidad intrahospitalaria resultó del 6.2 % (n=2). Con respecto a la evolución, 24 pacientes tuvieron seguimiento en nuestra institución, de los cuales en el 45% (n= 11) se objetivó mejoría de la FEVI a los 6 meses. La mediana de fracción de eyección a los 6 meses fue de 64% en aquellos que mejoraron la FEVI y de 52% en el grupo sin recuperación (p=0.01)

Conclusiones: La cirugía de reemplazo valvular posterior a una insuficiencia aórtica es algo infrecuente. Con los criterios actuales un porcentaje no menor se opera con deterioro de la función y un alto porcentaje de estos no recupera la fracción de eyección a 6 meses.



Variable	
Sexo = Hombre (%)	23 (71.9)
Edad (Mediana, Años)	67.50 (53.75 -64.22)
ACV (%, N)	3.125 % (N=1)
ATC_previa (%, N)	3.125 % (N=1)
CRM_previa (%, N)	0
DBT_II (%, N)	9.375 % (N=3)
HTA (%, N)	59.375% (N=19)
DLP (%, N)	43.75 % N=14
EPOC (%, N)	0
ERC (%, N)	
	Estadio 1 6.250 2
	Estadio 2 3.125 1
EVP (%, N)	0 %
FA (%, N)	12.5% (N=4)
Internacion_por_ICC_previa (%, N)	21.875% (N=7)
SCA (%, N)	0
TBQ (%, N)	
NO	46.875 % (N= 15)
SI	6.250 % (N=2)
EX TBQ	46.875 % (N=15)
MEDICACION PREVIA (N, %)	
IECA_ARAlling	53.125 (N=17)
BB	40.625 (N=13)
Espiro	12.5 (N=4)
ISGLT2	0 (N=0)
MOTIVO DE LA CIRUGIA (N%)	
Angor	12.5 (N=4)
Disnea	18.75 (N=6)
Disnea. ICC	9.375 (N=3)
Disnea. Solo Fey	3.125 (N=1)
ICC	18.75 (N=6)
otra	6.25 (N=2)
Solo Fey	28.125 (N=9)
Solo Fey. ICC	3.125 (N=1)
Valvula Bicuspide (N, %)	
NO	71 % (N=23)
Si	21.875 (N=7)
Probable, no se visualiza	6.25 (N=2)

0228. PREDICTORES DE PRESENCIA DE TROMBO EN OREJUELA DE AURÍCULA IZQUIERDA, EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES JOVENES, CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE TIEMPO INDETERMINADO

Arritmias y Electrofisiología / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

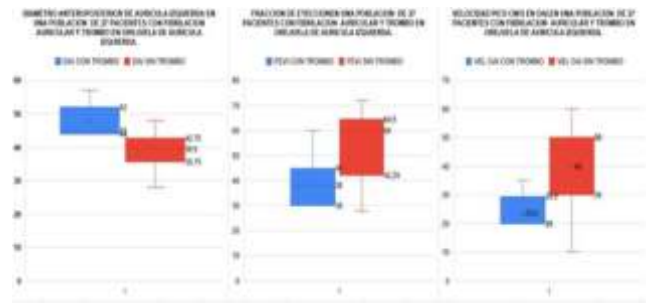
Jose Fabricio VIVANCO | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Rodrigo GORNO VIDELA | Ismael CALLAFA | Nahuel CORDOBA | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Se realiza un ensayo observacional descriptivo de cohorte transversal, en 27 paciente que cursaron internación en Unidad coronaria por Fibrilación auricular de tiempo indeterminado.

Objetivos: Analizar factores de asociación para la presencia de trombo en Orejuela de aurícula izquierda (OAI), en pacientes con fibrilación auricular de tiempo indeterminado (Fati).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de cohorte transversal, en un único centro, incluyendo 27 pacientes menores de 45 años con diagnóstico de Fati. Dichas evaluaciones se llevaron a cabo desde enero del 2015 a marzo del 2024, todos fueron evaluados en Unidad coronaria, se realizaron ECG a toda la población, Eco Doppler cardiaco, Eco Doppler Transesofagico (ETE). Las Variables cualitativas fueron proporcionadas con representación grafica de tablas de 2x2, comparadas con test estadístico de Chi-cuadrado. Las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con medidas centrales y de dispersión. Se estableció como límite de la significación $p < 0,05$, con Intervalos de confianza del 95% (IC).



ANALISIS UNIVARIADO CON PRESENCIA DE TROMBO EN OAI			
FACTORES DE RIESGO	p	RR	IC 95%
SEXO			
EDAD			
ENF CORONARIA			
HIPERTENSION ARTERIAL			
DIABETES TIPO II			
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR			
ENF VASCULAR			
HEPATOPATIA	0.057	0.500	0.684 - 131.997
ENF. CARDIACA	0.010	6.000	0.832 - 43.293
TABAQUISMO			
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA			
OBESIDAD			
ACCIDENTE Cerebrovascular			
FRACCION DE EYECCION REDUCIDA	0.007	10.850	1.802 - 176.228
DILATACION DE AI (>40MM)	0.004	2.000	1.185 - 3.377
ETE			
PRESENCIA DE PLACA EN AO			
ECOGENICIDAD SANGUINEA ESPONTANEA	0.064	6.375	0.765 - 51.781
VELOCIDAD BAJA DE OAI	0.006	3.333	1.293 - 8.581

Resultados: El 82 % sexo masculino y 18 % sexo femenino, Todos los pacientes menores de 45 años, Accidente cerebrovascular 7%, Hipertensión arterial 30%, Enfermedad coronaria 4%, Hepatopatía 11%, Insuficiencia cardiaca 33%, Tabaquismo 44%, Insuficiencia renal crónica 7%, Obesidad 26%, frecuencia cardiaca 81 ± 16 , tensión arterial sistólica 117 ± 12 mmHg, tensión arterial diastólica 85 ± 7 mmHg. ECG con fibrilación auricular 100%, Los parámetros ecocardiográficos transtorácico de Fracción de eyección (Fevi) 50 ± 14 , Fevi reducida (debajo de 55%) 41%, Diámetro anteroposterior de Aurícula izquierda (DAP-AI) 41 ± 7 , DAP-AI dilatada (> 40 mm) 48%. Parámetros de ETE, presencia de ecogenicidad sanguínea espontánea 19%, Velocidad Baja de OAI (< 30 m/s) 37%, Presencia de trombo en OAI (7 pac) 26%. Mediante análisis se evidencia asociación de factores para la presencia de Trombo en OAI, Dilatación de Aurícula Izquierda $p < 0.004$, RR 2, IC 95% (1, 1-3,3), Fevi reducida $p < 0.007$, RR 16, IC 95% (1,6- 176), Velocidad Baja de OAI $p < 0.001$, RR 3.3, IC 95% (1,2- 8,5)

Conclusiones: La Dilatación de aurícula izquierda, Fracción de eyección reducida y la velocidad baja de OAI, son predictores de presencia de Trombo en OAI, en nuestra cohorte de paciente con fibrilación auricular de Tiempo indeterminado.

0229. PREDICTORES Y PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Ignacio Manuel PIAGGIO | Antonella CARUGNO | Juan Carlos ESPINOZA | Juan FURMENTO | Juan Pablo COSTABEL | Alan Rodrigo SIGAL | Daniel NAVIA | Leonardo Adrián SEOANE

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La cirugía cardíaca constituye un pilar fundamental en la cardiología actual, siendo la insuficiencia renal aguda (IRA) una de las principales complicaciones. Se estima que la IRA se presenta en un 20 a 30% de los pacientes, aumentando la morbimortalidad de los mismos.

Objetivos: Describir la prevalencia de IRA postoperatoria en cirugía cardíaca, y analizar predictores que se asocian a dicha complicación.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, a partir de la base de datos informatizada del servicio de cirugía cardíaca, completada prospectivamente. Se incluyeron aquellos pacientes adultos consecutivos a los que se les realizó cirugía cardiovascular con y sin circulación extracorpórea (CEC), entre noviembre de 2003 y marzo de 2024. Se excluyeron los pacientes con insuficiencia renal crónica. Se describieron las características de los pacientes, de las cirugías y la morbilidad intrahospitalaria. Para evaluar asociaciones con el punto final primario, se realizó inicialmente análisis univariado, ajustando luego por variables de interés en modelo de regresión logística multivariado.

Resultados: Se analizaron 13.215 pacientes. La media de edad fue de 64 años (DE 12), siendo la mayoría de sexo masculino (75%). El total de cirugías de revascularización miocárdica (CRM) realizadas fue de 6332 pacientes (48%), seguida de 23.2% valvulares, 12.6% combinadas. La cirugía fue electiva en el 69% (Tabla 1). Se encontró que el 7.3% del total de los pacientes desarrolló insuficiencia renal aguda. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4.7%. El 3.6% de los pacientes requirió diálisis. En el análisis multivariado, la edad, electividad de la cirugía, uso de CEC, reoperación, la insuficiencia cardíaca como presentación clínica y la disfunción ventricular previa fueron los principales predictores de IRA (Tabla 2).

	Todos
Edad, años (DE)	64 (12)
Sexo masculino, n (%)	10002 (75,7)
HTA, n (%)	8740 (66)
Diabetes, n (%)	2677 (20,2)
Dislipemia, n (%)	8077 (61)
Tabaquismo, n (%)	6021 (45)
IAM previo, n (%)	2918 (22)
EPOC, n (%)	624 (4,7)
ACV, n (%)	389 (2,9)
Cirugía electiva, n (%)	9205 (69,6)
Tipo de cirugía:	
Coronaria, n (%)	6332 (47,9)
Valvular, n (%)	3073 (23,2)
Combinada, n (%)	1660 (12,6)

Conclusiones: La prevalencia de IRA en postoperatorio en nuestra cohorte fue baja, siendo del 7.3%. Se encontró que los predictores más comúnmente asociados de manera independiente a la IRA fueron la electividad de la cirugía, la insuficiencia cardíaca como presentación clínica, la disfunción ventricular, reoperación y uso de CEC.

	OR [95% C.I.]	P
Edad	1,05 [1,04; 1,06]	< 0,001
Urgencia	2,87 [2,44; 3,37]	< 0,001
CEC	1,41 [1,19; 1,66]	< 0,001
Reoperación	1,44 [1,10; 1,88]	0,01
EPOC	1,33 [1,015; 1,75]	0,04
Anemia pre cirugía	1,36 [1,09; 1,69]	0,01
Asintomático	0,68 [0,52; 0,89]	0,01
IC como presentación clínica	1,85 [1,47; 2,31]	< 0,001
Disfunción ventricular	1,50 [1,24; 1,81]	< 0,001

0230. VARIABLES QUE SE ASOCIAN A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

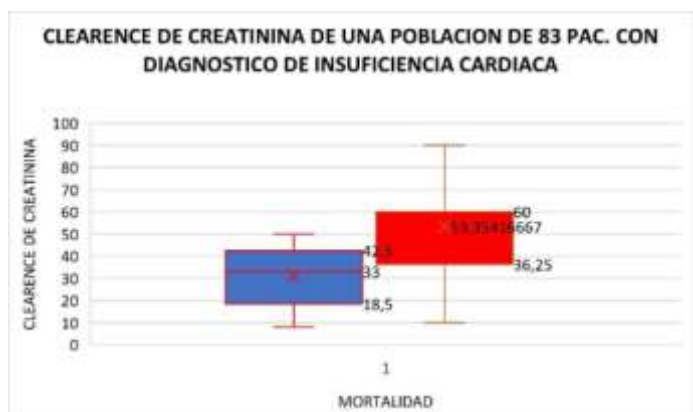
*Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio
Prevención Cardiovascular y promoción de la salud*

Julio Hector BISUTTI | Walter Ramon ALUSTIZA | Diego Rafael NARVAEZ | Cecilia Eleonora NIEVA | Eliana Soledad VEGA | Micaela NOBLEGA KUTSCHERAUER | Javier Fabian VENTRICE | María Pia MARTURANO
Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Estudio observacional descriptivo transversal, de una muestra de 83 pacientes, con diagnóstico de ingreso hospitalario de Insuficiencia cardíaca congestiva.

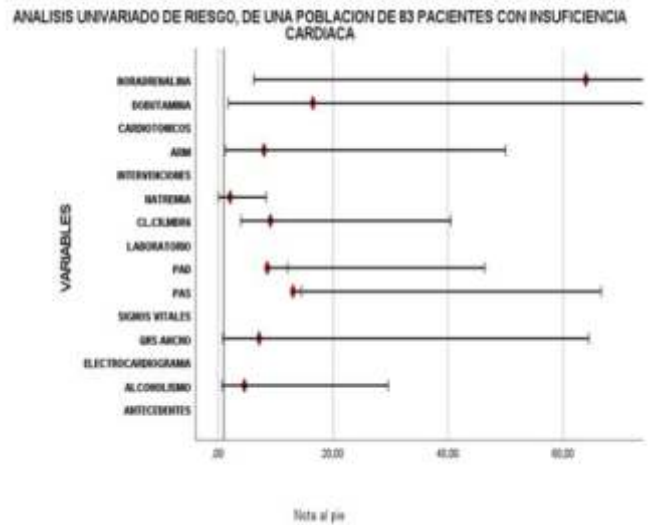
Objetivos: Analizar asociación de las variables, con mortalidad de los pacientes durante la internación, en cuidados intensivos cardiológicos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo corte transversal, unicentrico incluyendo 86 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, llevados a cabo desde octubre del 2018 a enero del 2024. Las Variables cualitativas fueron proporcionales, las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con análisis de medidas centrales y de dispersión. Para valorar



asociación de variables se utilizó test estadístico de Chi-cuadrado, Test de Student Se estableció como límite de la significación $p < 0,05$, con Intervalos de confianza del 95% (IC).

Resultados: El 67 % sexo masculino y 33 % sexo femenino con una media de edad 68 ± 11 , Hipertensión arterial 73%, Diabetes Tipo II 53%, Hipotiroidismo 17%, Insuficiencia Renal 34%, Anemia 25%, Miocardiopatía 25%, antecedentes de insuficiencia cardíaca 35%, Obesidad 28%, Chagas 12%, Accidente cerebrovascular 10%, Alcoholismo 11%, Tabaquismo 27%, Antecedentes de Marcapasos 18%, Fibrilación Auricular 29%. Respecto a signos vitales de ingreso, Frecuencia Cardíaca 88 ± 29 , Presión arterial sistólica 137 ± 33 , Presión arterial Diastólica 83 ± 21 . Estadías hospitalaria 8.4 ± 6 días, manteniendo Criterio indicador Estadia menor de 9 días, Mortalidad Hospitalaria 8 %. El electrocardiograma con QRS ancho con $P < 0.04$ OR 7,1 (IC 95% 0,7-64); intervención con colocación en asistencia ventilatoria mecánica $P < 0.001$ OR 8 (IC 95% 1,2-50); uso de cardiotónicos dobutamina $P < 0.002$ OR 16 (IC 95% 1,8-149); noradrenalina $P < 0.001$ OR 64 (IC 95% 6,2-659); se asocia significativamente a mortalidad Intrahospitalario. A la vez las variables clearance de creatinina bajo con $P < 0.018$ OR 9,1 (IC 95% 3,9-40); la hiponatremia con $P < 0.046$ OR 2 (IC 95% 0,08-8,3); presentan diferencias de medias significativas para mortalidad.



Conclusiones: La insuficiencia renal y otras variables de significancia al ingreso se asocian a mortalidad intrahospitalario en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca congestiva.

0231. FOTOPLESTIMOGRAFIA DIGITAL DE SEGUNDA DERIVADA EN PREVENCION PRIMARIA EN PEDIATRIA

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

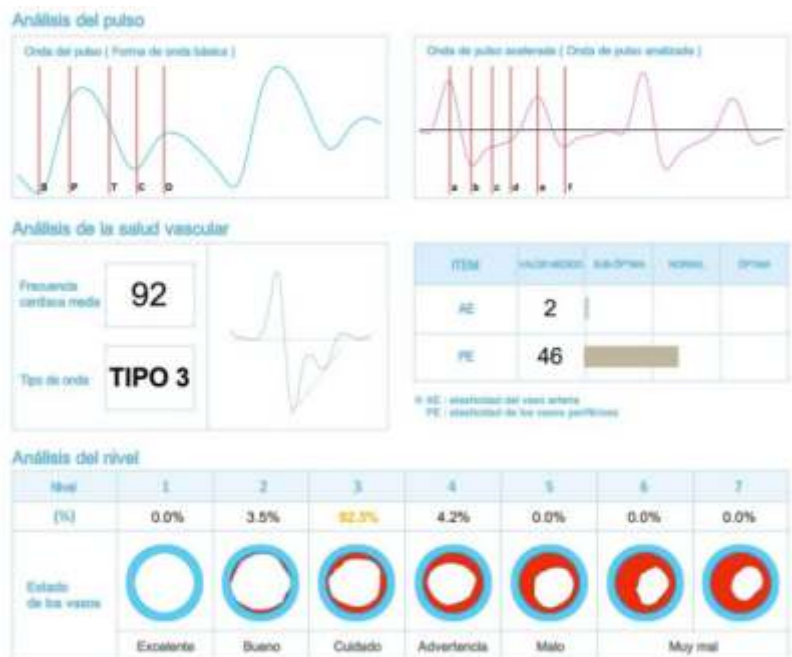
Claudio Gabriel MOROS¹ | Angela SARDELLA¹ | Barbara WAGMAISTER¹ | Marisa PACHECO OTERO¹ | Daniela PASTARO¹ | Alejandro GOLDSMAN¹ | Luis María PUPI²

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez ¹; ARTERY LATAM ²

Introducción: La fotoplestismografía de la yema del dedo, refleja principalmente los cambios de volumen pulsátiles en las arteriolas de los dedos, ha sido reconocida como un Método no invasivo de medición de las ondas de pulso arterial en relación con los cambios en la amplitud de la onda. La fotoplestismografía de segunda derivada (FPSD) permite reconocimiento más exacto de los puntos de inflexión de las ondas y puede proporcionar información fiable para ayudar a identificar a las personas que están en riesgo de desarrollar aterosclerosis y que deben ser objeto de una mayor observación y consideración de otros factores de riesgo.

Objetivos: Determinar la incidencia de alteraciones de la Salud vascular y del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) detectadas por FPSD en pacientes pediátricos atendidos en el consultorio de cardiología.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo. Se reclutaron pacientes pediátricos consecutivos vistos en el consultorio de cardiología infantil. Con el peso y la talla se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) que fue percentilado para obtener diagnóstico de obesidad y sobrepeso. Se investigaron factores de riesgo cardiovasculares. Considerándose Niño No Sano (NNS) el que presentara sobrepeso, obesidad y/o algún



factor de riesgo como Tabaquismo (TBQ), hipertension (HTA), Diabetes (DBT) o dislipidemia (DLP). En posición sentada se colocó un sensor digital en el dedo índice de la mano izquierda que se conectó a la notebook Max Pulse® a través de conexiones USB. La información sobre el estado del SNA y salud vascular se obtuvo mediante un Max Pulse® (Medicore Co., Ltd., Hanam, República de Corea). El dispositivo realiza un informe sobre la relación simpático/parasimpático, el desbalance del SNA, la estabilidad electrocardíaca y clasifica la salud de las arterias otorgando un puntaje del 1 al 7, se consideró alteración de la salud vascular un puntaje ≥ 3 . Después de descartar la presencia de errores, los datos fueron exportados al Statistical Package for Social Science (SPSSv.28®) para ser analizados. Se realizó la prueba de Levene para determinar la distribución normal de las variables y la homogeneidad de la varianza. Las variables cuantitativas se describieron en términos de la media y la desviación estándar (DE). Se describieron las variables cualitativas usando la frecuencia absoluta y el porcentaje. Se utilizó T studen para comparar medias y el Test exacto de Fisher para variables ordinales

Resultados: Se analizaron 42 pacientes pediátricos, edad: media $10,4 \pm 3,5$ (Rango 5-17) Sexo masculino 73,8 % (31) IMC $22,5 \pm 7,3$. Con Sobrepeso 9,5% (4); obesidad 35,7% (15) DLP 4,6% (2) TBQ 0% HTA 0% DBT 0%, se consideraron NNS 40% (21). Mediciones del SNA: Puntaje general SNA media: $45,2 \pm 19$; Disbalance SNA 47,6% (20), Estabilidad electrocardíaca anormal 28,6% (12) Medición de la Salud Vascular: Arteria tipo 1: 69% (29), Tipo 2: 11,9% (9) y Tipo 3: 19% (8) La arteria Tipo 3 se correlaciono con NNS con $p=0,022$ OR 10 IC 1,1-90 y con el Disbalance del SNA con $p=0,016$ = % 11 IC 1,2-102. El puntaje general del SNA fue menor en arteria tipo 3 con 32,7 vs 48 en el resto con una $p=0,04$ Seis pacientes del grupo con arteria anormal Tipo 3, fueron evaluados con Ecodoppler de vasos de cuello, presentando en un 83% (5) aumento anormal del espesor miointimal para la edad

Conclusiones: La fotoplestimografía digital acelerada es un estudio no invasivo que ha identificado alteración de la salud vascular en una quinta parte de los pacientes. Esta alteración se asoció en forma estadísticamente significativa con el Niño No Sano (obesidad y/o factores de riesgo presentes) y con el desbalance del sistema nervioso autónomo. El 83% de los pacientes con Arteria Tipo 3 (anormal) valorados con Ecodoppler de los vasos del cuello tuvieron espesor miointimal aumentado para la edad.

0235. PREVALENCIA DE LA ANEMIA EN EL PREOPERATORIO Y SU EVOLUCIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

*Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular
Investigación Básica*

Nahuel MELON RAMIREZ | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Marco Antonio BORJA YENCHONG | Mauricio DELGADO GAETE | Elsa NUCIFORA | Emiliano ROSSI | Vadim KOTOWICZ | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La anemia es una entidad frecuente en el preoperatorio de los pacientes que se someten a una cirugía cardiovascular, la O.M.S la define como una concentración de hemoglobina < 13 gr/L en hombres y < 12 gr/L en mujeres. Se ha demostrado que la anemia en el posoperatorio es un marcador de morbimortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. En nuestro medio no contamos con información sobre la implicancia de la misma así como su valor en el seguimiento lejano.

Objetivos: El objetivo primario es evaluar la mejoría de la anemia al año en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

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. Se continuó el seguimiento a 1 año mediante revisión de la historia clínica. Las variables continuas se expresaron como media o mediana, y las categóricas como porcentaje. Se comparó mediante un Chi cuadrado las diferencias entre las variables continuas.

Resultados: Las características generales de la población se encuentran en la Tabla 1. Se incluyeron en total 168 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular, de estos presentaron anemia ferropénica 35%, 55% no presentaban anemia, 5% ferropenia sin anemia y 6% anemia no ferropénica. La mediana de edad fue de 66 años (RIC 57-75). Se observó que al término del año los pacientes con anemia eran 25%. En el gráfico 1 se observa la evolución de la Hemoglobina al año de seguimiento.

Conclusiones: En pacientes sometidos a cirugía cardiovascular la anemia preoperatoria es un problema frecuente. Partiendo de una prevalencia de anemia del 41% en el preoperatorio, luego del tratamiento instaurado al año un 25% de los pacientes se encontraban anémicos.

0236. VALOR PRONÓSTICO DE LA ANEMIA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular / Investigación Básica

Nahuel MELON RAMIREZ | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Marco Antonio BORJA YENCHONG | Mauricio DELGADO GAETE | Elsa NUCIFORA | Emiliano ROSSI | Vadim KOTOWICZ | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La anemia es una entidad frecuente en el preoperatorio de los pacientes que se someten a una cirugía cardiovascular y ha demostrado ser un marcador de morbimortalidad en ellos. En nuestro medio no contamos con información sobre el efecto de la misma ni sobre su comportamiento en el seguimiento alejado.

Objetivos: El objetivo primario es evaluar la asociación de la anemia ferropénica preoperatoria en la incidencia de internaciones y mortalidad durante el seguimiento a un año.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular central, operados entre septiembre de 2021 y febrero de 2022. Se continuó el seguimiento a 1 año mediante revisión de la historia clínica. Se consideró anemia preoperatoria a una concentración de hemoglobina $< 13 \text{ gr/L}$ en hombres y $< 12 \text{ gr/L}$ en mujeres (criterios OMS), además se consideró ferropenia aquellos pacientes que tenían una ferritina menor a $100 \mu\text{g/L}$.

Resultados: Las características generales de la población se muestran en la Tabla 1. Se incluyeron en total 168 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular, de estos presentaron anemia ferropénica 35%. La mediana de edad fue de 66 años (RIC 57-75). Se observó que al término del año los pacientes con anemia ferropénica presentaron una incidencia acumulada de muerte o reinternación del 32% (IC95% 20-45) vs. del 24% (IC95% 15-34) ($p > 0.05$) en el grupo sin anemia. El HR crudo del punto final fue 1.00 (IC 95%: 0.78-1.00) y el HR ajustado por edad y sexo fue 0.86 (IC 95%: 0.42-1.00).

Conclusiones: La anemia ferropénica preoperatoria en nuestra cohorte no se asoció en forma independiente con mayor número de eventos durante el seguimiento a un año.

0242. MECANISMOS DE INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES POST TRASPLANTE CARDÍACO ORTOTÓPICO

Valvulopatías / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Pilar DOMENECH | Estefania MESTRALLET | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI | Ricardo POSATINI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La insuficiencia tricuspídea (IT) es la valvulopatía más frecuente luego de un trasplante cardíaco ortotópico, con una incidencia reportada que va desde el 19 al 84%. La severidad de la misma suele aumentar durante el seguimiento. El ecocardiograma es la técnica más comúnmente empleada para la detección y evaluación de la severidad de la insuficiencia tricuspídea.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir en una serie de pacientes trasplantados cardíacos los mecanismos involucrados en el desarrollo de la IT posoperatoria.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva con pacientes que recibieron un trasplante cardíaco ortotópico entre los años 2012 y 2022 en un hospital de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se relevaron los informes de los ecocardiogramas realizados a los 6, 12 y 18 meses postrasplante. Los mecanismos de IT descriptos fueron, la dilatación auricular o técnica bi-auricular, secundario a múltiples biopsias endomiocárdicas, la dilatación y disfunción del ventrículo derecho, la hipertensión pulmonar previa y el mismatch de la cavidad receptora con el órgano trasplantado. Los datos fueron tomados de la historia clínica electrónica de la institución.

Resultados: Se evaluaron 234 pacientes con trasplante ortotópico seguidos en la institución, con una mediana de edad de 49.5 años. La incidencia de IT significativa a partir de los 6 meses postrasplante fue de 12.8%. Se identificaron los mecanismos principales en la aparición de IT significativa, siendo la dilatación y disfunción del ventrículo derecho la causa más prevalente con un 67%. En un segundo lugar, el mismatch cavidad receptora con órgano trasplantado, que tuvo una prevalencia del 17%. El tercer mecanismo fue la lesión orgánica de la válvula tricuspídea (daño estructural valvular o ruptura cordal) secundaria a la toma de biopsia endomiocárdica con una prevalencia del 7% al igual que la hipertensión pulmonar previa. La dilatación auricular o técnica biauricular fue el mecanismo menos prevalente (3%). Un 40% de los pacientes presentaba disfunción del ventrículo derecho asociada a disfunción ventricular izquierda. El rechazo inmunomediado significativo fue la causa más prevalente de disfunción biventricular, seguido de la causa desconocida y por último la vasculopatía del injerto.

Conclusiones: La incidencia de IT postrasplante en Argentina es un dato que no fue relevado hasta el momento. Conocer los mecanismos de la IT postrasplante y su prevalencia es importante ya que los mismos no son exactamente iguales a los mecanismos de la IT en la población general. A su vez, conocer los estos mecanismos hace que se puedan planear estrategias de prevención de IT y evitar o enlentecer su aparición.

0245. MICROALBUMINURIA COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACION DEL ST, DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

Cardiopatía Isquémica

Ana Belén VALDÉS | María Florencia HERMAN CAVARRA | Josefina STRUZKA | María Jimena GAMBARTE | Claudio HIGA

Hospital Alemán

Introducción: La microalbuminuria es un predictor independiente de eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos y también de eventos graves en síndromes coronarios agudos.

Objetivos: Analizar la capacidad predictora de mortalidad del índice albúmina creatinina (IAC) como indicador de la microalbuminuria, en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) diabéticos versus en aquellos no diabéticos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, incluyendo consecutivamente pacientes con diagnóstico de SCASEST ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Comunidad. El IAC se determinó en muestras de orina espontánea durante las primeras 24 horas posteriores al ingreso y se analizó mediante inmunoturbidimetría. Se excluyeron pacientes con tratamiento diurético previo, antecedentes de insuficiencia cardíaca, albuminuria o infecciones en curso. Se dividió a la población en tercillos por valores de IAC, según sus percentiles 33 y 66, quedando conformado un tercilo 1: pacientes con ACR de 0 a 4 mg/gr, un tercilo 2: ACR de 4 a 17 mg/g y un tercilo 3, con valores mayores a 17 mg/gr. El punto final del análisis fue la mortalidad por todas las causas durante el seguimiento. Se realizó un análisis univariado y de regresión logística multivariado de Cox para identificar variables asociadas de forma independiente con la mortalidad en el seguimiento en los pacientes diabéticos y en los no diabéticos. Las estadísticas se calcularon utilizando el programa IBM Statistics SPSS versión 26.

Figura 1. Curvas de supervivencia actuarial de Kaplan-Meier comparando los tercillos de IAC en la subpoblación de diabéticos (A) y la de no diabéticos (B).

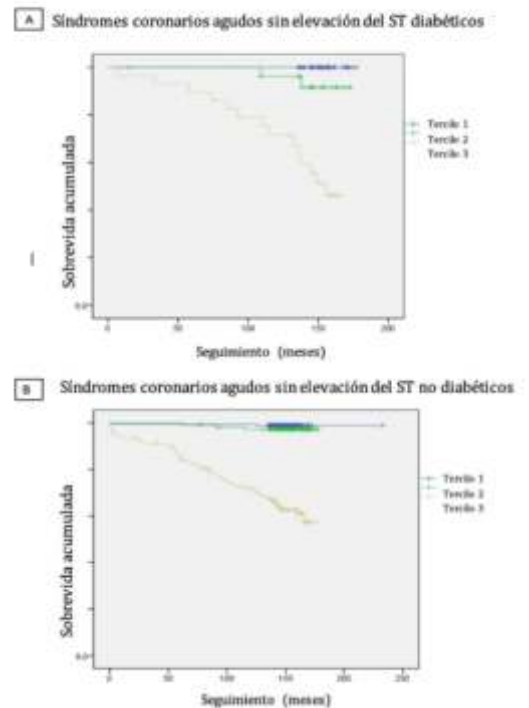


Tabla 1. Características basales en SCASEST en diabéticos y no diabéticos

Variable	Diabéticos	No diabéticos	p
Edad (media y DS)	64±12	63±11	0.055
Mujeres	30	27	0.075
Hipertensos	40	35	0.34
Dislipidémicos	29	26	0.691
Tabaquistas	46	43	0.72
IMC	27±4.4	26±5.0	0.97
Antecedentes coronarios	24	24	0.97
Aspirina previa	40	44	0.015
Desarrollos del segmento ST	27	24	0.44
Presión arterial sistólica ingreso	137±23	136±22	0.97
Frecuencia cardíaca ingreso	73±17	71±18	0.98
Creatinina sérica	0.99±0.68	0.98±0.28	0.36
Glicemia sérica	132±54	123±48	0.002
Índice albúmina creatinina (media±DS)	35±71	19±27	0.008
Killip 3-4	14	11	0.45
Elevación de marcadores de necrosis	48	44	0.78

Tabla 2. A: Análisis univariado y multivariado de Cox para mortalidad en SCASEST no diabéticos.

Variable	Análisis Univariado	p	Análisis Multivariado Cox	p
Edad (por año)	1.04 (1.06-1.10)	0.005	1.02 (1.07-1.09)	0.012
Mujeres	1.27 (1.1-2.1)	0.07	0.89 (0.72-0.91)	0.76
Dislipidémicos	1.06 (1.0-2.30)	0.005	1.01 (1.0-2.3)	0.43
Hipertensos	1.36 (0.11-1.51)	0.13	1.08 (1.0-2.3)	0.25
Antecedente coronario	1.45 (0.13-1.50)	0.20	1.09 (0.99-2.1)	0.67
Aspirina previa	1.1 (0.86-1.32)	0.45	0.9 (0.8-2.1)	0.43
Desarrollos segmento ST	1.5 (1.2-2.3)	0.054	1.3 (1.0-2.3)	0.34
Creatinina sérica (por mg/dl)	1.24 (1.12-8.11)	0.045	1.09 (0.87-2.1)	0.05
Elevación de troponina	1.56 (4.32-13.70)	0.008	1.23 (1.0-2.3)	0.048
IAC (tercillos)	19.1 (7.8-32.1)	0.001	11.85 (3.9-41)	0.01

Tabla 2. B Análisis univariado y multivariado de Cox para mortalidad en SCASEST diabéticos.

Variable	Análisis Univariado	p	Análisis Multivariado Cox	p
Edad	1.65 (1.23-1.76)	0.0001	1.05 (0.99-1.10)	0.007
Mujeres	1.3 (1.12-2.34)	1.2	1.1 (0.86-1.78)	0.7
Dislipidémicos	1.7 (1.1-1.58)	0.001	1.4 (1.1-1.35)	0.023
Hipertensos	1.09 (0.92-1.3)	0.05	0.87 (0.69-1.4)	0.15
Antecedente coronario	1.6 (1.25-2.3)	0.34	0.87 (0.69-1.27)	0.11
Aspirina previa	1.3 (1.12-2.34)	0.03	1.2 (1.1-1.85)	0.76
Desarrollos segmento ST	2.13 (1.96-2.67)	0.02	1.39 (1.05-1.41)	0.39
Creatinina sérica (por mg/dl)	1.96 (1.21-2.13)	0.059	1.2 (1.1-1.3)	0.34
Elevación de troponina	1.4 (4.32-13.70)	0.007	1.2 (0.76-13.10)	0.15
IAC (tercillos)	21 (5.87-32.45)	0.0001	10.12 (9.91-13.34)	0.005

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 12 años (95% IC 11-14). 106 de los 600 pacientes con SCASEST eran diabéticos (17.7%). En la Tabla 1 se detallan las características basales entre los pacientes diabéticos y los no diabéticos. En la figura 1 se observan las curvas de supervivencia actuarial (Kaplan Meier) según los tres tercillos de IAC en pacientes diabéticos (A) log rank test (chi cuadrado) de 31.14 p < 0.0001 y en los que no eran diabéticos (B) log rank test (chi cuadrado) 121.62, p < 0.0001. En la figura 2 A se muestra el análisis univariado y multivariado de Cox en los pacientes con SCASEST diabéticos y en la figura 2B el mismo análisis en los no diabéticos, donde se observa que el IAC es un predictor independiente de mortalidad en ambas poblaciones: OR ajustado para mortalidad alejada fue de 10.12 (9.91-13.34) p = 0.005 en pacientes diabéticos y de 11.65 (3.3-5.4) p = 0.01 en pacientes no diabéticos.

Conclusiones: El índice albúmina-creatinina es un predictor independiente de mortalidad a largo plazo en pacientes con SCASEST, tanto en pacientes diabéticos como así también en los no diabéticos.

0246. EVOLUCIÓN ALEJADA DE LA ESTIMULACIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO. CONTRIBUCIÓN DEL ANÁLISIS DE LA VARIANZA DEL QRS

Arritmias y Electrofisiología

Fabian Alejandro AZZARI | Leonardo KRSTICEVIC
Centre Hospitalier Regional de Rimouski

Introducción: La cardiopatía por estimulación apical del ventrículo derecho es una entidad que suele ocurrir en pacientes que requieren un alto porcentaje de estimulación ventricular (PEV). Para su prevención se ha tratado de modificar la modalidad y/o el sitio de estimulación (biventricular, haz de His, rama izquierda o tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD)). Los resultados de los estudios para esta última han sido dispares, debido a la difícil caracterización radiológica y electrocardiográfica del TSVD.

Objetivos: Evaluar los resultados alejados de la estimulación del TSVD en pacientes que recibieron un marcapasos bicameral, así como los predictores de eventos adversos (EA) durante el seguimiento (mortalidad global o necesidad de estimulación biventricular). Caracterizar la estimulación del TSVD mediante análisis de la varianza del QRS por SYNCHROMAX® (SYNC).

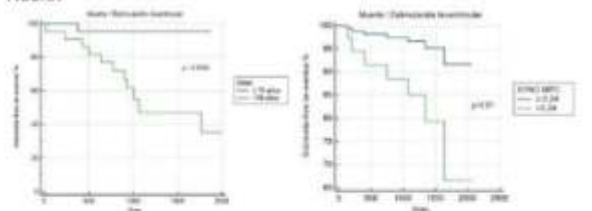
Materiales y Métodos: Entre 2018 y 2022 se incluyeron en forma no consecutiva, 82 pacientes (44 con PEV <20% y 38 con PEV ≥ 20%). En cada grupo, se evaluó la incidencia de EA durante el seguimiento. La necesidad de estimulación biventricular quedó a criterio del médico tratante. Luego del procedimiento, se evaluó el SYNC tanto en ritmo espontáneo (SYNC BASAL), como en estimulación ventricular bipolar (SYNC MCP). Las variables continuas se mostraron con su mediana y fueron comparadas por la prueba de Mann-Whitney, mientras que las variables categóricas por la prueba de Chi cuadrado. Para las variables continuas que se asociaron a EA se buscó su valor de corte por curva ROC y así como el área bajo la curva (ABC). Una vez categorizadas dichas variables fueron incluidas en un modelo de riesgo proporcional de Cox. Finalmente, se evaluó la sensibilidad (SEN), especificidad (ESP), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) para los predictores independientes de EA.

TABLA

	PEV <20%			PEV ≥20%		
	Sin EA	Con EA	p	Sin EA	Con EA	p
N	34	10	0.002	74.0	79.0	ns
Edad (años)	77.4%	82.2%	0.001	80.0%	75.0%	ns
Mortaliad	29.4%	30.0%	ns	26.7%	22.8%	ns
Requiere AV	47.1%	50.0%	0.84	63.5%	100.0%	ns
FEVI pre (%)	33	43	ns	42.0	35.0	0.84
FEVI pre-NO	22.9%	30.0%	ns	0.7%	25.0%	ns
FEVI > 45%	0.0%	10.0%	ns	3.3%	12.5%	ns
PEV seguimiento (%)	1	0	ns	34.5	33.5	ns
Parámetros QRS						
- Duración (ms)	77.4%	84.0%	ns	80.0%	73.0%	ns
- QRS	3.3%	0.0%	ns	6.7%	12.5%	ns
- BRD	0.0%	0.0%	ns	18.7%	0.0%	ns
- HBI	3.3%	10.0%	ns	6.7%	12.5%	ns
- HBP	3.3%	0.0%	ns	3.3%	0.0%	ns
- HBI+HBP	0.0%	0.0%	ns	20.7%	12.5%	ns
QRS						
- Duración basal (ms)	88	96	ns	110.5	117.0	ns
- Duración QRS (ms)	140	160	ns	160	150	ns
- Sin QRS MCP (%)	76	70	ns	78	59	0.03
- SYNC BASAL	0.27	0.27	ns	0.36	0.58	0.84
- SYNC MCP	0.19	0.30	ns	0.12	0.38	0.001
- < 0.4	80.0%	87.0%	ns	83.3%	37.5%	0.01
- > 0.4	16.0%	22.0%	ns	13.3%	25.0%	ns
- < 0.24	3.3%	3.0%	ns	3.3%	37.5%	0.006
- > 0.24	12.0%	27.0%	0.008	14.5%	12.5%	0.054

AV = aurículo ventricular; MCP = marcapasos; NO = no disponible; BRD = bloqueo rama derecha; HBI = hemibloqueo anterior izquierdo; HBP = hemibloqueo posterior izquierdo.

FIGURA



Curvas de Kaplan-Meier para Muerte | Estimulación biventricular en (A) pacientes con porcentaje de estimulación ventricular <20% (edad ≥ 75 años) y (B) pacientes con porcentaje de estimulación ventricular <20% (SYNC post < 0 o < 0.24).

Resultados: En la TABLA se muestran para cada grupo las características clínicas, del electrocardiograma y del SYNC según la ocurrencia o no de EA. En el grupo de pacientes con PEV <20% hubo 13 muertes (29.5%) y ningún paciente requirió estimulación biventricular. El análisis de la curva ROC mostró un corte de >76 años para la edad al implante (ABC de 0.801, p<0.001). El único predictor independiente de EA fue la edad al implante >76 años (b=2.66, p=0.01, índice de Harrell 0.730). Dicho predictor mostro una SEN de 92.3%, ESP de 67.7%, VPP de 54.6% y VPN de 95.5%. En el grupo de pacientes con PEV ≥ 20% hubo 5 muertes (13.2%) y 3 pacientes requirieron estimulación biventricular (7.9%). El análisis de la curva ROC mostró un valor de corte de ≤ 53% para la FEVI pre (ABC de 0.771, p<0.05), de ≤ 30° para eje QRS MCP (ABC de 0.758, p=0.02), de >0.43 para el SYNC BASAL (ABC de 0.755, p=0.02) y de >0.24 para el SYNC MCP (ABC de 0.888, p<0.001). El único predictor independiente de EA fue el SYNC MCP >0.24 (b=2.75, p=0.01, índice de Harrell 0.784). Dicho predictor mostro una SEN de 75.0%, ESP de 83.3%, VPP de 54.6% y VPN de 92.5%. En la FIGURA se muestran las curvas de Kaplan-Meier para EA en cada grupo de pacientes, según las variables predictoras de riesgo.

Conclusiones: En el actual registro, los predictores de EA durante el seguimiento fueron distintos dependiendo del PEV. Dichos predictores mostraron un alto valor predictivo negativo para eventos EA durante seguimiento (muerte o necesidad de estimulación biventricular). Estos resultados, así como la utilización del SYNC para optimizar la estimulación del TSVD, deberían ser confirmados en forma prospectiva en una población más amplia.

0247. INCIDENCIA POBLACIONAL DEL INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN UNA PROVINCIA DE ARGENTINA

Cardiopatía Isquémica

Sergio Exequiel ESCALANTE¹ | Miguel Angel FREIS¹ | Marisa Malvina ACOSTA¹ | Cesar Osvaldo VILLALBA¹ | Martin Amilcar PUGA² | Luis QUINTANA² | Ricardo Mario IGLESIAS¹ | Eugenia RUIZ³

Hospital de Alta Complejidad J.d. Perón¹; Hospital Central de Formosa, Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa²; Ministerio de Desarrollo Humano³

Introducción: El infarto agudo de miocardio es una entidad clínica frecuente y con elevada mortalidad, a pesar de ello tenemos escasa información en nuestro país sobre la real incidencia del mismo.

Objetivos: Describir la tasa anual de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCST) en una provincia de Argentina, y las características de dicha población.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, prospectivo y observacional. Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes ingresados con diagnóstico de IAMCST dentro de las 24 horas de iniciados los síntomas, desde el 1/1/2023 hasta el 31/12/2023, incorporados al código de infarto de la provincia de Formosa.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes (P) con IAMCST, edad media 61.9 años (28-86 años), 75 (79.7%) hombres edad media 62.2 años (28-86 años) y 18 (19.1%) mujeres edad 62.2 años. (46-77años). La tasa anual fue de 1.54 IAMCST cada 10.000 personas (población provincia de Formosa: 607.419 habitantes) El 9.5% presentaba IAM o ACV previo, 53.1% HTA, 23.4% DBT y tabaquismo activo 56.3%. El Killip Kimball al ingreso fue I 76.1% (67/88), II 10.2% (9/88), III 3.4% (3/88), IV 10.2% (9/88). Al 87% (82/94) de los P se le realizó cinecoronariografía. Fueron reperfundidos 80 P (85.1%), (ATC 92.5% (74/80), y TL 7.5% (6/80), No se reperfundieron 14 P (14.9%), los motivos fueron 2 P (13%) por indicación de cirugía de revascularización, 8 (53%) por muerte previa al tratamiento de reperusión y 4 (33%) por decisión de tratamiento médico. La mortalidad a 30 días fue del 15.9% (15/94), con una edad de 70,3 años (60-85 años), 13% ocurrieron en el período prehospitalario (2/15) y 2 pacientes (13%) presentaron infección asociada a Dengue.

Conclusiones: En una población de una provincia argentina, aproximadamente 1.54 personas cada 10.000 habitantes presentaron un IAMCST, en el lapso de 12 meses. La mortalidad en esta población sigue elevada en comparación a estadísticas internacionales.

0248. REGISTRO ARGENTINO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR, UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO CON RESULTADOS, DE LA CORTE DE CIRUGIA DE REVASCULARIZACION DE MIOCARDIO. ARGEN-CCV

*Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular
Cardiopatía Isquémica*

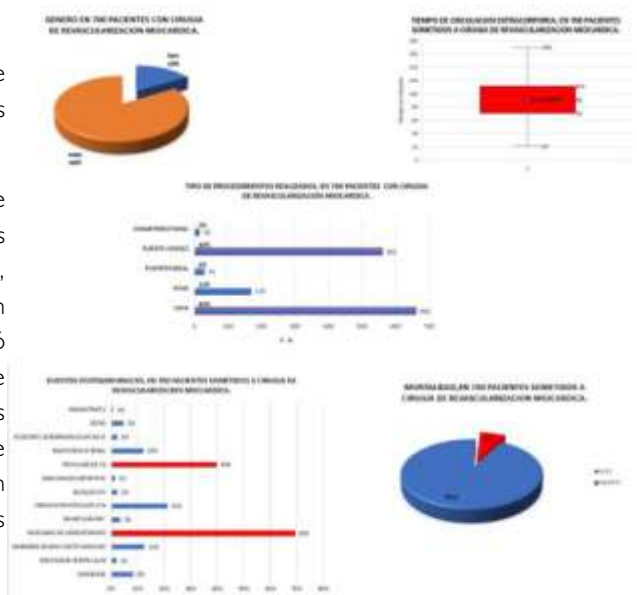
Walter Ramon ALUSTIZA | Romina Laura SALADINO | Gabriela Giselle NIETO | Esteban ROMEO | Maria Pia MARTURANO | Natalia Cecilia CARLI | Heraldo D' IMPERIO

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: Se realizo un Registro Nacional de Cirugías Cardiovasculares, en la República Argentina, con participación de 48 centros, por período de 2 años, que comprendió desde el año 2020 hasta 2022.

Objetivos: Analizar el grupo poblacional de estudio, sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM Pura), con sus características descriptivas, complicaciones e indicadores de calidad de atención.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal con un enfoque descriptivo y analítico, en un grupo poblacional de 700 pacientes sometidos a cirugías de revascularización miocárdica (CRM pura), realizadas en 48 centros de la República Argentina, tanto de administración pública como privada, durante un período de 2 años, que comprendió desde 2020 hasta 2022, inclusive el periodo de pandemia de covid-19. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y quirúrgicos relevantes de estos pacientes con missing data menor del 5%. Las variables cualitativas se analizaron mediante proporciones, tablas de 2x2 y representación mediante gráficos de barras y torta porcentual. Las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de posición central y de dispersión.



Resultados: variables prequirúrgicas con 83,7 % sexo masculino y 16,7 % sexo femenino con una media de edad 64 ± 9 , Antecedentes de Diabetes 38%, Hipertensión arterial 81%, Tabaquismo 22%, dislipemia 64%, Insuficiencia cardiaca 10 %, Disfunción Ventricular 22 %, Infarto de miocardio previo 42%, Accidente Cerebrovascular 5%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 16%, Fragilidad 5%, Euroscore 2 con Mortalidad predicha de 1,3 %, Argenscore con mortalidad predicha 2,8%; Cirugía programada 70%, Cirugía urgencia 28%, Eventos Intraquirúrgicos uso de balón de contrapulsación 8,3%, Sangrado 4,3%. Tiempo de Circulación extracorpórea 91 ± 32 min, Tiempo de Clampeo Aortico 48 ± 33 min. Eventos postquirúrgicos, Sangrado 8,3%, Síndrome de bajo Volumen Minuto 12,3%, necesidad de Cardiotónicos 69,3%, Infarto de Miocardio periprocedimiento 3,3%, Fibrilación Auricular 21,3%, Insuficiencia Renal Agudizada 12,1%, Accidente Cerebrovascular 2,3%, Sepsis 4,7%, Mediastinitis 0,9%. Los resultados obtenidos muestran una mortalidad global del 6,9% (47 muertes /Missing Data 14 (2%)/Total Pac 700), de pacientes sometidos a CRM; con una mediana de días de internación de 6 (RIC 3-8).

Conclusiones: Los resultados actuales muestran una mortalidad elevada de 6,9% comparando con registros previos, pero al analizar los datos, se establecen mayor morbilidad de los pacientes de esta corte, como por ejemplo lesión severa de tronco coronario izquierdo, procedimientos no programados, Fragilidad, infartos previos como así también la influencia de la pandemia COVID- 19.

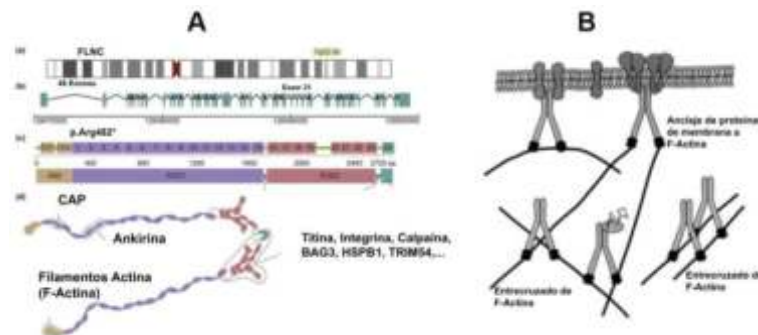
0251. MUERTE SUBITA Y TAQUICARDIA VENTRICULAR EN UNA FAMILIA CON MUTACION PATOGENICA DEL GEN FLNC (C.568C>T).

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Paola SETTEPASSI¹ | Hyun Sok YOO¹ | Jose Maria RODRIGUEZ² | Pablo Augusto FERNANDEZ¹ | Hugo Ariel GARRO¹ | Analia Gladys PAOLUCCI¹ | Mario Bruno PRINCIPATO¹ | Justo CARBAJALES¹

¹Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía; ²Instituto Médico de Alta Tecnología - IMAT

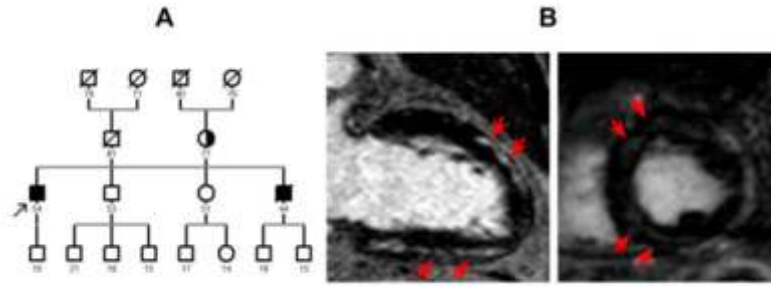
Introducción: La filamina C es una proteína de unión a actina codificada por el gen FLNC. Compuesta por 2725 aminoácidos (figura 1A), esta proteína forma un dímero en forma de "V" y es responsable de entrecruzar los filamentos de actina en las redes ortogonales del citoplasma y participa en el anclaje de las proteínas de membrana a la actina del citoesqueleto otorgando estabilidad estructural a las células del músculo cardíaco y esquelético (figura 1B). Las mutaciones de FLNC están asociadas a los fenotipos de miopatía miofibrilar y/o miocardiopatía hipertrófica o dilatada (MCPH y MCPD). Las MCPD debidas a las mutaciones de FLNC manifiestan un curso clínico maligno y alto riesgo de muerte súbita cardíaca (MSC).



Objetivos: Analizar las características clínicas y la segregación familiar de una variante patogénica del gen FLNC.

Materiales y Métodos: Se estudió una familia compuesta por 13 miembros con historia familiar de MSC y miocardiopatía dilatada. Todos fueron sometidos a estudios complementarios con electrocardiograma (ECG), eco-doppler cardíaco, holter de 24 horas, ergometría, resonancia magnética cardíaca (RMC), cinecoronariografía y un estudio genético mediante un secuenciador de ADN masivo con un panel de 168 genes relacionados a MS cardíaca.

Resultados: El probando es un hombre de 54 años con antecedentes familiares de MSC (abuelo materno a los 40 años mientras dormía y un hermano a los 44 años durante la práctica deportiva. Figura 2A). La autopsia molecular reveló que el hermano fallecido era portador de una variante patogénica nonsense del gen FLNC (c. 1444C>T; p.Arg482*). La RMC del probando mostró que el ventrículo izquierdo (VI) tenía un volumen de fin de diástole normal y de fin de sístole aumentado (104 mL). Hipocinesia global (FEY del VI 39%) y acinesia anterior medio apical. Se detectó realce tardío de gadolinio en los segmentos inferolateral basal medial - apical y anteroapical del VI (figura 2B). El Holter de 24 horas mostró >5000 extrasístoles ventriculares multiformes, aisladas y agrupadas de a duplas. Durante la ergometría, se desencadenaron arritmias ventriculares multiformes en duplas y corridas de taquicardia ventricular no sostenida. La cinecoronariografía no evidenció lesiones coronarias significativas. El estudio genético identificó la misma variante patogénica del gen FLNC (c.1444C>T) que



resulta en la síntesis de filamina C truncada (p.Arg482*) y predispone al daño estructural del miocardio y a la aparición de las taquiarritmias ventriculares potencialmente letales. Se instauró tratamiento con perindopril 5 mg, eplerenona 25 mg, carvedilol 3,125 mg c/12 horas, amiodarona 200 mg y dapagliflozina 10 mg. Un cardiodesfibrilador implantable fue indicado como medida de prevención primaria de MSC. A los 24 meses de seguimiento, no hubo evidencia de progresión de daño estructural ni de eventos arrítmicos graves (taquiarritmias ventriculares sostenidas y/o terapias antiarrítmicas de CDI). Trece miembros de la familia fueron sometidos al tamizaje. A 7 de ellos se realizó el estudio genético y se evidenció que sólo la madre del probando de 77 años fue identificada como portadora asintomática del genotipo.

Conclusiones: La mutación en el gen FLNC a menudo se asocia con una miocardiopatía dilatada hereditaria y arritmias ventriculares potencialmente letales aún en estadios iniciales de miocardiopatía dilatada. El estudio genético permite identificar a los portadores del genotipo e iniciar precozmente el seguimiento clínico, la estratificación del riesgo de MSC y la implementación de una terapia adecuada. Según el estudio de nuestra familia, la historia natural es incierta. La autopsia molecular en individuos que padecieron la MSC, en especial con una historia familiar similar, permite dilucidar la etiología genética de MSC familiar.

0253. INCIDENCIA DE EPISODIOS DE FRECUENCIA AURICULAR RÁPIDA EN PACIENTES CON DISPOSITIVO CARDÍACO IMPLANTABLE SIN FIBRILACIÓN AURICULAR CONOCIDA

Arritmias y Electrofisiología

Nicolás VECCHIO | Mariano LUMBRERAS | Marcelo BRIZIO | María de Las Mercedes SARRASIN | Rafael MARCIELLO | Patricia MACCARONE | Ramón Adolfo SUASNABAR

Clínica del Corazón Tandil

Introducción: Los episodios de frecuencia auricular rápida (AHRE) se asocian con mayor riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca y mortalidad cardiovascular. Sin embargo, la incidencia y características clínicas de los pacientes que desarrollan AHRE sin fibrilación auricular (FA) conocida no están reportadas en nuestra población.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia de AHRE en pacientes con dispositivos implantables cardíacos sin antecedentes conocidos de FA. También se analizaron las características clínicas de dicha población.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con implante de marcapasos, cardiodesfibrilador o resincronizador cardíaco que se realizaron control entre noviembre 2023 y abril 2024 en la Clínica del Corazón de Tandil. Se excluyeron aquellos con antecedentes de taquicardia, aleteo o fibrilación auricular previa, o con dispositivo unicameral. Se definió AHRE como frecuencia auricular > 180 lpm con una duración > 30 seg.

	Total (397 ptes)	AHRE (56 ptes)	No AHRE (341 ptes)	p
Edad (años)	73,7 (67-85)	75,2 (69-84)	70,4 (66-87)	.09
Sexo Masc.	227 (57,2%)	29 (50,6%)	201 (59,2%)	.31
HTA	218 (55%)	33 (59%)	174 (51%)	.37
DBT	36 (9,2%)	5 (8,4%)	32 (9,5%)	.55
ACV	12 (2,9%)	3 (5,3%)	9 (2,9%)	.1
Cardiopatía	116 (29,3%)	15 (26%)	107 (31,3%)	.46
Enf. Nodo Sinusal	145 (36,5%)	24 (43%)	120 (35,2%)	.31
ACO	12 (2,9%)	1 (1,9%)	11 (3,5%)	.34
CHADS2-VASC2	3 (2-4)	3 (3-5)	2 (2-4)	.01
Frac. Eyección	53% +- 12%	56% +- 10%	51% +- 15%	.42
Aur. Izquierda	24cm2 +- 2cm	24cm2 +- 2cm2	24cm2 +- 3cm2	.8

Resultados: Se incluyeron 636 pacientes. Se excluyeron 159 con dispositivo unicameral y 80 con taquiarritmia auricular previa. Se analizaron 397 ptes. El 81,3% (323 ptes) tenían marcapasos y el 18,7% (74 ptes) tenían CDI y/o TRC. La edad promedio fue 73,7 años y 57,2% eran hombres. La indicación más frecuente de implante de marcapasos fue el BAV completo (63.5%). Se registraron 56 ptes con AHRE (14,1%), con una duración promedio de 2h10min. Se observó un CHADS2-VASC2 significativamente más alto en ptes con AHRE. Se evidenció una tendencia no significativa a mayor edad y tasa de ACV previo en el grupo AHRE. Los tres pacientes con AHRE y ACV previo presentaban diagnóstico previo de enfermedad del nodo sinusal y no estaban anticoagulados.



Conclusiones: Se registró una incidencia del 14% de episodios de frecuencia auricular rápida en pacientes con dispositivos cardíacos implantables. Dichos pacientes tenían un CHADS2-VASC2 significativamente más alto. Se observó una tendencia no significativa a mayor tasa de ACV, lo que podría sugerir que estos pacientes tenían FA previa no diagnosticada como causa del stroke.

0254. PARTICIPACIÓN DE LOS RECEPTORES NICOTÍNICOS EN LA PROTECCIÓN VAGAL SOBRE EL REMODELADO Y LA FUNCIÓN VENTRICULAR POST-ISQUÉMICA

Investigación Básica

Verena Beatriz FRANCO RIVEROS¹ | Agustina FREIRE² | Beatriz Elena GONZALEZ PEÑA¹ | Maria Celina MORALES¹ | Pablo EVELSON² | Pablo Martin DONATO¹ | Ricardo Jorge GELPI¹ | Bruno BUCHHOLZ¹

Instituto de Fisiopatología Cardiovascular, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires¹; Instituto de Bioquímica y Medicina Molecular (UBA-CONICET) Facultad de Farmacia y Bioquímica UBA²

Introducción: La electroestimulación vagal preisquémica (EV) reduce el tamaño del infarto (TI) agudo de miocardio mediante vías similares al preconditionamiento isquémico. Se desconoce si esta modalidad de intervención es capaz de modificar la evolución crónica del infarto mejorando el remodelado y la FVI, si su efecto es independiente de la reducción del tamaño del infarto y si, participaría la vía nicotínica.

Objetivos: Estudiar los efectos y mecanismos de la EV pre isquémica sobre el remodelado y la FVI en un modelo experimental de infarto de miocardio.

Materiales y Métodos: Ratones FVB fueron sometidos a una isquemia miocárdica regional (I) durante 45min, seguido de 2h de reperusión (IR-2h) o 28 días de reperusión (IR-28d) o isquemia sin reperusión con 28 días de evolución (I-28d). Algunos ratones recibieron EV cervical derecha durante 10min antes de la I. Para determinar la participación de los receptores colinérgicos muscarínicos (RcM) y nicotínicos (RcN) se administró atropina (ATR) o metilicacitonina (MLA) durante o previo la EV, respectivamente. Se midió el TI con TTC en los grupos agudos. Se tomaron muestras miocárdicas para cuantificar citoquinas inflamatorias. Al final del protocolo crónico, se realizó cateterismo ventricular izquierdo (VI), ecocardiografía, y cortes histológicos coloreados con Sirius Red y PAS para estudiar del TI, hipertrofia, fibrosis ventricular.

Resultados: El TI medido luego de 2h de reperusión (R) se redujo significativamente con la EV, pasando de $66 \pm 2,7\%$ a $43 \pm 2,1\%$. La administración de ATR revirtió esta protección (TI: $62 \pm 2\%$) ($p < 0,001$ vs EV+IR-2h). Se observó una reducción significativa de TNF- α e IL-6 en la zona isquémica con EV vs. IR-2h. La EV mejoró la FVI luego de 28d de R, evidenciada por valores de PDFVI bajos (Sham-28d: $3 \pm 0,3$ mmHg; IR-28d: $5,6 \pm 0,4$ mmHg; EV+IR-28d: $3,8 \pm 0,5$ mmHg; $p < 0,01$), mayor FE (Sham-28d: $83,5 \pm 1,7\%$; IR-28d: $64,1 \pm 2,6\%$; EV+IR-28d: $71 \pm 3,3\%$; $p < 0,05$), y menor TRIV (Sham-28d: $19,2 \pm 0,3$; IR-28d: $26,5 \pm 1,2$; EV+IR-28d: $24,6 \pm 0,8$; $p < 0,05$). La ATR no revirtió los efectos protectores de la EV sobre la FVI (ATR-28d: $21,5 \pm 0,9$). La EV en los grupos de I sin R mejoró significativamente la FVI (PDFVI: I28d: $8,3 \pm 1$ mmHg; EV+I28d: $4,4 \pm 1$; $p < 0,05$; FE: I28d: $45,9 \pm 5$; EV+I28d: $72,2 \pm 1,5$; $p < 0,05$) sin cambios en el TI (I28d: $20 \pm 3\%$; EV+I28d: $18 \pm 2\%$). El bloqueo de los RcN con MLA revirtió la protección por EV sobre la FVI. La EV no tuvo efectos sobre la hipertrofia VI. Sin embargo, se observó una reducción significativa en el volumen de colágeno en la zona infartada (ZI) (IR-28d: $37,6 \pm 6,5\%$; EV+IR-28d: $19,7 \pm 3,5\%$; ATR+EV+IR-28d: $16,1 \pm 1,4$; $p < 0,05$) y en la zona remota (ZR) (IR-28d: $5,9 \pm 1,7\%$; EV+IR-28d: $2,75 \pm 1,4\%$; ATR+EV+IR-28d: $1,26 \pm 0,3$ $p < 0,05$) de los protocolos con reperusión. Un fenómeno similar fue encontrado en los experimentos sin R (ZI: I-28d: $80,2 \pm 5\%$; EV+I-28d: $62,6 \pm 5\%$; $p < 0,05$. ZR: I-28d: $3,2 \pm 0,7\%$; EV+I-28d: $0,8 \pm 0,2\%$). La protección sobre el remodelado de la matriz extracelular fue revertido en el grupo MLA+EV+I-28d (ZI: $79,2 \pm 1,6\%$ y ZR: $3,3 \pm 0,4\%$; $p < 0,01$ vs. EV+I-28d).

Conclusiones: La EV preisquémica reduce el TI agudo de miocardio mediante la activación colinérgica muscarínica, mejora la FVI a largo plazo, reduce la fibrosis en corazones isquémicos con o sin reperusión mediante la activación de la vía colinérgica nicotínica y de manera independientemente al TI.

0255. CAPACIDAD PREDICTIVA DE EVENTOS MEDIANTE EL ANÁLISIS CON REDES NEURONALES ARTIFICIALES DEL MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL EN COMPARACIÓN CON LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CLÍNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

Hipertensión Arterial / Medicina Digital e Inteligencia artificial

Federico DI GENNARO¹ | Maria Paula CATALANO¹ | Alejandro GARCIA AGUIRRE¹ | Maria Lilia FERNANDEZ¹ | Romina LLANOS¹ | Santiago PEREZ LLORET² | Claudio HIGA¹

Hospital Alemán¹; Universidad Católica Argentina - CONICET²

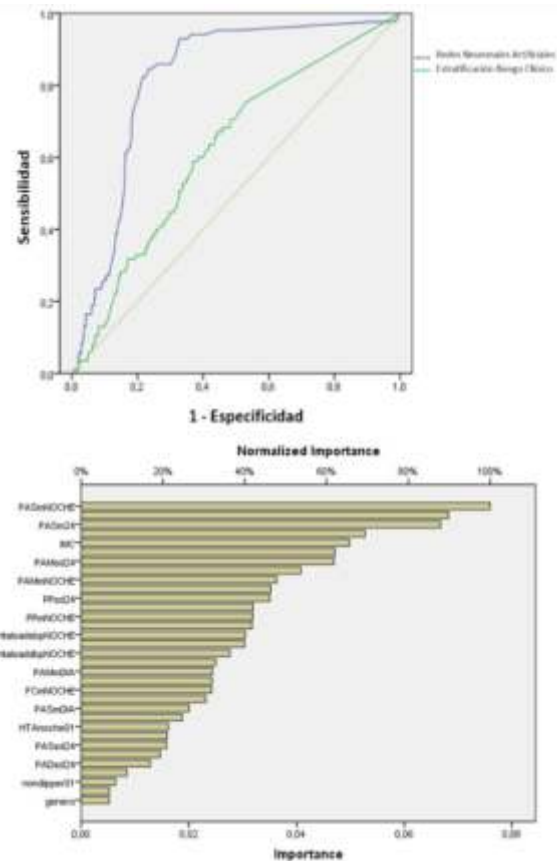
Introducción: No hay evidencia disponible hasta el momento sobre la comparación del valor predictivo de eventos graves en pacientes hipertensos mediante el análisis con redes neuronales artificiales (RNA) de las mediciones del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) versus la estratificación de riesgo clínica.

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de eventos mediante el análisis con redes neuronales artificiales del monitoreo ambulatorio de presión arterial en comparación con la estratificación de riesgo clínica en pacientes hipertensos.

Materiales y Métodos: Se analizaron estudios consecutivos de MAPA que incluyeron en total 27 mediciones de cada estudio: presión arterial media sistólica, diastólica, media, de pulso y frecuencia cardíaca de 24 hs; presiones medias y FC diurnas y nocturnas; desvíos estándar de presiones y FC; cargas hipertensivas diurna y nocturna; HTA diurna y nocturna; ritmo circadiano. La variable dependiente fue el punto final combinado de muerte, ACV, IAM, IC e IRC. Para la estratificación de riesgo clínico de cada paciente se utilizó como modelo el del Consenso Argentino de Hipertensión: factores de riesgo (FR), daño de órgano blanco (DOB) y condiciones clínicas asociadas (CCA). Se evaluaron la capacidad discriminativa del punto final con RNA-MAPA y la estratificación de riesgo por análisis de regresión logística a través del análisis del área bajo la curva ROC. Se compararon ambas áreas bajo la curva ROC mediante test de De Long. Para los análisis estadísticos y el modelaje de las RN se usó el programa SPSS 23.0 Statistics.

Resultados: Se analizaron en total la información de 491 estudios de MAPA; edad media de la población fue de 69 ± 14 años, 53 % eran mujeres, 11,6% diabéticos, 51% dislipémicos, IMC (media 26 ± 4) y 14,3% fumadores. La mediana del seguimiento fue de 6.6 años (IC 95% 4.5-8). El modelo de RNA con mejor capacidad predictiva fue el de Perceptrón Multicapa con una capa oculta. La PAS nocturna presentó una importancia normalizada independiente del 100% para la determinación del modelo. El Área bajo la curva ROC para el punto final mediante análisis con redes neuronales con variables del MAPA fue de 0.81 (IC 95% 0.77-0.90) mientras que para la estratificación de riesgo clínico fue de 0.67 (IC 95% 0.56-0.77) Test de De Long $p < 0.001$

Conclusiones: En el presente análisis se observó una mayor capacidad discriminativa de eventos mediante el análisis con RNA de variables del MAPA en comparación con la estratificación de riesgo clínico en pacientes hipertensos. Esta observación constituye una hipótesis de investigación a validar prospectivamente y con una mayor potencia de casos a fin de optimizar la estratificación de riesgo y el tratamiento de pacientes hipertensos.



0256. REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO CON PRÓTESIS MECÁNICAS VERSUS BIOLÓGICAS EN PACIENTES ENTRE 50 Y 70 AÑOS: ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE EVENTOS A LARGO PLAZO

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular / Valvulopatías

Juan Carlos ESPINOZA | Daniel NAVIA | Juan Mariano VRANCIC | Fernando PICCININI | Leandro CAGNONE | Leonardo SEOANE | Martín FASAN | Florencia CASTRO
ICBA

Introducción: Si bien el implante transcáteter de válvula aórtica se ha vuelto cada vez más popular como opción de tratamiento para la valvulopatía aórtica grave, el reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica sigue siendo el estándar de atención establecido, especialmente para los pacientes más jóvenes. No obstante, determinar el tipo de prótesis valvular más adecuado para este grupo demográfico puede presentar dificultades

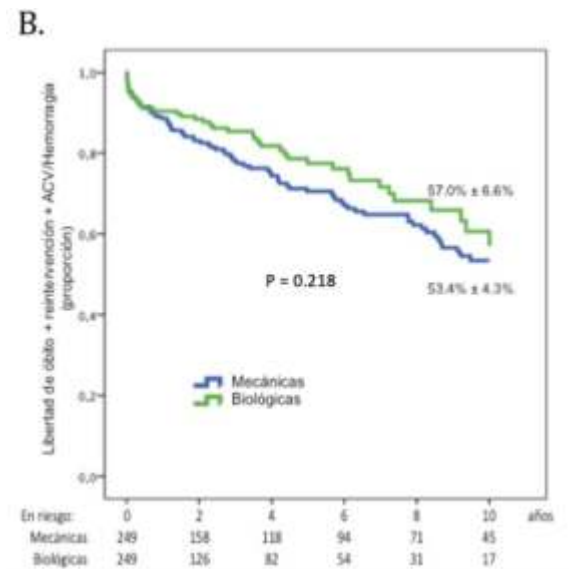
Objetivos: Evaluar la mortalidad global a 10 años, la necesidad de reintervención, la incidencia tardía de eventos relacionados con la anticoagulación del implante de prótesis biológicas versus mecánicas en pacientes entre 50 y 70 años.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo comparativo tipo casos y controles entre Marzo 2000-2017. Se incluyeron todos los pacientes entre 50 y 70 años sometidos al reemplazo valvular aórtico asociado o no a revascularización miocárdica concomitantemente (n=876). El grupo casos lo constituyeron aquellos pacientes que recibieron un implante biológico (Grupo Biológico n=365) mientras que los controles fueron los implantes mecánicos (Grupo Mecánicas n=511). Los pacientes del Grupo Biológicos fueron más añosos ($p < 0.001$), más hipertensos ($p = 0.04$) y más tabaquistas ($p = 0.02$). Se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) para ajustar por confundidores logrando una población comparable (n=498). Se estableció un nivel de significancia estadística como $p < 0.05$

Resultados: La tasa de supervivencia a 10 años fue significativamente mayor para el grupo mecánico (biológico versus mecánico: $75,1\% \pm 4,1\%$ versus $79,4 \pm 2,5\%$, $p = 0,04$), pero después de ajustar por factores de confusión significativos no hubo diferencias significativas ($70\% \pm 5,2\%$ vs $74,4\% \pm 3,8\%$, $p = 0,113$). En cuanto a la necesidad de reintervención, hubo un beneficio para el implante mecánico tanto para la población general ($85,6\% \pm 4,6\%$ vs $98,2\% \pm 0,8\%$, $p < 0,001$) como para la muestra ajustada por riesgo ($87,0\% \pm 5,5\%$ vs $98,9\% \pm 1,0\%$, $p < 0,001$). La libertad de eventos relacionados con la anticoagulación fue significativamente mayor para el grupo biológico (biológico versus mecánico: $92,8\% \pm 4,1\%$ versus $76,3 \pm 2,5\%$, $p = 0,04$), incluso después ajustar por factores de confusión ($93,3\% \pm 5,2\%$ vs $76,5\% \pm 3,6\%$, $p < 0,001$). Considerando un resultado compuesto a 10 años de libertad de reintervención y/o eventos relacionados con la anticoagulación, se observó un beneficio para la implantación biológica tanto para la población global ($79,4\% \pm 5,7\%$ vs $75,4\% \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) y para la muestra ajustada por riesgo ($80,8\% \pm 7,1\%$ vs. $75,3\% \pm 3,7\%$, $p = 0,002$). Por último, el resultado global

compuesto por supervivencia a 10 años, necesidad de reintervención y/o eventos relacionados con la anticoagulación, no se observó ningún beneficio significativo en favor de alguna de las dos prótesis ($57,0\% \pm 3,1\%$ frente a $53,4\% \pm 4,3\%$, $p = 0,131$); incluso después de ajustar por cofundadores ($57,0\% \pm 6,6\%$ vs. $53,4\% \pm 4,3\%$, $p = 0,218$, ver Figura).

Conclusiones: El implante de válvula aórtica biológica se asoció con una mayor necesidad de reoperación (~15% a los 10 años de seguimiento), mientras que las prótesis mecánicas con una mayor incidencia de eventos relacionados con la anticoagulación pero con una supervivencia similar a los 10 años de seguimiento en pacientes entre 50 y 70 años.



0257. ¿ES EL ALTA TEMPRANA UN PREDICTOR INDEPENDIENTE DE RE INTERNACIÓN A 30 DÍAS LUEGO DE CIRUGÍA CARDÍACA?

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Juan Carlos ESPINOZA | Fernando PICCININI | Juan Mariano VRANCIC | Leandro CAGNONE | Leonardo SUAREZ | Leonardo SEOANE | Daniel NAVIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Existe controversia acerca de la relación entre la estadía hospitalaria corta (< 7 días) y la mayor tasa de reinternación dentro de los primeros 30 días post-cirugía cardíaca.

Objetivos: Evaluar si el alta temprana se asocia con mayor reinternación luego de una cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo comparativo tipo casos y controles ($n = 1490$) en un único centro. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en forma consecutiva, estratificándolos según tuvieran estadía hospitalaria < 7 días (Grupo Casos, $n = 1085$) o ≥ 7 días (Grupo Control, $n = 405$). El punto final primario fue la tasa de reinternación a 30 días. Aquellos con estadía hospitalaria corta eran más propensos a ser mujeres ($p < 0,001$), a ser más jóvenes ($p = 0,02$), a tener menor patología renal previa ($p < 0,001$), menor frecuencia de deterioro moderado/severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo ($p < 0,001$) y a recibir una cirugía electiva ($p < 0,001$) sin circulación extracorpórea ($p < 0,001$). Por este motivo, se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) logrando una muestra comparable ($n = 740$). Se estableció un nivel de significancia estadística como $p < 0,05$.

Resultados: La tasa de reinternación global fue de 7.6%. En la población global la estadía hospitalaria corta se asoció con menor tasa de reinternación (Grupo Casos vs Controles: 6.5% vs 10.4%, $p = 0,013$); pero luego de ajustar por importantes confundidores no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (10.0% vs 10.3%, $p = 0,903$). En el análisis multivariado la estadía hospitalaria corta no fue un predictor independiente de reinternación a 30 días ($p = 0,9$)

Conclusiones: La estadía hospitalaria corta (< 7 días) no se asocia con mayor tasa de reinternación a 30 días luego de una cirugía cardíaca.

0258. ¿ES SEGURO EXTUBAR A LOS PACIENTES EN QUIRÓFANO LUEGO DE UNA CIRUGÍA CARDIACA VALVULAR?

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Alberto DORSA | Juan Carlos ESPINOZA | Adriana ROSSI | Solange BONAZZI | Bernardo LUPIANEZ | Juan Mariano VRANCIC | Fernando PICCININI | Daniel NAVIA
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Objetivos: Comparar la morbi-mortalidad a 30 días entre los pacientes que se extuban en quirófano versus aquellos que lo hacen en la unidad de cuidados críticos en pacientes sometidos a una cirugía valvular cardíaca.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo comparativo tipo casos y controles, entre Enero 2010-2023 (n= 1027) en un único centro y único anestesiólogo. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía valvular cardíaca en forma consecutiva, estratificándolos según el momento en el que fueron extubados en quirófano (Grupo Casos, n = 387) o en la unidad de cuidados críticos (Grupo Control, n=660). Se incluyeron cirugías electivas y urgencias, así como cirugías doble valvulares y combinadas. El punto final primario fue mortalidad, ACV, diálisis, mediastinitis, necesidad de ARM > 48h y estadia hospitalaria. Aquellos que fueron extubados en quirófano era significativamente más jóvenes, mayor proporción de cirugías electivas, con menos antecedentes de IAM previo, ATC previa, cirugía cardíaca previa, y menor frecuencia de vasculopatía periférica, anemia previa, diabetes, tabaquismo, dislipemia, e hipertensión arterial ($p < 0,001$). Por este motivo, se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) logrando una muestra comparable (n=578). Se estableció un nivel de significancia estadística como $p < 0,05$.

Resultados: La mortalidad fue 1.9% sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.128$). Tampoco se observaron diferencias en cuando incidencia de ACV ($p=0.563$), ni de diálisis ($p=0.412$), ni de mediastinitis ($p=0.316$). Se observó un beneficio a favor de la extubación en quirófano en relación a la necesidad de ARM > 48h (4.5% vs 1.4%, $p=0.02$) y en cuanto a la estadia hospitalaria (10.6 días (14.7) vs 7.5 días (6.2), $p=0.002$).

Conclusiones: La extubación en quirófano luego de una cirugía cardíaca valvular es segura en cuanto a morbi-mortalidad y se asocia a menor necesidad de ARM prologado y a menor estadia hospitalaria global, incluso en pacientes sometidos a cirugía de urgencia y con compromiso de más de una válvula.

0259. SCORE LOGÍSTICO PARA PREDECIR INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POSTOPERATORIA LUEGO DE UNA CIRUGÍA CARDÍACA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

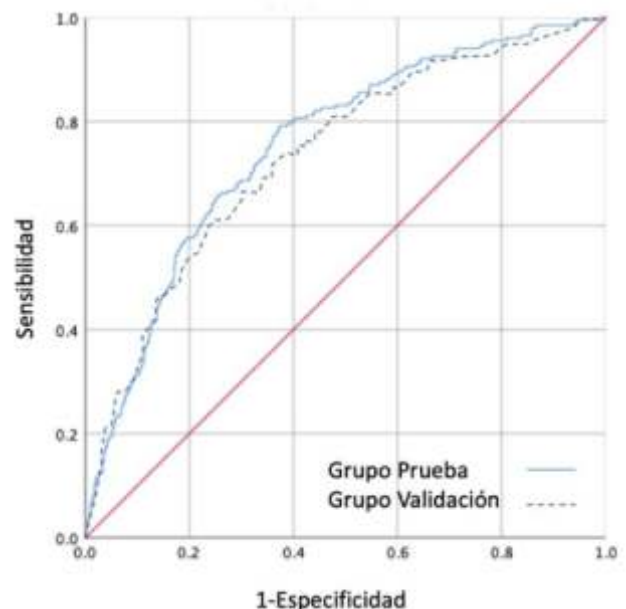
Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

Juan Carlos ESPINOZA | Juan Mariano VRANCIC | Fernando PICCININI | Leonardo SEOANE | Lucas Leonardo SUAREZ | Leandro CAGNONE | Mariano BENZADON | Daniel NAVIA
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) después de una cirugía cardíaca se asocia con una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias, aumento de la mortalidad hospitalaria, de la estadia hospitalaria, también el costo de las hospitalizaciones e incluso la mortalidad a largo plazo. Los esfuerzos para minimizar su incidencia son necesarios e incluyen reducir el uso de la circulación extracorpórea (CEC). Data proveniente de ensayos clínicos aleatorizados sugieren que la incidencia de IRA es alrededor del 28% incluso cuando la cirugía es sin CEC. Por este motivo es que existe la necesidad de identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de padecer IRA después de la cirugía cardíaca específicamente diseñado en una población sin CEC.

Objetivos: Desarrollar y validar un sistema de puntuación (score) clínico para predecir IRA luego de la cirugía cardíaca sin CEC

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de datos obtenidos de forma prospectiva durante un período de 20 años (2004-2024) de todos los pacientes sometidos a cirugía de revascularización sin CEC en un centro de referencia (n = 6.725). Después de excluir a los pacientes con insuficiencia renal crónica (n = 393) la muestra se dividió en dos. El sistema de puntuación (Score) fue desarrollado en una sub-muestra de aproximadamente 50% seleccionados al azar (Grupo Prueba, n =



3.187) y luego validada en el 50% restante de la muestra original (Grupo Validar, n = 3.145). Para seleccionar las variables a incluir en el sistema de puntuación, hemos ajustado un modelo de regresión logística paso a paso (forward stepwise) para IRA posoperatoria. Los predictores seleccionados fueron incluidos en el modelo luego de un análisis de resamplio x 1000 del Grupo Prueba (Bootstrap). La eficacia en la predicción se comparó mediante el área bajo la curva ROC (receiver operating characteristic).

Tabla 4. Categorías de riesgo según el score

	Grupo Prueba (n=3.187)			Grupo Validación (n=3.145)	
	n	Frecuencia (%)	Intervalo de confianza 95%	n	Frecuencia (%)
Riesgo bajo	17	1,6%	0,9% - 2,5%	18	1,6%
Riesgo intermedio	47	4,3%	3,3% - 5,8%	49	4,6%
Riesgo alto	137	13,3%	11,4% - 15,6%	115	11,8%

Resultados: La frecuencia global observada de insuficiencia renal aguda postoperatoria en toda la muestra fue del 6,7% siendo no diferente entre ambos grupos (7,0% vs 6,5%, p=0,414). La probabilidad predicha resultante de tener IRA posoperatoria estuvo comprendida entre un mínimo de 0,04% a un máximo de 90,6%. Las variables incluidas en el modelo predictivo final fueron: edad, cirugía de urgencia, peso, y dislipemia. El área bajo la curva ROC en el Grupo Prueba fue 0,753 (IC 95% 0,719 - 0,787) y fue similar al del Grupo Validación 0,735 (IC 95% 0,698 - 0,773). La probabilidad predicha se estratificó en terciles para determinar 3 niveles de puntuación y de riesgo (bajo, intermedio y alto, ver tabla). La frecuencia de IRA posoperatoria 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 IRA posoperatoria luego de una cirugía coronaria sin CEC y lo valida en una población comparable, lo que puede ayudar a la planificación de futuras intervenciones para intentar prevenir la IRA postoperatoria.

0261. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

Cardiología del ejercicio

Lucia Victoria CAMPOS CERVERA | Laura Elena VITAGLIANO | Tabatha RIVAS GIOVANNINI | Luciano Raul ACUÑA | Gabriela TRICERRI | Cecilia ZEBALLOS | Hugo Daniel SANABRIA

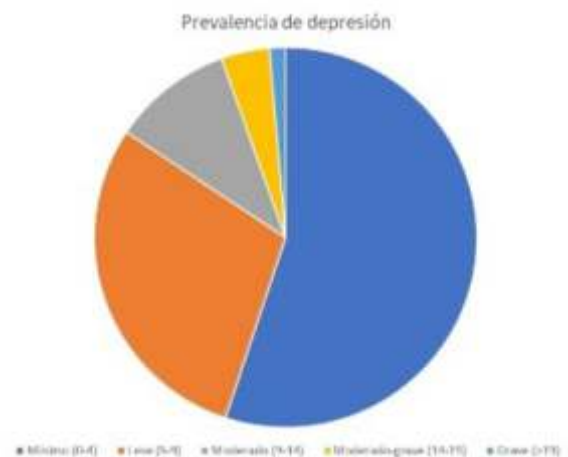
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Dentro de las causas más comunes de discapacidad en los países desarrollados se encuentran la enfermedad cardiovascular y la depresión. Existe además una relación entre ambas entidades donde la depresión aumenta la incidencia de eventos cardiovasculares y empeora el pronóstico de los pacientes que ya presentaron un evento. Dicha afectación está reportada en un 15 a 20% de los pacientes con enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de depresión en los pacientes que ingresan al servicio de rehabilitación cardiovascular de un único centro y la relación de dicho parámetro con la estimación de salud global evaluada con el cuestionario SF-36, la sarcopenia y fragilidad (evaluadas mediante la fuerza de agarre manual "hand-grip").

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de pacientes consecutivos que ingresaban al servicio de rehabilitación cardiovascular de un único centro en la ciudad de Buenos Aires. Se evaluó la depresión mediante el cuestionario PHQ-9 que clasifica la gravedad de los síntomas en 5 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave). Se consideraron depresivos a los pacientes con 5 o más en el cuestionario de PHQ-9. Se les realizó además el cuestionario SF-36 para evaluar la salud global y la fuerza de agarre manual "hand-grip" como estimador de fragilidad. Este último parámetro se evaluó con un dinamómetro marca CamryEN101 en ambas manos mientras el paciente realizaba la fuerza de prensión máxima.

Resultados: Se evaluaron 230 pacientes en el período comprendido entre noviembre de 2023 y abril de 2024. Se obtuvieron datos de depresión de 147 pacientes (63%). Del total de los pacientes, 75.5% eran hombres y la mediana de edad fue de 65 años (IQR 54-75). Dentro de las afectaciones cardiovasculares la enfermedad coronaria fue la más frecuente (n=107, 72%) seguida por insuficiencia cardíaca (n=40 27%). La prevalencia de depresión fue de un 44.8% (n=66). La depresión fue considerada como



leve en un 29% (n=43), moderada 10% (n=15), moderada-grave 4% (n=6) y grave 1.3% (n=2). No se asoció a patologías específicas ni a factores de riesgo cardiovascular. La presencia de depresión se encontraba íntimamente vinculado a peores resultados en todas las esferas del cuestionario SF-36, incluyendo salud global (p < 0.001). Cuando analizamos según gravedad de depresión, entre más grave era, peores resultados presentaban en el cuestionario. Otro hallazgo importante fue que los pacientes con depresión presentaban una reducción del hand grip de más del 10% (63.52lb vs 73.4lb mano derecha y 60lb vs 69lb mano izquierda) (p < 0.05) como un estimador de fragilidad en nuestros pacientes.

	Mínima (3-4)	Leve (5-6)	Moderada (7-14)	Moderado-grave/grave (>14)	p
n	81	43	15	8	
Sexo masculino n (%)	65 (80.2)	29 (67.4)	11 (73.3)	6 (75)	0.490
Hipertensión arterial n (%)	48 (62.8)	24 (55.8)	10 (66.7)	3 (37.5)	0.470
Diabetes n (%)	21 (26.9)	11 (25.6)	4 (26.7)	1 (12.5)	0.890
Dialipemia n (%)	50 (64.1)	36 (89.8)	10 (66.7)	5 (62.5)	0.931
Taliplegia n (%)	32 (39)	17 (39)	6 (40)	5 (62.5)	0.205
Cardiopatía isquémica n (%)	59 (72)	33 (76.7)	9 (60)	6 (75)	0.216
Insuficiencia cardíaca n (%)	19 (23)	13 (31)	6 (40)	2 (25)	0.773
Función física media (DS)	61.79 (25.64)	67.91 (20.54)	53.67 (24.32)	66.89 (23.59)	<0.001
Limitación salud media (DS)	71.60 (38.68)	63.37 (43.76)	36.33 (44.19)	56.25 (49.55)	0.037
Limitación emocional media (DS)	89.72 (25.16)	72.05 (36.38)	31.13 (42.79)	16.62 (25.23)	<0.001
Energía/fatiga media (DS)	64.51 (24.42)	53.49 (34.92)	31.50 (38.44)	25.62 (32.37)	<0.001
Barreras emocionales media (DS)	77.76 (33.81)	64.84 (33.88)	46.27 (38.87)	34.50 (34.49)	<0.001
Función social media (DS)	87.96 (27.99)	71.67 (22.32)	57.73 (20.46)	51.88 (31.43)	<0.001
Dolor media (DS)	80.36 (21.14)	70.98 (21.28)	62.67 (38.31)	68.86 (33.43)	0.009
Salud general media (DS)	59.43 (24.25)	47.91 (17.84)	43.00 (30.49)	38.12 (37.72)	<0.001

Conclusiones: La depresión es una entidad muy prevalente dentro de los pacientes con enfermedades cardiovasculares por lo cual es importante realizar una pesquisa de la misma para poder tratarla de manera oportuna. Por otro lado esta entidad se encontraba relacionada con menor salud global y con la fragilidad estimada a través del hand grip.

0263. EFECTOS CARDIOVASCULARES DE LA SUPLEMENTACIÓN DIETARIA DE ZINC EN EL SÍNDROME METABÓLICO

Investigación Básica

Juana DOMINGUEZ₁ | Agustina MEDINA₁ | Rosana ELESGARAY₁ | Carolina Cecilia CANIFFI₁ | Timoteo MARCHINI₂ | Dennis WOLF₂ |
Cristina Teresa ARRANZI₁ | Analía TOMATI₁

Cátedra de Fisiología, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires₁; Vascular Immunology Lab, Department of Cardiology and Angiology, University Hospital Freiburg;

Introducción: Existe una estrecha relación entre el síndrome metabólico y el zinc. Los pacientes obesos y diabéticos presentan menores niveles séricos de zinc, y a su vez la deficiencia de zinc se asocia con alteraciones cardiovasculares y metabólicas.

Objetivos: Evaluar los efectos de la suplementación postnatal de zinc, sobre la presión arterial sistólica (PAS), la morfología del corazón, de la aorta torácica y del tejido adiposo periaórtico marrón (TApA), en ratas Wistar macho alimentadas con una dieta alta en grasa y fructosa durante el crecimiento postdestete.

Materiales y Métodos: Ratas Wistar machos recibieron desde el destete (21 días) hasta los 81 días: dieta control (CC, Zinc: 30 ppm), dieta alta en grasa (CGF; Calorías grasa de cerdo: 60%, Zinc: 30 ppm) y fructosa al 10% en el agua de bebida o una dieta alta en grasa suplementada en zinc (ZGF; Calorías grasa: 60%, Zinc: 190 ppm) y fructosa al 10% en el agua de bebida. Al día 81, se determinó: peso corporal, PAS, área de miocitos del ventrículo izquierdo, cambios morfológicos en las arterias coronarias y la aorta, y expresión de UCP-1 en adipocitos marrones del TApA por inmunohistoquímica. Estadística: ANOVA 1 Factor. Bonferroni: *p < 0,01 vs CC; &p < 0,01 vs CGF. N = 6 por grupo. Media ± error estándar.

Resultados: Respecto a CC, CGF presentó un aumento del peso corporal y de la PAS; mayores áreas de los miocitos, de la relación área de la capa media/área luz de arterias coronarias y del área de colágeno perivascular/área luz de arterias coronarias y aorta; menor marcación positiva para UCP-1 en el TApA. ZGF mostró disminución del peso corporal y la PAS, menores áreas de colágeno en las arterias coronarias y la aorta y mayor marcación positiva para UCP-1 en el TApA, respecto a CGF.

Conclusiones: La suplementación de zinc durante el crecimiento reduce los efectos presores y atenúa la hipertrofia de los miocitos, el depósito de colágeno perivascular y el blanqueamiento del TApA inducidos por dietas ricas en grasa y fructosa

	CC	CGF	ZGF
Peso corporal (g)	460 ± 11	505 ± 7*	472 ± 88.
PAS (mmHg)	133 ± 2	159 ± 2*	144 ± 1*, &
Área de miocitos (8*956;µm ²)	352 ± 28	469 ± 19*	340 ± 188.
Capa media/ luz de arterias coronarias	1,17 ± 0,08	1,53 ± 0,11*	1,35 ± 0,07
Colágeno perivascular / luz de arterias coronarias	0,78 ± 0,06	1,10 ± 0,09*	0,73 ± 0,06&
Capa media/ luz de Aorta	0,25 ± 0,01	0,27 ± 0,01	0,25 ± 0,01
Colágeno perivascular/ luz de Aorta	0,20 ± 0,01	0,25 ± 0,01*	0,19 ± 0,01&
Área positiva UCP-1/área total del TApA	0,49 ± 0,02	0,27 ± 0,03*	0,40 ± 0,03&

0264. EVOLUCIÓN DEL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN SUJETOS CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar

Marco Antonio CEVALLOS | Ezequiel José ZAIDEL | Darwin Steve OROZCO CEDEÑO | Julio Leandro BOBADILLA | Damián Jesús MALANO | Marina Raquel PÉREZ BEC | Camila Yazmin MEZA | Horacio Germán CESTARI

Sanatorio Güemes

Introducción: Los anticoagulantes orales directos (ACOD) han demostrado seguridad y eficacia en la tromboembolia pulmonar (TEP), sin embargo existen diversas barreras para la implementación de nuevas terapéuticas en nuestro medio.

Objetivos: Describir la tasa de uso de ACOD al egreso de una hospitalización por TEP y analizar si existió un incremento en su uso en los últimos años

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de la base de datos del registro continuo de TEP de un centro de alta complejidad en Buenos Aires. Se analizaron las características basales de la población y la tasa de uso de ACOD, estratificado por tipo de ACOD y año de prescripción. Se utilizó estadística descriptiva y comparativa convencional, y chi2 de tendencias.



Resultados: De un total de 249 pacientes, 52 se excluyeron porque fallecieron durante el evento índice, y 2 se excluyeron porque recibieron filtro de vena cava sin anticoagulación, y 37 egresaron con heparinas, permaneciendo 158 sujetos para el análisis. La población tenía una edad media de 69 (+/- 13) años y 63% eran de sexo femenino. Se observó un incremento tendencial no significativo del uso de ACOD (tabla 1) siendo 57.6% en 2016-17 y 70.3% hacia 2022-23 (chi2 de tendencias 2.0134 p=0.57). Se observó un cambio en la elección del tipo de ACOD en diferentes períodos, siendo el preponderante apixabán en los últimos 2 años.

Conclusiones: Conclusiones El incremento tendencial en la tasa de indicación de ACOD al egreso de una hospitalización por TEP fue no significativo en este registro. Diversos determinantes médicos y económicos (pandemia COVID-19, disponibilidad de genéricos y de antidotos, situación económica de los pacientes) deben evaluarse para comprender las causas de su implementación incompleta.

0265. CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA: EVOLUCIÓN A 30 DÍAS Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Arritmias y Electrofisiología

Juan Manuel PÉREZ | María Florencia PEREZ | Carlos FAVA | Gustavo Alejandro LEV | Pablo LAMELAS | Gaston Manuel HEREDIA SERENO | Silvina GOMEZ | Oscar Alfredo MENDIZ

Fundación Favaloro

Introducción: La FA es un factor de riesgo independiente de ACV, muerte, embolia, insuficiencia cardíaca y sangrado especialmente en pacientes añosos. El cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda (OAI) es una alternativa válida en los pacientes de alto riesgo para evitar la anticoagulación y los riesgos de la misma.

Objetivos: Analizar los resultados del cierre percutáneo de la OAI y su evolución a mediano plazo en nuestra Institución.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 25 pacientes consecutivos que se realizaron de forma programada el cierre percutáneo de OAI entre Junio de 2011 hasta Abril de 2024. Se definió Éxito Técnico (ET) al implante correcto del dispositivo en ausencia de leak <5 mm, y Éxito Clínico (EC) al ET en ausencia de complicaciones mayores (ACV, muerte, IAM, re intervención y cirugía de urgencia).

Resultados: La edad media fue de 75 ± 11 años, 17 hombres. 18 pacientes con hipertensión arterial, 15 con dislipemia, 4 con diabetes, 7 con ACV previo, 9 con enfermedad coronaria, 8 con deterioro de la función renal y 17 con antecedente de sangrado mayor. La FA fue en 14 pacientes permanente, en 8 paroxística, y en 1 persistente. El CHA2DS2-VASc fue de 4, 12 ± 1,80, y el HAS-BLED de 3, 29 ± 1,23. Solo 7 estaban bajo ACO. La variante frecuente fue la Windsock en 24 pacientes y en uno la Cactus. El diámetro auricular izquierdo fue de 48,5 ± 7, 16 mm; el orificio de OAI 18,5 ± 4,24 mm; la profundidad de OAI de 27,8 ± 10,15 mm. El diámetro del dispositivo implantado fue de 25

$\pm 5,91$ mm. El ET y el EC fue en 24 pacientes (en uno no fue factible el implante del dispositivo). Ningún paciente presentó ACV, muerte, IAM o cirugía de urgencia, y tampoco hubo embolización del dispositivo, complicación vascular o sangrado mayor. Un paciente presentó derrame pericárdico leve, sin compromiso cavidades. Al alta 6 pacientes recibieron ACO, 7 con DAPT y 9 con SAPT. El seguimiento se realizó en todos los pacientes a $11 \pm 31,7$ meses. 5 pacientes fallecieron (tres de ellos de causa cardiovascular), y ninguno presentó ACV, IAM, embolización del dispositivo, re intervención o cirugía cardíaca. Se realizó eco-Doppler o angiotomografía cardíaca de control a los 30 días sin evidencias de leak > 5 mm.

Conclusiones: En esta serie de un solo Centro, el cierre percutáneo de la OAI fue factible y seguro, sin presentar complicaciones mayores a 30 días y con buenos resultados en el seguimiento a mediano plazo.

0266. TRATAMIENTO DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA EN EL IMPLANTE DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA: EVOLUCIÓN A 30 DÍAS Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Medicina Vascular

Juan Manuel PÉREZ | Franco Augusto ANDREOLI DURANTI | Gustavo Alejandro LEV | Carlos FAVA | Gaston Manuel HEREDIA SERENO | Pablo LAMELAS | Joaquin Hernan CEDEÑO MUÑOZ | Oscar Alfredo MENDIZ

Fundación Favalaro

Introducción: Un tercio de los pacientes con aneurisma de aorta abdominal presentan compromiso de la arteria hipogástrica, lo que genera un desafío importante su resolución por vía endovascular. Actualmente no está del todo aclarado cuál es la mejor estrategia en este escenario.

Objetivos: Analizar el implante de las endoprótesis con compromiso de la arteria hipogástrica y su evolución a 12 meses.

Materiales y Métodos: Desde enero 2016 a abril del 2024 se realizaron 289 implantes de endoprótesis de aorta abdominal, de las cuales 51 (15,04%) presentaban compromiso de la arteria hipogástrica. Se definió Éxito del Técnico (ET) al correcto implante de la endoprótesis en ausencia de leaks y Éxito Clínico (EC) al ET en ausencia de complicaciones mayores, muerte, infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV), cirugía de urgencia y reintervención. La arteria hipogástrica se embolizó mediante el implante de coils o plug, extendiendo la endoprótesis a la arteria ilíaca externa; mientras que en otros pacientes se conservó con rama ilíaca bifurcada.

Resultados: La edad media fue de $72,54 \pm 7,3$ años, 49 hombres, 38 hipertensos, 21 dislipémicos; 7 diabéticos, 8 tabaquistas, 23 ex tabaquistas, 5 IAM previo, 6 angioplastia previa, 3 cirugía de revascularización miocárdica previa, 8 insuficientes renales. Se utilizó cierre percutáneo en 42 pacientes, 9 pacientes con cierre quirúrgico. 8 pacientes presentaron compromiso bilateral de la arteria hipogástrica. En todos los pacientes se realizó implante de una rama ilíaca bifurcada y embolización de la contralateral, seis de ellos con coils y 2 con plug. De los 43 pacientes con compromiso unilateral, la técnica utilizada fue endoprótesis bifurcada en 11 pacientes, coils en 23 y plug en 10 pacientes (en uno de ellos se realizó la embolización con coils y un plug). A 30 días el ET y el EC fue total en todos los pacientes y ningún paciente presentó muerte, IAM, ACV o cirugía de urgencia o reintervención. Cuatro pacientes que se utilizó cierre percutáneo presentaron complicaciones vasculares (2 recibieron stents forrados y 2 cierre quirúrgico) y un paciente con acceso quirúrgico presentó endarteritis que resolvió con antibióticos. A año de seguimiento ningún paciente presentó mortalidad, IAM, ACV, isquemia medular o isquemia intestinal. La presencia de endoleaks a 6 meses fue en 11 pacientes y solo uno requirió reintervención. A los 12 meses ningún paciente presentó endoleak.

Conclusiones: En esta serie de un solo centro, el tratamiento de la arteria hipogástrica en el implante de endoprótesis resultó ser factible y segura con una buena evolución a 12 meses. Son necesarios estudios de mayor envergadura para conocer cual es el mejor tratamiento de esta enfermedad.

0267. RENDIMIENTO DE UNA SCORE MULTIPLICADOR DE PERCENTILO 99 DE TROPONINA PARA PREDECIR EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS Y MORTALIDAD A 1 AÑO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

Sol KERSTEN | Alan Rodrigo SIGAL | Mirza RIVERO | Juan Francisco FURMENTO | Mayra MEZA | Ana SPACCAVENTO | Gaston PROCOPIO

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica "Dr. Rafael Bullrich"

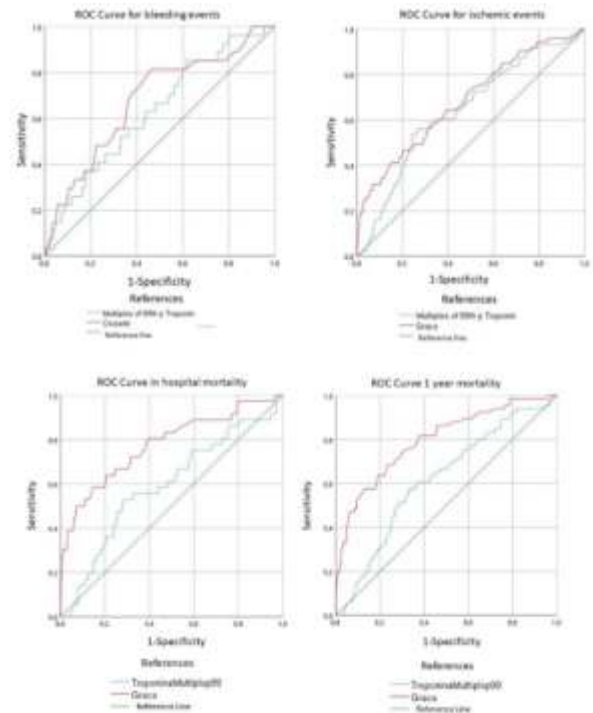
Introducción: En la actualidad, la mayoría de los centros médicos utilizan la troponina de alta sensibilidad para evaluar a los pacientes que presentan dolor torácico. Sin embargo, existen variaciones entre ensayos y fabricantes (I o T), cada uno con distintos puntos de corte y percentiles. En consecuencia, la armonización de los valores de troponina para la evaluación en registros multicéntricos plantea dificultades, lo que impide su eficacia como herramienta predictiva de eventos adversos en los síndromes coronarios agudos.

Objetivos: Evaluar el rendimiento de un score calculado como múltiplos del percentil 99 de los valores de troponina en SCA, para predecir la mortalidad intrahospitalaria y al año, y los eventos isquémicos (infarto de miocardio, en trombosis de stent, ictus/TIA o angina post IM) y hemorrágicos (BARC 2 o superior) intrahospitalarios.

Materiales y Métodos: Analizamos un registro multicéntrico argentino recopilado prospectivamente llamado RESCAR, que incluía a todos los pacientes con SCA (con o sin elevación del segmento ST). El registro documentó todos los acontecimientos adversos intrahospitalarios junto con las incidencias durante un período de seguimiento de un año. Evaluamos la eficacia de nuestro sistema de puntuación utilizando múltiplos del percentil 99 de troponina para predecir los acontecimientos isquémicos y hemorrágicos intrahospitalarios, en comparación con las puntuaciones CRUSADE y GRACE, empleando el área bajo la curva ROC. Además, se evaluó la capacidad de la puntuación para predecir la mortalidad total en el periodo de seguimiento de un año, comparándola con la puntuación GRACE.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 983 pacientes. 291 tenían una prueba de troponina I (29,6%), 626 una prueba de troponina T (63,6%), mientras que se perdieron 66 valores (6,8%). El 75,3% eran varones, el 68,1% hipertensos, el 25,9% diabéticos y el 25,4% tenían un síndrome coronario agudo previo. La edad media fue de 64,8 (IC 95%: 64-65,7), la fracción de eyección de 51,1 (IC 95%: 50,2-52), la puntuación GRACE de 131,2 (IC 95%: 128,8-133,6) y la puntuación CRUSADE de 24,7 (IC 95%: 23,7-24,7). 38 pacientes fallecieron durante la hospitalización (3,9%), y un total de 71 fallecieron al año de seguimiento (7,2%). 81 pacientes (8,2%) tuvieron una complicación isquémica en la hospitalización índice, y 29 (2,9%) una hemorrágica. La mediana de la puntuación del multiplicador del percentil 99 fue de 5,4 (IQR 1,2-48,2). El rendimiento de la puntuación para predecir eventos isquémicos hospitalarios, utilizando el área bajo la curva ROC fue de 0,64 (0,57-0,71), mientras que la puntuación GRACE tuvo un valor de 0,67 (0,61-0,75) ($p=0,5$). Para los eventos hemorrágicos, el área fue de 0,63 (0,53-0,73), frente a 0,67 (0,57-0,78) con la puntuación CRUSADE ($p=0,5$). Al comparar el rendimiento de la mortalidad hospitalaria, nuestra puntuación obtuvo una curva ROC de 0,59 (0,49-0,68), mientras que la de GRACE fue de 0,77 (0,68-0,86) ($p=0,005$). Para la mortalidad total en el seguimiento, nuestra puntuación tuvo una curva ROC de 0,62 (0,55-0,69), frente a 0,79 (0,73-0,85) con GRACE ($p<0,01$).

Conclusiones: Esta novedosa puntuación es fácil de usar, puede ayudar a unificar diferentes valores de troponina de diferentes centros y tiene un rendimiento comparable a GRACE y CRUSADE para la predicción de eventos isquémicos y hemorrágicos intrahospitalarios. Sin embargo, la capacidad de la puntuación para predecir la mortalidad tanto en el hospital como en el seguimiento no es tan precisa como la de otras herramientas disponibles.



0269. ESTUDIO GENÉTICO DE PACIENTES ARGENTINOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIANTE SECUENCIACIÓN DEL EXOMA COMPLETO

Investigación Básica

María Belén FONTECHA₁ | María Del Rosario ANADÓN₁ | Martín LEDESMA₁ | Liliana Ethel FAVALORO₂ | Graciela TUHAY₂ | Jorge CÁNEVA₂ | Juan A. MAZZEI₃ | Ariela FUNDIA FUNDIA₁

IMEX, CONICET-ANM₁; Fundación Favaloro₂; Academia Nacional De Medicina De Buenos Aires₃

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad cardiopulmonar multifactorial compleja, con alta heterogeneidad genética. Actualmente el Panel de Expertos en Genética de la Hipertensión Pulmonar (PH-GCEP) recomienda analizar 26 genes asociados a HAP, siendo más frecuente encontrar alteraciones inactivantes en el gen BMPR2. A pesar de la importancia actual de la genética en esta enfermedad, aún no se ha investigado el perfil mutacional de los pacientes argentinos.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue identificar las variantes genéticas en un grupo de pacientes con enfermedad idiopática (HAPI) y hereditaria (HAPH) a fin de conocer la arquitectura genética de la HAP en una muestra de la población argentina.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 21 pacientes con HAPI o HAPH (17 mujeres; mediana de edad al diagnóstico: 42 años, rango 21-70; 20 con HAPI). Se efectuó la secuenciación del exoma completo (WES) en una plataforma NovaSeq6000 (Illumina) con la tecnología

Sureselect Human V6+UTR (Agilent Technologies). El análisis bioinformático se realizó con el genoma de referencia hg19. Se estudiaron 52 genes incluyendo los 26 recomendados por el PH-GCEP. Para el análisis de patogenicidad, se consideraron variantes con una profundidad de lectura $\leq 20X$ y que tuvieran una frecuencia en población general $< 0,01$ o que no hubieran sido reportadas previamente y se descartaron las de regiones no codificantes sin impacto funcional. Las variantes fueron clasificadas según las recomendaciones internacionales actuales (ACMG/AMP, SVI-WG y PH-GCEP) en "benignas", "probablemente benignas", "de significado incierto (VUS)", "probablemente patogénicas" o "patogénicas".

Resultados: El tratamiento inicial consistió en sildenafil (85%), individual o combinado; diltiazem (9,5%) y un caso con ambrisentan y tadalafilo. Al día de hoy todos los pacientes siguen con vida. Dos de ellos recibieron un trasplante bipulmonar. Antes del filtrado, se detectó una media de 145.498 variantes por paciente (rango: 138349-153391). En los 52 genes analizados se identificaron 116 variantes en las regiones codificantes y sitios de splicing. La distribución de las variantes fue: sinónimas (52%), missense (28%), nonsense (1%), frameshift (1%) y sitios de splicing (18%). La mayoría fueron clasificadas como benignas o probablemente benignas (88%). En BMPR2 se encontró una variante patogénica (c.2695C>T) y otra probablemente patogénica (c.663delC), confirmando el diagnóstico de HAPH. La variante c.2695C>T fue reportada previamente en HAP, pero c.663delC no había sido descrita. El estudio de los padres de este caso confirmó que el padre, quien fue diagnosticado recientemente con HAP, es portador de la variante. Esto indica la cosegregación de la variante y la enfermedad y permitió reclasificarla como patogénica. También se detectaron 13 VUS en ABCA3, AQP10, BMPR2, CBLN2, CYP11A1, GDF2, MYSM1, NOTCH3, RASA1 y VCAN, siendo necesario repetir el análisis bioinformático en un futuro para reevaluar su patogenicidad ante nueva información científica.

Conclusiones: El presente constituye el primer estudio genético de pacientes argentinos con HAP contribuyendo a la caracterización del perfil genético-molecular. En dos pacientes se confirmó una variante causal asociada a la enfermedad indicando la conveniencia de realizar el asesoramiento genético con un especialista. La implementación de los estudios genéticos en Argentina es esencial para un diagnóstico preciso y optimizar el manejo clínico.

0271. VALOR PRONÓSTICO DEL DESACOPLE VENTRÍCULO DERECHO - ARTERIA PULMONAR EN PACIENTES AÑOSOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Multimagen

Santiago DECOTTO | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Emiliano ROSSI | Juan Maria IROULART | Mariano Gaston BERGIER | Lucia BORTMAN | Cesar BELZITI | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

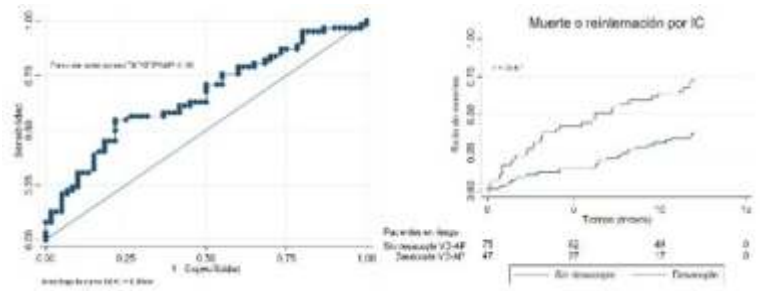
Introducción: El índice ecocardiográfico TAPSE/PSAP es un subrogante del acoplamiento entre ventrículo derecho (VD) y arteria pulmonar (AP). Varios estudios han demostrado su impacto pronóstico en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC), independientemente de la fracción de eyección ventricular izquierda.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue el de evaluar el impacto pronóstico de este índice en pacientes hospitalizados por IC con fracción de eyección preservada.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional, prospectivo. Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 65 años hospitalizados por IC con fracción de eyección preservada ($> 50\%$) en el periodo de septiembre de 2019 a marzo de 2023. Se excluyeron pacientes con valvulopatías izquierdas moderadas o severas, insuficiencia renal crónica avanzada (clearance de creatinina < 30 ml/min/m²), utilización de marcapasos u otros dispositivos e infarto agudo de miocardio reciente (los últimos 3 meses). El índice TAPSE/PSAP fue evaluado mediante el análisis de una curva ROC y la aplicación del test de Youden. De esta manera, se determinó el punto de corte óptimo para predecir eventos de muerte y rehospitalización por IC en nuestra muestra población, lo que a su vez definió al desacople VD-AP. Se dividió a la población según presente o no desacople VD-AP. El punto final primario fue un compuesto de muerte y/o rehospitalización por IC dentro del año del evento índice.

	Sin desacople VD-AP n=75	Con desacople VD-AP n=47	P valor
Edad, años [RIC]	84 [77-88]	85 [78-89]	0.56
Sexo masculino, %	38 (n=29)	34 (n=16)	0.60
Hipertensión arterial, %	89 (n=67)	87 (n=41)	0.72
Dislipemia, %	45 (n=34)	32 (n=15)	0.22
Diabetes Mellitus, %	24 (n=18)	15 (n=7)	0.49
Coronariopatía previa, %	20 (n=15)	10 (n=5)	0.19
FPOC, %	15 (n=11)	28 (n=13)	0.08
Presentación clínica			
FA/aleteo auricular, %	50 (n=38)	60 (n=28)	0.76
NT-Pro Bnp, pg/ml [RIC]	2714 [1169-5857]	5265 [3149-7257]	<0.001
Tropoina US, pg/ml [RIC]	30 [18-51]	48 [32-106]	0.01
VNI, %	19 (n=14)	17 (n=8)	0.81
ARM, %	3 (n=2)	2 (n=1)	0.85
Ecocardiograma			
DVDVI, mm (DE)	43 (-/-5)	42 (+/-5)	0.52
DUSVI, mm (DE)	24 (-/-4)	24 (+/-5)	0.97
Espesor septal, mm (DE)	13 (-/-2)	13 (+/-3)	0.85
FEVI, % (DE)	58 (+/-5)	55 (+/-4)	0.003
Relación I/v'septal (DE)	15 (-/-5)	17 (+/-6)	0.27
Área AD, cm2 (DE)	21 (+/-7)	30 (+/-8)	0.001
Longitud VD, cm (DE)	6.1 (+/-0.7)	6.8 (+/-0.9)	<0.001
Ancho VD, cm (DE)	3.7 (+/-0.3)	4.7 (+/-0.5)	0.04
TAPSE, mm (DE)	21 (+/-3)	17 (+/-3)	<0.001
FAC VD, % (DE)	46 (+/-5)	37 (+/-7)	<0.001
IT significativa, %	21 (n=16)	78 (n=37)	<0.001
PSAP, mmHg (DE)	41 (+/-7)	55 (+/-10)	<0.001

Resultados: Se incluyeron un total de 122 pacientes. La mediana de edad fue de 84 [RIC 77-88] años y el 63% de sexo femenino. La media de fracción de eyección fue de 57% (+/-5%). El punto de corte para definir desacople VD-AP fue de 0.40 (área bajo la curva 0.66, sensibilidad 55%, especificidad 0.78). Se observó desacople VD-AP en 39% (n=47) de los pacientes. Los pacientes con desacople VD-AP tuvieron valores superiores de NT-ProBnp (5265 [3149 - 7257] pg/dL vs 2714 [1169 - 5857] pg/dL; $p < 0.001$) y troponina ultrasensible (48 [32 - 106] pg/dL vs 30 [18 - 51] pg/dL; $p=0.01$), junto con peores variables ecocardiográficas de dimensión y función de ventrículo derecho comparado con los pacientes sin desacople VD-AP. La incidencia del punto final primario fue superior en los pacientes con desacople VD-AP comparado con los pacientes sin desacople VD-AP (74% vs 38%; p valor < 0.001 , Log-Rank test). En la regresión multivariada de Cox, donde se incluyeron la edad, el sexo y NT-ProBnp, el desacople VD-AP se asoció de forma independiente con la incidencia del punto final primario (HR 2.48; IC 95% 1.44 - 4.25; $p = 0.01$).



Conclusiones: En pacientes añosos hospitalizados por IC con fracción de eyección preservada, el índice ecocardiográfico TAPSE/PSAP menor a 0.40, representativo de desacople VD-AP en nuestra población, se asoció significativamente con mayor tasa de muerte y/o rehospitalización por IC dentro del año de seguimiento.

0280. IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

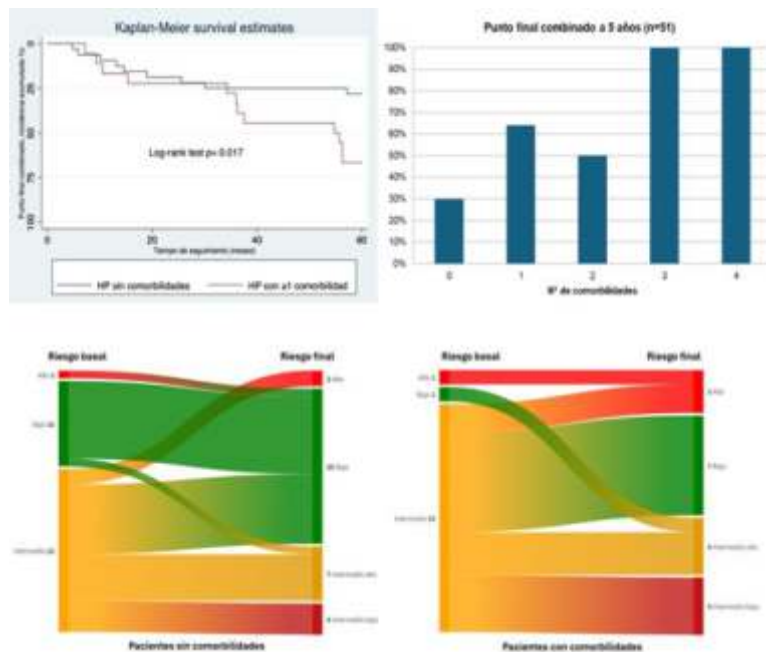
Maria Antonella DE BORTOLI | Lucrecia María BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Franco Nicolas BALLARI | Adriana ACOSTA | María Luján TALAVERA | Clara HUERTA | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Actualmente es evidente el diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (HAP) en pacientes de mayor edad y frecuentemente asociada a comorbilidades cardiovasculares. Sin embargo, este grupo de pacientes fue clásicamente excluido de estudios por lo que, su impacto en el pronóstico, riesgo y tratamiento ha sido en los últimos años motivo de investigación.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de las comorbilidades cardiovasculares con el riesgo de eventos a 5 años en pacientes con HAP. Como objetivo secundario se evaluó el riesgo y el tratamiento basal y al seguimiento según la presencia de comorbilidades.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, con un análisis retrospectivo de datos recopilados prospectivamente que incluyó pacientes con diagnóstico de HAP con seguimiento en un centro de cardiología de referencia, desde el año 2011 al año 2020. Se clasificó a la HAP con y sin comorbilidades cardiovasculares según la presencia de hipertensión arterial sistémica, enfermedad arterial coronaria, diabetes mellitus, obesidad y/o fibrilación auricular (6° Simposio Mundial de Hipertensión Pulmonar). El punto final primario fue el evento combinado de muerte, internación por insuficiencia cardíaca, empeoramiento de hipertensión pulmonar y/o necesidad de trasplante pulmonar a los 5 años. El punto final secundario fue la estratificación del riesgo y el tratamiento recibido al inicio y al final del seguimiento, según la presencia de comorbilidades. Se realizó un análisis de Kaplan Meier para el punto final primario y se comparó entre el grupo con y sin comorbilidades mediante el log rank test.



Resultados: Se incluyeron un total de 51 pacientes, el 76,5% de sexo femenino con una edad media de $44,9 \pm 15$ años. El 35,3% presentó > 1 comorbilidad. El punto final primario combinado se observó en el 56,9% de la cohorte: 30,3% vs 66,7% en el grupo sin y con comorbilidades respectivamente ($p=0.01$). La presencia de al menos 1 comorbilidad aumentó significativamente el riesgo del punto final combinado HR 2,46 (IC95% 1,05-5,73) (Imagen 1 Log rank $p=0.01$). A nivel basal el 31,3% de los pacientes sin comorbilidades se encontraba en bajo riesgo, en comparación al 5,6% de aquellos con comorbilidades ($p=0.03$). En ambos grupos la combinación de terapia al inicio más utilizada fue Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5) + antagonistas de los receptores de la endotelina (ARE) (Sin comorbilidades 45,5% vs con comorbilidades 44,4%; $p=0,32$), y al final de seguimiento se encontraba con triple terapia con análogos de la prostaciclina el 30,3% vs 27,8% respectivamente ($p=0,9$). Una menor proporción de pacientes fue llevado al bajo riesgo en el grupo de pacientes con comorbilidades: 38,9% vs 60,6%. En la Imagen 2 se resume la estratificación basal y al último contacto entre los pacientes que con y sin comorbilidades asociadas.

Conclusiones: En HAP la presencia de comorbilidades es frecuente e incrementa significativamente el riesgo de eventos combinados de muerte, internación por insuficiencia cardíaca, empeoramiento de HAP y/o necesidad de trasplante pulmonar a los 5 años. Además, los pacientes con comorbilidades mostraron una menor proporción de bajo riesgo tanto al inicio, como al final del seguimiento, a pesar de haber recibido un tratamiento similar. Estos hallazgos destacan la necesidad de estrategias de manejo específicas para pacientes con HAP y comorbilidades para mejorar su pronóstico a largo plazo.

0281. IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA A ISGLT2 EN INSUFICIENCIA CARDIACA. EXPERIENCIA EN EL MUNDO REAL

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Santiago Andres AHUAD CALVELO | María Victoria GONZÁLEZ FERREÑO | Mariana PARETI | Ilan BACHER | Lucas Iván MÜLLER | Liliana Ethel FAVALORO | Alejandro Rubén HERSHSON | Gustavo GIUNTA

Universidad Favaloro

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una causa importante de morbimortalidad en el mundo. Los inhibidores de SGLT2 (ISGLT2) han demostrado disminuir la mortalidad cardiovascular y las internaciones por IC. Sin embargo, poco se conoce en nuestro medio sobre la adherencia a estos fármacos.

Objetivos: Estimar la adherencia a los ISGLT2 de los pacientes (pac) con IC, los factores que la condicionan y su impacto en la salud cardiovascular.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte longitudinal. Se incluyeron 157 pac mayores de 18 años que cursaron internación por causa cardiovascular entre 01/2023 hasta 08/2023, con indicación al alta de ISGLT2. Además, debían presentar al menos una de las siguientes condiciones: a) manifestaciones clínicas de IC y/o b) fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\leq 40\%$. Se excluyeron los pac con trasplante cardíaco durante la internación, insuficiencia renal crónica (Aclaramiento de creatinina ≤ 20 ml/min), hepatopatía crónica y patologías asociadas con expectativa de vida menor a 1 año. Se utilizó la historia clínica como fuente de datos clínicos, demográficos y antropométricos. Se consideró adherente a aquellos pacientes que habían mantenido > 80% de las tomas diarias de ISGLT2 en el último mes. El seguimiento se realizó a partir de los 6 meses del alta por consulta a los registros médicos o comunicación telefónica. Se realizó análisis de libertad de eventos (Muerte o reinternación por IC) con curvas de Kaplan-Meier y prueba de log-rank y riesgo proporcionales de Cox.

Resultados: La mediana de edad fue de 74 años con recorrido intercuartil (RIC) 65-81 años, 26% fueron mujeres, 76% hipertensos y 34% diabéticos. Las principales causas de la internación índice fueron: 44% IC, 22% cirugía cardiovascular programada, 15% síndrome coronario agudo, 13% programado para colocación de un dispositivo y 6% por otros motivos. La FEVI $\leq 40\%$ estuvo presente en 53% de los pac, previo a la internación índice solo 45% de los pac estaban tratados con ISGLT2 (tabla 1). La adherencia a los 6 meses fue del 70%. Los pac no

Variable	Total (n=157)	Adherentes (n=110)	No adherentes (n=47)	p-valor
Edad	74 (65-81)	73 (62-78)	76 (70-82)	$p<0,005$
Sexo Femenino	118 (73,8%)	86 (78,1%)	30 (63,8%)	$p=NS$
Diabetes tipo II	54 (34,3%)	41 (37,2%)	13 (27,6%)	$p=NS$
Hipertensión arterial	120 (76,4%)	81 (73,6%)	39 (82,8%)	$p=NS$
Obesidad	81 (51,5%)	53 (48,1%)	28 (59,5%)	$p=NS$
Índice de masa corporal	28 (25-31)	28 (25-31)	28 (24-32)	$p=NS$
Función ventricular Hadaera	40 (36-55)	35 (29-50)	45 (39-60)	$p=0,05$
Función ventricular <40%	84 (53,5%)	65 (59%)	19 (40,4%)	$p<0,05$
Función ventricular >50%	53 (33,7%)	31 (28,1%)	22 (46,8%)	$p<0,05$
Antecedentes de internación por IC	30 (18,1%)	23 (20,9%)	7 (14,8%)	$p=NS$
Antecedentes Síndrome coronario agudo	44 (28%)	31 (28,1%)	13 (27,6%)	$p=NS$
Enfermedad valvular aórtica	44 (28%)	30 (27,2%)	14 (29,7%)	$p=NS$
Fibrilación auricular	52 (33,1%)	39 (35,4%)	13 (27,6%)	$p=NS$
Creatinina	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	$p=NS$
ISGLT2	70 (44,3%)	57 (51,8%)	13 (27,6%)	$p<0,005$
IECA/ARA	114 (72,6%)	78 (70,9%)	36 (76,5%)	$p=NS$
ARE	40 (25,4%)	33 (30%)	7 (14,8%)	$p<0,05$
BetaBloqueantes	121 (77%)	83 (75,4%)	38 (80,8%)	$p=NS$
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides	66 (42%)	49 (44,5%)	17 (36,1%)	$p=NS$
Cardíaco/Filtrador implantado/Terapia de resincronización cardíaca	21 (13,4%)	16 (14,6%)	5 (10,6%)	$p=NS$

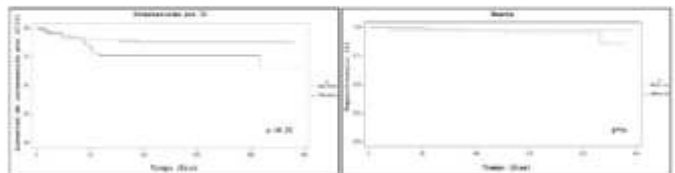


Figura 1.- Panel A: Curva de Kaplan-Meier para reinternaciones por insuficiencia cardíaca según adherencia. Panel B: Curva de Kaplan-Meier para supervivencia según adherencia.

adherentes tenían mayor edad (mediana 76 RIC 70-82 años vs. 73 RIC 62-79 años; $p < 0.005$), menor proporción de estar bajo tratamiento con ISGLT2 previo al ingreso (28% vs. 52%; $p = 0.005$), mayor probabilidad de haberse internado por una cirugía cardíaca programada (34% vs. 16%; $p < 0.05$). La FEVI $\geq 50\%$ fue más frecuente en este grupo (47% vs. 28%; $p < 0.05$). El costo de la medicación fue la principal causa de no adherencia (38%); seguido por la suspensión por parte de un profesional (32%); decisión propia del paciente (21%) e intolerancia (9%). La mediana de seguimiento fue de 8,3 meses (RIC 6.3- 10.4). Los pacientes adherentes presentaron menos eventos de reinternación de IC ($p < 0.05$), sin que esta variable modifique la mortalidad ($p = ns$). (figura 1)

Conclusiones: A pesar del riesgo de los pacientes estudiados, antes del año ya existe un número significativo que abandonan el tratamiento. La falta de adherencia observada impactó en reinternaciones por IC. Estrategias para mejorar adherencia y persistencia deben instrumentarse para optimizar el cuidado de estos pacientes.

0283. DETECCIÓN DE HIPOTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON SÍNCOPE: APLICACIÓN DE UNA ESTRATEGIA COMBINADA DE TILT TEST Y MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Arritmias y Electrofisiología

Graciela Aurora RUIZ | Sofia MAZA | Vanina Natalia GOS RE | Silvia Susana MAKHOUL | Simon SALZBERG
Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Tanto el Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) como el tilt test (TT) pueden identificar a la susceptibilidad hipotensiva que predispone al síncope.

Objetivos: Establecer la prevalencia de hipotensión (Hp) en MAPA y TT y establecer la concordancia de los resultados entre ambos métodos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes (ptes) mayores de 18 años con síncope en quienes se decidió la realización de un TT (45 min a 75 grados). En un día diferente, dentro de los 15 días y sin que mediaran interurrencias se realizó un MAPA (al menos 70% de lecturas válidas). Criterios de Hp: En TT: TT(+) o detección de presión arterial sistólica (TAS) ≤ 100 durante el estudio, resultado de una caída con respecto a la TAS basal; en MAPA: ≥ 2 caídas ≥ 20 mmHg con respecto a la previa alcanzando TAS ≤ 100 mmHg.

Resultados: Se estudiaron 61 ptes (edad = 62.5 ± 16.8 , mujeres 39, (64%). El TT fue positivo en 41% de los ptes. Adicionalmente, durante el TT, se detectó Hp en otro 18% de los ptes. La Hp por MAPA se observó en 51% de los ptes. Combinando ambos métodos, se detectó Hp en 79% de la población (48 ptes). Ambos estudios fueron concordantes en 32 ptes. (52%) (Índice Kappa de Cohen: 0.04). La Hp fue identificada sólo por el TT en el 28% de los ptes y en el 20% sólo por MAPA.

Conclusiones: Conclusión: Utilizando una estrategia que combina TT y MAPA, se detectó Hp en tres cuartos de esta población con síncope. Ambos métodos resultaron ser complementarios tanto para elaborar una sospecha diagnóstica como para también orientar el manejo terapéutico de estos ptes. Los informes de MAPA deberían adaptarse para la interpretación de los resultados en esta particular población.

0289. IMPACTO DE LA LOGÍSTICA PREHOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST: ESTUDIO PROSPECTIVO CÓDIGO IAM

Cardiopatía Isquémica

Eugenia Lisette CASTRO SAYAT¹ | Adrian CHARASK¹ | Flavio DELFINO² | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA¹ | Carlos Manuel BARRERO¹ | Victor MAURO¹ | Enrique FAIRMAN¹ | Gabriela MAZZUCHELLI³
Clínica Bazterrica¹; Clínica Santa Isabel²; Emergencias Omint³

Introducción: El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST (IAMCEST) es la principal causa de mortalidad cardiovascular. Al ser una patología tiempo-dependiente, el traslado en ambulancia es una de las recomendaciones para la atención sanitaria inicial. Sin embargo, en nuestro país, la falta de logística prehospitalaria (LogPre) puede incrementar los tiempos de derivación y asociarse a un peor pronóstico.

Objetivos: 1. Evaluar si la LogPre mejora el tiempo puerta-balón (TPB) y el tiempo total de isquemia (TTI) en los pacientes trasladados desde el domicilio a la clínica en ambulancia. 2. Analizar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de los pacientes trasladados en ambulancia con y sin LogPre.

Materiales y Métodos: La población analizada consistió en pacientes (ptes) con IAMCEST que ingresaron a dos clínicas privadas en ambulancia

desde marzo de 2018 hasta abril de 2024. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a si pertenecían al Código IAM con LogPre (Grupo A) o a una derivación habitual sin un programa preestablecido (Grupo B). El Código IAM es un programa prospectivo y conjunto implementado en dos clínicas privadas de Buenos Aires y un sistema prepago. Se activa con la llamada del paciente por dolor precordial a la emergencia del prepago, obligando a la ambulancia a llegar en 15 minutos al domicilio y realizar un electrocardiograma (ECG) en menos de 10 minutos desde el primer contacto médico. La imagen del ECG se envía por WhatsApp a un smartphone institucional de la Unidad Coronaria (UCO) activo 24/7. Si el médico de la UCO detecta un IAMCEST, se activa el procedimiento de hemodinamia. Los datos se recopilaron en la base de datos ARGENIAM de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) mediante llenado vía web por diferentes operadores.

Variables	Grupo Total n: 179 (%)	Grupo A n: 73 (%)	Grupo B n: 106 (%)	P
Edad - mediana (RIC)	64 (54-75)	63 (59-73)	64 (53-76)	NS
HTA	93 (51,9)	32 (43,8)	61 (57,5)	0,03
Hombres	140 (78,2)	54 (74)	86 (81)	NS
DBT	33 (18,4)	12 (16,4)	21 (19,8)	NS
DLP	60 (33,5)	16 (21,9)	44 (41,5)	0,003
TBQ	67 (37,4)	30 (41,1)	37 (34,9)	NS
Killip A	141 (79,6)	63 (87,5)	78 (74,3)	0,015
Mortalidad	19 (10,92)	7 (9,86)	12 (11,65)	NS

Resultados: Se registraron un total de 179 pts con IAMCEST trasladados en ambulancia: 73 pts (41%) en el Grupo A y 106 pts (59%) en el Grupo B. El TPB fue de 78 minutos (RIC 56-144) en el Grupo A y 120 minutos (RIC 80-185) en el Grupo B, con una diferencia significativa ($p < 0,001$). Asimismo, hubo un acortamiento del TTI de 287 minutos (RIC 213-458) vs 327 minutos (RIC 226-510) entre el Grupo A y B respectivamente ($p = 0,05$). En la tabla se resumen las características de la población total y de los grupos. Se observa que los pacientes trasladados sin LogPre tienen una mayor prevalencia de HTA, DLP e insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: Una adecuada coordinación entre el centro y la emergencia permite acortar los tiempos de tratamiento intrahospitalario. Los pts que se trasladan por fuera de un sistema coordinado son de mayor riesgo y, a pesar de ello, el tiempo de tratamiento es mayor. Implicancia Clínica: Es fundamental que el sistema de emergencias esté coordinado con el centro receptor para acortar los tiempos de tratamiento en patologías tiempo-dependientes.

0292. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ADULTOS JÓVENES: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Maximiliano DE ABREU | Ingrid Gisell ROZO ORTIZ | Laura ANTONIETTI | Natalia VENSENTINI | Diego KYLE | Heraldo D' IMPERIO | Javier MARIANI | Carlos Daniel TAJER

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La prevalencia de ECV es mayor en países con bajos niveles socioeconómicos y elevados índices de vulnerabilidad social. Contamos con evidencia del rol que juegan los determinantes sociales de la salud en la enfermedad cardiovascular, aunque existe escasa información local.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue describir la asociación entre factores de riesgo cardiovascular biológicos y socioeconómicos y el desarrollo de síndrome coronario agudo (SCA) en adultos jóvenes residentes en una zona de vulnerabilidad socioeconómica.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un estudio prospectivo, observacional, unicéntrico, de tipo casos y controles. Los casos incluyeron adultos menores de 55 años de edad que ingresaron consecutivamente a la Unidad Coronaria de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de SCA y en quienes se evidenció enfermedad coronaria epicárdica significativa por coronariografía.

Se incluyeron controles pareados por edad y sexo, sin antecedentes coronarios, reclutados del área programática de la misma institución.

Resultados: Entre noviembre de 2015 y noviembre 2019 fueron incluidos 102 pacientes (52 casos y 50 controles). Las características basales se describen en la tabla 1. Entre los casos, 93,8% fueron SCA con elevación del ST ($n = 45$) y 6,2% sin elevación del segmento ST. Ningún paciente falleció durante la internación. En el análisis univariado el tabaquismo activo fue más frecuente entre los casos (62,8% vs 22%, $p < 0,001$), sin diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de hipertensión ($p = 0,1$), dislipidemia ($p = 0,8$) diabetes ($p = 0,6$),

Variable	Total (n:102)	CASOS (n: 52)	CONTROLES (n: 50)	P
Edad	46 (RIC 39-51)	48 (RIC 39-51)	46 (RIC 39-50)	0,4
Sexo Femenino	10 (9,8%)	5 (9,6%)	5 (10%)	1
Desconoce presentar algún FRCV	47 (46,5%)	32 (62,8%)	15/(31,3%)	<0,01
FRCV mediana	2 (RIC 1-2)	2 (RIC 2-3)	1 (RIC 1-2)	<0,001
TBQ actual	43 (42,6%)	32 (62,8%)	11 (22%)	<0,001
Ex TBQ	22 (21,8%)	8 (15,7%)	14 (28%)	0,07
HTA	43 (43%)	26 (51%)	17 (34,7%)	0,1
DBT	15 (14,9%)	9 (17,7%)	6 (12%)	0,6
DLP	16 (16%)	43 (84,3%)	40 (80%)	0,8
Antec heredo-familiar	21/94 (22,3%)	11/46 (23,9%)	10/48 (20,8%)	0,9
BMC mediana	29,1 (RIC 26,4-32,2)	29,2 (RIC 26,5-30,5)	29,1 (RIC 26,3-33)	0,4
Obesidad (IMC>30)	34(41,5%)	19 (38,8%)	15 (45,5%)	0,5
Framingham, riesgo a 10 años, mediana	13,2 (RIC 6,7-21,6)	18,4 (RIC 11,2-21,6)	6,7 (RIC 4-15,6)	<0,01

índice de masa corporal ($p=0,4$) y el porcentaje de obesos ($p=0,5$). Sin embargo, entre los casos existió una tendencia a mayor prevalencia de hipertensión, dislipidemia y diabetes. La mediana de concentración de ApoA fue de $115,5$ mg/dL (RI 90-133) entre los casos y de $148,5$ mg/dL (RI 134-159) entre los controles ($p= <0,001$), sin diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ApoB ($p= 0,2$). El 62,8% de los casos desconocía si presentaba al menos un FRCV frente al 31,3% de los controles ($p<0,01$). En el análisis multivariado se observó asociación entre el desconocimiento de la presencia de FRCV (OR 15,5; IC 95% 2,3-104,6), la menor concentración de ApoA (OR 0,94; IC 95% 0,89-0,98), y el tabaquismo activo (OR 11,7; IC 95% 1,2-112,1) con el desarrollo de SCA. Factores socioeconómicos: los casos alcanzaron menor nivel educativo máximo que los controles, menos frecuentemente declararon trabajo formal o informal, con menor categoría laboral, menos vinculación laboral bajo relación de dependencia y menos cobertura médica por obra social y aportes jubilatorios. (Tabla 2) Los casos presentaron menor ingreso económico familiar y menor puntaje de bienes. Los hogares de los casos tenían peores condiciones sanitarias que los controles. Al combinar los factores biomédicos con los socioeconómicos en el análisis multivariado, el desconocimiento de la presencia de FRCV (OR 3,9; IC 95% 1,3-11,7), el tabaquismo activo (OR 9,8; IC 95% 3,1-30,9) y la falta de trabajo (OR 14,5; IC 95% 1,48-148,3) se asociaron con el desarrollo de SCA. La falta de condiciones sanitarias en la vivienda mostró una tendencia a asociación limitrofe, aunque estadísticamente no significativa con el SCA (OR 3,8; IC 95% 0,93 a 15,9; $p=0,06$).

Variable	Total	Casos	Controles	P
Nivel educativo alto	40 (43,5%)	16 (32%)	24 (57,1%)	0,02
Trabajo	81 (88%)	41 (82%)	40 (95,2%)	0,05
Relación de dependencia (sueldo, vacaciones)	38 (41,3%)	12 (24%)	26 (61,9%)	<0,001
Obra social o prepaga	32 (34,8%)	9 (18%)	23 (54,8%)	<0,001
Aportes jubilatorios	32 (34,8%)	9 (18%)	23 (54,8%)	<0,001
Decimo ingreso familiar	6 (RI 3-5)	5 (RI 2-7)	6 (RI 5-9)	<0,01
Puntaje de bienes	8 (RI 6-9)	7 (RI 6-9)	8,5 (RI 7-10)	0,01
Tiene automóvil	48 (52,2%)	19 (38%)	29 (69,1%)	<0,01
Tiene casa propia	51 (55,4%)	27 (54%)	24 (57,1)	0,8
Agua corriente	52 (93,2%)	44 (89,8%)	38 (97,4%)	0,2
Vivienda inconveniente	12 (13,2%)	9 (18%)	3 (7,3%)	0,1
Vivienda sin condiciones sanitarias	19 (20,7%)	15 (30%)	4 (9,5%)	0,02

Conclusiones: En una población de pacientes jóvenes, las variables indicadoras de mayor vulnerabilidad socioeconómicas se asociaron con el desarrollo de síndrome coronario agudo, independientemente de la presencia de factores de riesgo cardiovascular modificables convencionales.

0293. ENCUESTA BURNOUT ¿ESTÁS QUEMADO? EN MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ARGENTINA

Investigación Básica

Alejandra Karina AVALOS ODDI | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA₂ | Pascual Ruben VALDEZ₃ | Omar PRIETO₁ | Oscar LAUDANNO₄ | Carlos BONNANO₅ | María Cristina ORLANDI₆ | Julieta REPETTO₇

Consejos: Aspectos Psicosociales en Cardiología₁; Áreas SAC: Área de Investigación₂; Sociedad Argentina de Medicina₃; Sociedad Argentina de Gastroenterología₄; Sociedad Argentina de Nefrologías; Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (sati)₅; Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (sogiba)₇

Introducción: El síndrome de burnout (SBO) en los médicos es un fenómeno ocupacional que resulta del estrés crónico producido en el ámbito laboral que repercute en la vida del médico y en la atención de los pacientes. La prevalencia de SBO reportada en el mundo oscila entre el 35 y 60% desconociéndose, hasta el momento, este dato en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la prevalencia subjetiva de SBO en los médicos especialistas de Argentina, estableciendo diferencias por especialidad y sexo.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional, de corte transversal, diseñado por el Consejo de Aspectos Psicosociales y el Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, realizado mediante una encuesta anónima, de participación voluntaria y con preguntas cerradas desarrollada en REDCap. Se distribuyó mediante un link abierto entre colegas médicos y por mail o QR en las redes sociales de las sociedades científicas de las diferentes especialidades médicas que aceptaron participar voluntariamente. La encuesta fue



realizada durante los meses de agosto a octubre del año 2023. Se recopiló información acerca de la impresión subjetiva (autopercepción) de SBO, sexo, edad, especialidad, tiempo de ejercicio profesional y factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Participaron 2999 profesionales, 67.4% fueron mujeres. Las especialidades médicas que participaron fueron, clínica médica (n: 978, 32.61%), cardiología (n:319, 10.64 %), cuidados intensivos (n:167, 5.57%), nefrología (n:146, 4.87%), gastroenterología (n:78, 2.60%), pediatría (n:146, 4.87 %), ginecoobstetricia (n:610, 20.34%), especialidades quirúrgicas (n:78, 2.6 %), otras (n:209, 6.97 %), no reportadas (n:268, 8.94%). El 63.02 % tenían más de 40 años y el 65.4% tenía más de 10 años de ejercicio profesional. La prevalencia de percepción global de SBO fue del 73.86 % y por especialidad para clínica médica (72.34%), cardiología (73.35%), cuidados intensivos (75.90%), nefrología (72.22%), gastroenterología (74.36%), pediatría (78.08%), ginecoobstetricia (77.69%), especialidades quirúrgicas (67.53%), otras (74.04%), no reportadas (70.04%), sin diferencias significativas. El SBO fue más prevalente en las mujeres (78.11 % vs 66.18%; $p < 0.001$). Los menores de 40 años tuvieron más SBO al igual que los profesionales con menos de 10 años en el ejercicio de su profesión.



Conclusiones: El agotamiento laboral tiene alta prevalencia entre los médicos especialistas encuestados de Argentina, más de 7 de cada 10 autorreportaron burnout sin diferencias significativas por especialidad. Afectando principalmente a las mujeres, menores de 40 años y con menos de 10 años de ejercicio profesional.

0296. FACTORES ASOCIADOS A MAYOR MORTALIDAD EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: ANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-CCV

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Natalia Cecilia CARLI | Walter Ramon ALUSTIZA | Romina Laura SALADINO | Gabriela NIETO | Esteban ROMEO | María Pía MATORANO | Heraldo D' IMPERIO

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: La revascularización coronaria (CVC) es una intervención habitual para tratar la cardiopatía isquémica. A pesar de los progresos en las técnicas quirúrgicas y en los cuidados perioperatorios, la mortalidad relacionada con esta operación sigue siendo un desafío. Identificar los factores que aumentan el riesgo de mortalidad es crucial para optimizar los resultados clínicos y desarrollar medidas preventivas efectivas. El registro ARGEN-CCV (Registro Argentino de Cirugía Cardiovascular) ofrece una base de datos amplia y representativa de los pacientes que se someten a CVC en Argentina. Este recurso permite analizar diversas variables, facilitando la investigación de los factores que influyen en la mortalidad en esta población.



Objetivos: Identificar factores de riesgo preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios asociados a mayor mortalidad en pacientes incluidos en el registro ARGEN-CCV.

Materiales y Métodos: Este es un estudio de corte transversal con enfoque analítico, abarcando 700 cirugías de revascularización miocárdica realizadas en la República Argentina durante un período de dos años (2020-2022). La población de estudio incluyó a los pacientes del registro ARGEN-CCV que se sometieron a cirugía de revascularización miocárdica pura en los 48 centros de atención médica durante el período de análisis. Para identificar los factores de riesgo asociados con la mortalidad en esta población, se llevó a cabo un análisis de regresión logística. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, clínicos y perioperatorios, obtenidos de la base de datos del registro ARGEN-CCV. El nivel de significancia se estableció en $p < 0,05$ para determinar la relevancia estadística de los factores de riesgo identificados. El procesamiento y análisis de los datos se realizaron utilizando el software SPSS versión 23.0 (IBM Co., USA)

Resultados: Las variables asociadas a mayor mortalidad se dividieron en tres grupos: factores de riesgo, complicaciones intraoperatorias y complicaciones postoperatorias. En el primer grupo dos variables se asociaron significativamente a mayor mortalidad en el análisis multivariado. El antecedente de insuficiencia cardíaca con un OR de 5,1 (IC95%: 2,6 a 10,1; $p < 0,001$) y la presencia de enfermedad

pulmonar obstructiva crónica con un OR de 2,3 (IC95%: 1,1 a 4,5; $p < 0,01$). En el grupo de complicaciones intraoperatorias, la única variable que mostró una asociación significativa (aunque con un amplio intervalo de confianza) fue el reingreso a circulación extracorpórea con un OR de 9,9 (IC95%: 1,1 a 86,6; $p < 0,03$). En el grupo de complicaciones postoperatorias, cinco variables se asociaron significativamente con una mayor mortalidad. Estas fueron: requerimiento de reintubación (OR 4,6; IC95%: 1,1 a 4,5; $p < 0,001$); síndrome de bajo gasto cardiaco (OR 2,0; IC95%: 1,2 a 5,7; $p < 0,009$); necesidad de administración de cardiotónicos (OR 5,2; IC95%: 1,2 a 22,9; $p < 0,02$); infarto de miocardio postoperatorio (OR 4,2; IC95%: 1,2 a 14; $p < 0,01$) e insuficiencia renal (OR 4,4; IC95%: 2,0 a 9,5; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio reflejan la importancia de una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo en pacientes candidatos a cirugía de revascularización miocárdica. La identificación temprana y la gestión adecuada de los mismos pueden tener un impacto positivo en los resultados de la cirugía coronaria en Argentina.

0307. 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE TIRONE DAVID

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Lucas Iván MÜLLER | Anabella SANDOVAL | Teresa GALARZA | Carlos CARDOSO | Guillermo E. Gerardo GANUM | Carmen Beatriz GOMEZ | Alejandro Enrique CICOLINI | Roberto Rene FAVALORO

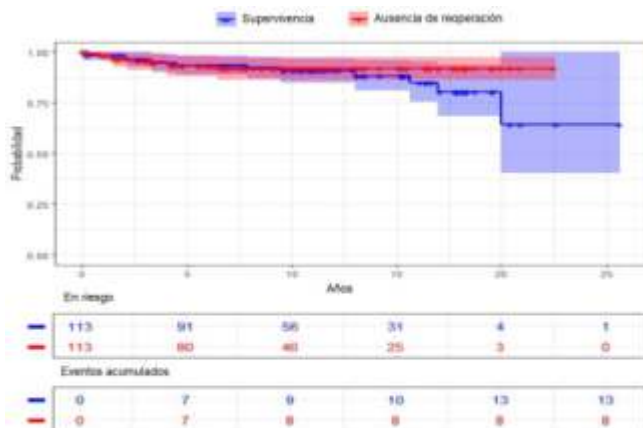
Fundación Favaloro

Introducción: La cirugía de Tirone David fue desarrollada para conservar la válvula aórtica sana en pacientes que requieren una intervención quirúrgica por enfermedad de la raíz aórtica.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue los resultados a largo plazo de una cohorte de pacientes sometidos a cirugía de Tirone David.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 113 pacientes consecutivos que se sometieron a la cirugía entre julio de 1998 y enero de 2024 tuvieron un seguimiento prospectivo con evaluaciones clínicas periódicas. El 96,5% de los procedimientos fueron realizados por el mismo cirujano. El seguimiento fue realizado durante consultas médicas, por vía telefónica o por correo electrónico. La media de seguimiento fue de 10,4 años, con un seguimiento completo en 92,1% y un seguimiento total de 1176 pacientes-años. Los puntos principales evaluados fueron la supervivencia global y la ausencia de reoperación. Se utilizó una curva de Kaplan-Meier para evaluar la supervivencia.

Resultados: La media de edad fue de 41 ± 15 años (entre 10 y 67



Resultados de cirugía de Tirone David

	N = 113	95% CI ¹
Sexo femenino, n (%)	27 (24%)	17%, 33%
Edad, Media (DE)	41 (15)	38, 43
IMC, Media (DE)	25,3 (4,8)	24, 26
FEy, Media (DE)	60 (8)	58, 61
Bicuspide, n (%)	15 (13%)	7,9%, 21%
Marfan, n (%)	46 (41%)	32%, 50%
Diseccción tipo A previa, n (%)		
No	101 (89%)	82%, 94%
Aguda	6 (5,3%)	2,2%, 12%
Crónica	6 (5,3%)	2,2%, 12%
IAo previa, n (%)		
No	26 (23%)	16%, 32%
Leve	39 (35%)	26%, 44%
Moderada	16 (14%)	8,6%, 22%
Moderada-severa	9 (8,0%)	3,9%, 15%
Severa	23 (20%)	14%, 29%
Anillo aórtico preoperatorio (mm), Media (DE)	25,5 (4,3)	25, 26
Porción sinusal preoperatoria (mm), Media (DE)	48 (8)	47, 50
Unión sinotubular preoperatoria (mm), Media (DE)	43 (9)	41, 45
Porción tubular preoperatoria (mm), Media (DE)	41 (11)	39, 43
Diámetro del cayado preoperatorio (mm), Media (DE)	29 (7)	27, 31
Diámetro de la raíz aórtica preoperatorio, Media (DE)	32 (7)	30, 33
Esternotomía previa, n (%)	8 (7,1%)	3,3%, 14%
Euroscore II, Media (DE)	2,85 (1,82)	2,5, 3,2
Urgencia, n (%)	2 (1,8%)	0,31%, 6,9%
Emergencia, n (%)	4 (3,5%)	1,1%, 9,4%
Tipo de Tirone, n (%)		
1	15 (13%)	7,9%, 21%
4	3 (2,7%)	0,69%, 8,1%
5	78 (69%)	60%, 77%
5 modificado	17 (15%)	9,3%, 23%
Plástica de VAo, n (%)	29 (26%)	18%, 35%
Reemplazo de cayado, n (%)	27 (24%)	17%, 33%
Combinado con CRM, n (%)	13 (12%)	6,5%, 19%
Insuficiencia residual, n (%)		
Sin insuficiencia	59 (60%)	50%, 70%
Leve	39 (40%)	30%, 50%
Coaptación de velos (mm), Media (DE)	8,90 (2,36)	8,3, 9,5
Tiempo de bomba, Media (DE)	214 (54)	204, 224
Tiempo de clampeo, Media (DE)	172 (33)	166, 178
Parada circulatoria, n (%)	30 (27%)	19%, 36%
Duración de paro circulatorio (min), Media (DE)	28 (13)	23, 32
Hipotermia profunda (°C), Media (DE)	13,97 (1,69)	13, 15
Reoperación VAo en seguimiento, n (%)	8 (7,1%)	3,3%, 14%
Mortalidad hospitalaria y a 30 días, n (%)	2 (1,8%)	0,31%, 6,9%
Mortalidad relacionada a VAo, n (%)	3 (2,7%)	0,69%, 8,1%
Eventos adversos mayores relacionados al procedimiento, n (%)	28 (25%)	17%, 34%

¹ CI = intervalo de confianza

años), con un 76% de sexo masculino. 41% de los pacientes tenían síndrome de Marfan, y el 13% válvula aórtica bicúspide. Hubo un 5.3% de casos con disección aórtica aguda tipo A previa, y un 5.3% con disección tipo A crónica. En un 26% de los casos la cirugía fue combinada con plástica de la válvula aórtica, en un 24% con reemplazo del cayado aórtico, y en un 12% con cirugía de revascularización miocárdica, y en 9.8% con intervención de la válvula mitral. Se requirió paro circulatorio en el 27% de los casos. Hubo 2 casos de muertes tempranas (1.8%), mientras que la supervivencia global fue del 90,6% (95%CI: 84,8-96,8%) a 10 años, y de 88,2% (95%CI: 81,1-96,0%) a 15 años. Hubo en total 8 (7,1%) reintervenciones de la válvula aórtica, con una ausencia de reoperación a 15 años del 91.8% (95%CI: 86.5-97.5%).

Conclusiones: La cirugía de Tirone David en pacientes con patología de la raíz aórtica se asoció a buenos resultados a mediano plazo y continúa siendo una excelente alternativa para pacientes seleccionados con enfermedad de la raíz aórtica.

0308. RIESGO DE NUEVOS CASOS DE DIABETES O EMPEORAMIENTO DE LA DIABETES CON EL USO DE ÁCIDO BEMPEDOICO: UN META-ANÁLISIS ACTUALIZADO

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Cardiopatía Isquémica

Lorenzo LOBO₁ | Walter MASSON₂ | Graciela Beatriz MOLINERO₃ | Juan Patricio NOGUEIRA₄ | Valentina SARLI₁ | Julia Daniela DELGADO RIVEROS₁ | Alejandro FELICI₁ | Javier BARBARA₁

Hospital Militar Campo de Mayo₁; Hospital Italiano de Buenos Aires₂; Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"₃; Sociedad Argentina de Lípidos₄

Introducción: La terapia con estatinas es eficaz para reducir los eventos cardiovasculares y generalmente se considera segura y bien tolerada. Sin embargo, estudios previos han sugerido que su uso podría estar asociado con un empeoramiento del perfil glucémico en pacientes con diabetes o un aumento en el riesgo de nuevos casos de diabetes en aquellos sin esta enfermedad al iniciar el tratamiento. Del mismo modo, se ha evaluado el efecto de terapias hipolipemiantes no estatinicas en la aparición de nuevos casos o el empeoramiento de la diabetes en varios estudios con distintos resultados. Dado que el ácido bempedoico es un nuevo agente hipoglucemiante se planteó el siguiente objetivo.

Objetivos: Evaluar el efecto del ácido bempedoico sobre la aparición de nuevos casos o el empeoramiento de la diabetes a través de revisión sistemática y metaanálisis.

Materiales y Métodos: Este meta-análisis se realizó siguiendo las directrices PRISMA para la presentación de revisiones sistemáticas I 4. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica que identificó ensayos clínicos de ácido bempedoico (ETC-1002) publicados entre enero de 2000 y marzo de 2024. Dos revisores independientes realizaron una búsqueda en las bases de datos electrónicas PubMed/MEDLINE, Embase, Scielo y Cochrane Controlled Trials. Se estimó el efecto del ácido bempedoico sobre el punto final de nuevos casos o empeoramiento de la diabetes. Las medidas del tamaño del efecto se expresaron como odds ratios (OR), y se calculó el estadístico I² para cuantificar la heterogeneidad entre los ensayos. Dado que la heterogeneidad fue baja, se eligió un modelo de efectos fijos. Para comparar los efectos medios entre subgrupos, se utilizó una prueba Z.

Resultados: Seis ensayos clínicos de ácido bempedoico, que incluyeron a 11226 pacientes, fueron identificados y considerados elegibles para este meta-análisis. Un total de 6267 sujetos fueron asignados para recibir ácido bempedoico mientras que 4959 sujetos fueron asignados a los grupos control respectivos.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que el uso de ácido bempedoico no se asocia con un mayor riesgo de nuevos casos de diabetes o empeoramiento de la diabetes. Este hallazgo podría considerarse una ventaja adicional de este fármaco, además de su conocida falta de asociación con las miopatías.

0310. RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE CARDIOPLEJÍA DE DEL NIDO VERSUS CARDIOPLEJÍA SANGUÍNEA DE BUCKBERG EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

Guillermo PARODI PARODI | Dolores GRENNON VIEL | Lucas Iván MÜLLER | Hugo FRAGUAS | Micaela PARRA | Brunella BERTAZZO | Alejandro CICOLINI | Roberto Rene FAVALORO

Fundación Favaloro

Introducción: Existen distintas soluciones de cardioplejía utilizadas para evitar el daño por isquemia-reperfusión durante el arresto cardíaco en cirugía cardíaca. La cardioplejía de Del Nido surgió en los años 90 en el marco de la cirugía pediátrica, y progresivamente se fue incorporando su uso en la población adulta como alternativa a otros tipos de cardioplejías. Entre sus potenciales ventajas, la cardioplejía de

Del Nido permite completar la cirugía sin necesidad de re-infusiones de solución cardiopléjica en un marco de 90 minutos, y es significativamente menos costosa. Sin embargo, existen interrogantes sobre los resultados de su uso en cirugía de revascularización miocárdica dada la posibilidad de falla en la protección miocárdica ante la enfermedad coronaria.

Objetivos: El propósito del presente trabajo fue evaluar el uso y los resultados perioperatorios de cardioplejía de Del Nido vs. cardioplejía sanguínea (Buckberg) en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) sin otro procedimiento asociado.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 740 pacientes consecutivos entre el 2019 y 2024 sometidos a CRM con circulación extracorpórea en un único centro, los cuales fueron estratificados según tipo de cardioplejía. La elección de tipo de cardioplejía fue a criterio del cirujano a cargo. Se registraron datos demográficos, preoperatorios y del postoperatorio temprano. Por último, se compararon los costos de la elaboración de la formulación de Del Nido con el de preparados comerciales (cardioplejía de Buckberg).

Resultados: Se incluyeron 740 pacientes, de los cuales en el 41% se utilizó cardioplejía de Del Nido. En todos los pacientes se realizó revascularización completa. Los pacientes tenían scores de riesgo y características preoperatorias similares. En promedio, el grupo de cardioplejía de Del Nido tuvo tiempos significativamente más cortos de circulación extracorpórea (CEC) (96 min vs 112 min, $p < 0.001$) y de clampeo aórtico (77 min vs 91 min, $p < 0.001$), una mayor tasa de desfibrilación espontánea (69% vs 16%, $p < 0.001$), y menor requerimiento de transfusiones postoperatorias (39% vs 54%, $p < 0.001$). Se observó

además una incidencia significativamente menor de infarto perioperatorio (2.7% vs 6.6%, $p < 0.025$) y de requerimiento de balón de contrapulsación (3.3% vs 7.1%, $p < 0.043$). No hubo diferencias en la incidencia de ACV, mediastinitis, insuficiencia renal o reoperaciones. La mortalidad temprana presentó una tendencia no significativa a favor del grupo de cardioplejía de Del Nido (2% vs 4.6%, $p=0.10$).

Conclusiones: En una gran cohorte de pacientes sometidos a CRM con CEC, el uso de cardioplejía de Del Nido se asoció con tiempos quirúrgicos más cortos, menor tasa de infarto perioperatorio, menor tasa de requerimiento de transfusiones, mayor tasa de desfibrilación espontánea luego de la reperfusión, y menor requerimiento de balón de contrapulsación, sin cambios significativos en la mortalidad. Estos hallazgos apoyan su uso como una alternativa segura y efectiva en cirugía coronaria, pero se necesitan más estudios para evaluar su utilidad en otros escenarios como cirugía valvular y de aorta.

Características preoperatorias según tipo de cardioplejía

	Cardioplejía del Nido, N = 301	Cardioplejía sanguínea, N = 439
Sexo femenino, n (%)	31 (10%)	51 (12%)
Edad, Media (DE)	63 (9)	65 (9)
Índice de masa corporal, Media (DE)	29.0 (4.0)	28.2 (4.1)
Hipertensión arterial, n (%)	207 (69%)	326 (74%)
Diabetes, n (%)		
0	182 (60%)	266 (60%)
1 (NO IR)	21 (6.9%)	63 (14%)
1 (IR)	10 (3.3%)	28 (6.3%)
STS, Media (DE)	1.59 (1.48)	1.04 (0.98)
EuroScore II, Media (DE)	1.88 (2.34)	1.59 (1.34)
Hematócrito prequirúrgico, Media (DE)	40.4 (4.3)	40.6 (4.4)
Infarto prequirúrgico, n (%)	61 (20%)	126 (29%)
Defectores de la FEy, n (%)		
No	192 (64%)	288 (66%)
Leve	32 (11%)	36 (8.2%)
Moderado	57 (19%)	60 (14%)
Severo	20 (6.6%)	35 (8.0%)
Enfermedad de tronco, n (%)	132 (44%)	174 (40%)
Urgencia, n (%)		
Programada	154 (51%)	271 (62%)
Urgente	147 (49%)	168 (38%)

Resultados de cirugía de bypass coronario según tipo de cardioplejía

	Cardioplejía del Nido, N = 301	Cardioplejía sanguínea, N = 439	Diferencia (95% CI) ^a	p-valor
Tiempo de bomba, Media (DE)	96 (21)	112 (28)	-16 (-21 to -12)	<0.001
Tiempo de clampeo, Media (DE)	77 (24)	91 (23)	-14 (-18 to -11)	<0.001
Deshfibrilación espontánea, n (%)	208 (69%)	70 (16%)	53% (47% to 60%)	<0.001
Leucocitos, n (%)	10 (3.3%)	19 (4.3%)	-0.09% (-0.2% to 0.0%)	0.56
Insuficiencia renal aguda, n (%)	38 (13%)	79 (17%)	-4.3% (-4.4% to 1.4%)	0.16
Diferencia de hematócrito pre-postoperatorio, Media (DE)	-8.1 (3.8)	-8.9 (4.8)	0.75 (-1.9 to 1.2)	0.61
Transfusiones postoperatorias, n (%)	118 (39%)	238 (54%)	-15% (-17% to -12%)	<0.001
Infarto perioperatorio, n (%)	8 (2.7%)	29 (6.6%)	-3.9% (-7.2% to -0.72%)	0.025
ACV perioperatorio, n (%)	3 (1.0%)	11 (2.5%)	-1.5% (-3.2% to 1.0%)	0.21
Balón de contrapulsación, n (%)	10 (3.3%)	31 (7.1%)	-3.8% (-7.2% to -0.33%)	0.043
ICMO, n (%)	0 (0%)	6 (1.4%)	-1.4% (-2.7% to 0.0%)	0.11
Reoperación por tapamiento o sangrado, n (%)	4 (1.3%)	13 (3.0%)	-1.7% (-3.3% to 0.0%)	0.13
Reoperación mediastinopática, n (%)	23 (7.6%)	43 (9.8%)	-2.2% (-4.3% to 0.0%)	0.36
Mediastinitis, n (%)	7 (2.3%)	9 (2.1%)	0.08% (-1.2% to 1.2%)	0.88
Días de internación, Media (DE)	8.4 (12.3)	8.8 (11.5)	-0.4% (-1.9 to 1.0)	0.63
Días en UCI, Media (DE)	4.13 (8.91)	4.21 (8.88)	-0.10 (-1.4 to 1.2)	0.88
Días a 30 días, n (%)	4 (1.3%)	20 (4.6%)	-3.3% (-5.4% to -1.2%)	0.10

^a De Student's T-test con test de ajuste de presiones.
^b CI = Confianza Intervalo.

0312. IMPORTANCIA DE LA SUMATORIA DE TÉCNICAS PARA LA ABLACIÓN EFECTIVA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR LONG STANDING

Arritmias y Electrofisiología

Gerson Ariel REVOLLO | Luis Dante BARJA | Juan Manuel ABOY | Mateo BIVORT HAIK | Mariela Roxana PALAVECINO

Hospital Universitario Austral

Introducción: En los pacientes con FA long standing (FALST) debido a que presentan cambios estructurales con mayor remodelado, fibrosis y un sustrato complejo auricular, para recuperar el ritmo sinusal podrían requerir un mayor número de técnicas sumatorias y escalonadas o en su defecto producir el cambio de sustrato a otra arritmias más organizadas como aleteos o taquicardias auriculares.

Objetivos: El objetivo primario fue evaluar el porcentaje de cambio de sustrato de fibrilación auricular a aleteo auricular, taquicardia auricular o a ritmo sinusal. El objetivo secundario fue evaluar el porcentaje de pacientes en ritmo sinusal y evaluar las técnicas más utilizadas para el mantenimiento del ritmo sinusal

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte descriptivo retrospectivo unicentrico que incluyó 47 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de FALST (Tabla 1) desde enero de 2014 hasta marzo de 2024 a los que se realizó aislamiento eléctrico de venas pulmonares y técnicas sumatorias y escalonadas bajo sistema de navegación EnSite St Jude. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, ambos sexos, con diagnóstico de FALST, sintomáticos, refractarios a medicación antiarrítmica que ingresaron en ritmo de FA a la ablación. Criterios de exclusión: menores de 18 años o mayores de 75 años, FA paroxística, persistente y contraindicación de anticoagulación.

Resultados: De los 47 pacientes con FALST (Tabla 2), con la realización de técnicas escalonadas hasta el cambio de sustrato o pasaje a ritmo sinusal en el 83 % (39 pacientes) se evidencio cambio de sustrato. De los cuales el 19.1% (9 pacientes) se evidencio pasaje a ritmo sinusal, el 17.2% a AAD (8 pacientes), el 14.8 a TA (7 pacientes con 1 CVE) a AAI y AAD el 12.8% (6 pacientes con 1 CVE) a AAI el 8.5% (4 pacientes 2 CVE) a AAI y TA 4.3% (2 pacientes) a TA y AAD 4.3% (2 pacientes) y a AAI doble loop y AAD el 2.1 % (1 paciente). El 17% (8 pacientes) pese al tratamiento escalonado continuo con fibrilación auricular con requerimiento de CVE, de los cuales 1 paciente se realizó un segundo procedimiento de reAVP por reconexión de VPSD de forma exitosa. El 85.1% de todos los pacientes se mantuvieron en ritmo sinusal al final del estudio. Las técnicas más usadas para el cambio de sustrato fueron WACA, línea en techo, ablación del ligamento de Marshall, CFES, desfragmentación de seno coronario endocardico y epicardico y ablación de istmo cavotricuspeideo.

Conclusiones: Un primer procedimiento tiene alta efectividad cuando se realiza técnicas sumatorias y escalonadas. El 83% de los pacientes presentaron cambio de sustrato a AA, TA y ritmo sinusal. El IAVP solo no revirtió ni cambio el sustrato. El mantenimiento de ritmo sinusal se observó en el 85.1 %. Las técnicas más utilizadas fueron AVP, línea en techo, ablación de CFES, ablación de Ligamento de Marshall y ablación del SC endocardico y epicardico. Hacer un protocolo inicial más efectivo será un trabajo a futuro así como protocolos comparativos.



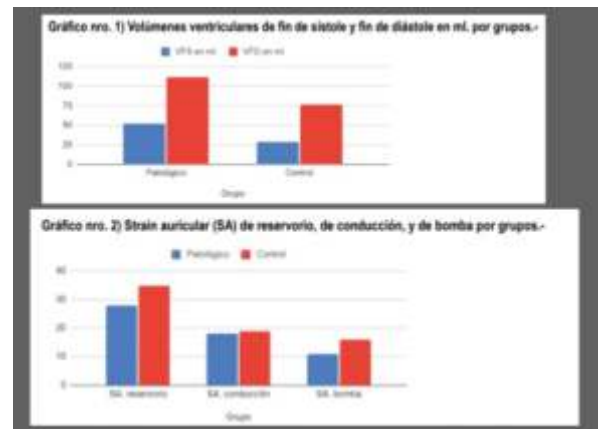
Tabla 2: Número total de pacientes con resultados

0313. "ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS Y STRAIN AURICULAR: VALOR PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA MITRAL"

Valvulopatías

María Eugenia EMMA | Fernando Marcelo URINOVSKY | Miguel Ángel TIBALDI
Sanatorio Allende

Introducción: La insuficiencia mitral (IM) es la segunda valvulopatía más frecuente en la población general. Su evaluación se hace mediante ecocardiografía. Mientras que en la formas secundarias el primer paso es la terapia médica, en las primarias el tratamiento definitivo es quirúrgico. Se indica en IM severa sintomática; y en asintomáticos con fracción de eyección (FEy) -60%, diámetro de fin de sístole ventricular izquierdo +40 mm, fibrilación auricular (FA), presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) +50 mmHg. Dado que el remodelado asociado afecta no solo al ventrículo (VI) sino también a la aurícula (AI), la identificación de signos tempranos de remodelado auricular podría ser de importancia clínica ya que ocurren antes que la disfunción ventricular. Las guías actuales ya sugieren la consideración de la reparación en presencia de dilatación de AI (Volumen +60 ml/m², diámetro +55 mm), proponiendo un papel adicional auricular en la estratificación del riesgo; sin embargo, la evidencia sigue siendo limitada en parámetros de función, la cual puede evaluarse mediante strain (SA).



Objetivos: Principal: Evaluar función de AI mediante SA en reposo y estrés, en asintomáticos con IM moderada y severa. Compararla con grupo control de pacientes sin esta patología. Secundarios: Correlacionar SA con empeoramiento de relación E/e', IM, PSAP y desplazamiento sistólico del plano tricúspideo (TAPSE) durante ejercicio. Correlacionar SA con aparición de arritmias supraventriculares y síntomas durante ejercicio.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, transversal y descriptivo. Se seleccionaron pacientes desde el Sanatorio Allende entre mayo y agosto 2023. Se citó vía telefónica para ecocardiograma en reposo y estrés, previo consentimiento. Se distribuyeron en grupo problema (GP) y control (GC), el primero con diagnóstico de IM moderada-severa asintomáticos. Se excluyeron: IM sintomática, cirugía valvular, incapacidad para ejercicio físico, inestabilidad hemodinámica, FA permanente.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes, 14 en grupo problema (GP). El sexo masculino fue el más frecuente. La edad media 55 años. Las comorbilidades que predominaron sobrepeso, dislipemia e hipertensión. En un 57% de los pacientes la IM fue severa. Todos presentaron función ventricular preservada, con volúmenes más elevados en GP. El volumen indexado auricular fue mayor en el GP. El SA fue inferior a la normalidad en el GP. En el ejercicio las presiones de llenado empeoraron. Ninguno presentó síntomas en ejercicio, y un 30% extrasístoles supraventriculares.

Conclusiones: La IM tiene curso progresivo con un momento de resolución quirúrgica, aún objeto de debate. Las recomendaciones actuales proponen equivalentes de función ventricular para definirlo, los cuales bien sabemos cuando se deterioran se asocian a peores resultados. Además presentan gran dependencia de las condiciones de precarga, a diferencia del método de strain. Por ello decidimos valorar SA y se evidencio que, incluso con función y volúmenes ventriculares conservados, el mismo fue más bajo en el GP. Debido a la estrecha relación entre el grado de IM y su repercusión en AI, la determinación de la función de esta cámara sería de gran utilidad para identificar disfunción VI incipiente. Su deterioro según estudios ya publicados se asocia a: Fibrosis auricular, mortalidad por todas las causas, aparición de síntomas. De allí que, y en respuesta a nuestros resultados, el SA disminuido ya es predictor de eventos adversos en pacientes sin los criterios definidos para cirugía. Finalmente, la prueba de ejercicio mejora la precisión diagnóstica y la planificación terapéutica en valvulopatías.

0314. EVALUACIÓN INTEGRAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Juan Jose BACIGALUPE | Ignacio Daniel MARTINEZ RUSLENDER | Santiago TORROBA | María Cecilia GARCÍA LEÓN | Mariana NAVARRO | Karen Yamila GRECCO | Natalia VENSENTINI | Javier MARIANI

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: Una cuarta parte de las personas con insuficiencia cardíaca (IC) se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad, caracterizada por síntomas limitantes y en algunos casos invalidantes, que impactan en todas las esferas de la persona. Los programas de IC son un cambio de paradigma en el modelo de atención tradicional, con un abordaje interdisciplinar, orientado a mejorar el acceso y tratamiento precoz de las descompensaciones. En un hospital de alta complejidad se inició un programa que cuenta con profesionales de medicina y enfermería especializados en IC e incluye estrategias de educación dirigida a pacientes, seguimiento telefónico, por telemedicina, atención en hospital de día (HDD) y rehabilitación cardiovascular personalizada.

Objetivos: Describir las características clínicas de una población en estadio avanzado de su enfermedad que ingresaron a un programa de insuficiencia cardíaca. Analizar el impacto en la calidad de vida (CV), la clase funcional, biomarcadores, al inicio y al mes, de los pacientes que ingresaron a HDD para infusión de diuréticos.

Materiales y Métodos: A partir de octubre 2023, se incluyeron en forma prospectiva pacientes con IC avanzada que cumplieran los criterios de inclusión al programa. En todos se determinó el estado

Tratamiento		Evaluación de congestión	
IECA/ARA II	(43,8%)	Índice EVEREST	2 [0-5]
ARNI	(18,8%)	NT-proBNP	2172 [930-3328]
Betabloqueantes	(81,3%)	Ca-125	23 [17-48]
Antagonista aldosterona	(100%)	Minnesota (emocional)	14,5 [9-20]
Gliflozinas	(50%)	Minnesota (física)	16,5 [9,5-23]
Diuréticos de asa	(93,8%)	Minnesota global	51,5 [34-63]
Diuréticos tiazídicos	(62,5%)	Protocolo VExUS M/S	3 [2-5]
Hydralina	(12,5%)	PM6M (metros)	349 [280-404]
Anticoagulación	(96,23%)	PM6M (metros) <300	40%

Tabla 1

Evaluación de congestión	Basal Mediana RIC	30 días Mediana RIC	p
Índice EVEREST	4 [0-6]	3 [0-4]	0,09
Peso (kg)	62,5 [48,4-87,1]	63,8 [47,8-82,2]	0,17
NT-proBNP	2506 [887-3376]	1900 [700-3270]	0,17
Ca-125	27,5 [22,2-64]	21,7 [16,2-63]	0,18
Minnesota (emocional)	19 [13-20]	15 [13-22]	0,15
Minnesota (física)	20 [11-28]	18 [12-23]	0,04
Minnesota global	58 [48-64]	57 [42-67]	0,17
Protocolo VExUS M/S	3 [2,5-3]	2 [1-2]	0,56
PM6M (metros)	287 [278-349]	342 [304-374]	0,19

Tabla 2

funcional (EF), considerando: Clase funcional (CF) según la New York Heart Association (NYHA), índice EVEREST para evaluación de congestión, prueba de marcha de 6 minutos (PM6M), calidad de vida mediante el cuestionario de Minnesota, New York Heart Association (MLHFQ), pruebas de laboratorio que incluían NT-proBNP y Ca-125, exploración de la congestión venosa utilizando el protocolo VExUS (Venous Excess Ultrasound Grading System). De acuerdo con el programa, quienes presentaban signos clínicos de congestión se les realizó internación breve en HDD para infusión de diuréticos y se realizó una nueva visita de seguimiento al mes.

Resultados: Entre octubre 2023 y mayo 2024 se realizaron 32 evaluaciones, el 81,2% de sexo masculino con una mediana de edad de 48 años RIC [35-66]. Entre los factores de riesgo, el 50% eran ex-tabaquistas, un 25% tabaquistas actuales, un 25% presentaba dislipemia, un 12,5% hipertensión. En cuanto a las comorbilidades un 31,3% presentaba infarto previo, 31,3% fibrilación auricular, el 50% enfermedad renal crónica, el 18,2% anemia y enfermedad pulmonar el 12,5%. En lo que respecta a la etiología de la miocardiopatía, el 37,5% fue isquémica, 37,5% idiopática y un 6,3% chagásica. La mediana de fracción de eyección fue de 22 [17.5-24], un 37,5% presentaban CDI previo y un 12,5 TRC. Un alto porcentaje recibía betabloqueantes y antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) y diuréticos, la mitad de los pacientes utilizaban gliflozinas y un 60% recibían vasodilatadores. (tabla 1) En la evaluación del EF los pacientes presentaban un índice Everest de 2 [RIC 0-5], un Nt-proBNP de 2172 [RIC 910-3323], Ca 125 23 [RIC 17-48], MLHFQ de 51,5 [RIC 34-63], el 40% presentaba una PM6M menor a 300 metros con una mediana de 349 [RIC 280-404], el protocolo VExUS indicó congestión moderada a severa en un 50%. (tabla 1) En los pacientes que presentaron signos de congestión (n=7), que requerían una intervención, no se encontraron diferencias significativas en el índice Everest, NT-proBNP, Ca 125, MLHFQ, PM6M. (tabla 2)

Conclusiones: Identificamos una población joven, con marcadores de mal pronóstico, en los que la combinación del examen físico, test de calidad de vida, técnicas de imagen, biomarcadores y la capacidad de esfuerzo podría mejorar la precisión diagnóstica, con un enfoque integral que permita estipular mejor la congestión y gravedad de los pacientes con IC avanzada, pudiendo ser un predictor de mortalidad a largo plazo.

0316. RELACIÓN ENTRE EL STRAIN CARDÍACO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y LA PRUEBA CARDIOPULMONAR

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Investigación Básica

Florencia CANTORA | Rocío BLANCO | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Bruno Daniel BOCCI | Ana Laura MICELI | Marina Belén MARCHESINI | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes con miocardiopatía hipertrófica suelen presentar una función miocárdica anormal, tanto clínica como subclínica, así como una capacidad funcional reducida. El strain cardíaco, medido a partir de la resonancia magnética cardíaca (RMNc), es un parámetro que permite evaluar cuantitativamente el grado de deformación miocárdica, proporcionando información detallada sobre la función ventricular. La relación entre el strain cardíaco y el consumo pico de oxígeno puede ser una herramienta útil para valorar el grado de disfunción ventricular y su impacto en la capacidad funcional.

Parámetros (n=32)	Resultados
Edad (años, media ± DE)	50,17 ± 15,3
Hombres (%)	71% (23)
NYHA clase funcional I (%)	84% (27)
NYHA clase funcional II (%)	12% (4)
NYHA clase funcional III (%)	3% (1)
Gradiente intraventricular ecocardiograma (mmHg, media ± DE)	27 ± 33,3
Ostrucción del tracto de salida (>30mmHg)	28% (9)
Puntuación escala de riesgo de muerte súbita ESC	2,8 ± 1,8
VO2 pico (mL/kg/min)	25 ± 8
Fracción de eyección (%), media ± DE)	70,8 ± 10,9
Volumen de fin de diástole indexado (mL, media ± DE)	73,5 ± 15,5
Volumen de fin de sístole indexado (mL, media ± DE)	22,4 ± 13,2
Masa de ventrículo izquierdo indexado (g/m ² , media ± DE)	89,3 ± 21,9
Espesor máximo pared ventricular (mm, media ± DE)	20 ± 4,2
Extensión de realce tardío de gadolinio (% de masa de ventrículo, media ± DE)	15,0 ± 13,2
Strain por CHR-FT (%), media ± DE)	-12,4 ± -3,4

DE= desvío estándar, CHR-FT= CHR feature tracking strain, NYHA= New York Heart Association

Objetivos: El objetivo del estudio es evaluar la relación entre el valor del strain cardíaco y el consumo pico de oxígeno medido en la prueba cardiopulmonar en pacientes con miocardiopatía hipertrófica.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes con miocardiopatía hipertrófica, evaluados mediante ecocardiograma transtorácico, RMNc y prueba cardiopulmonar. Todas las exploraciones de la RMNc se realizaron utilizando un imán de 1.5-T (Avanto, Siemens Medical Solutions®, Erlangen, Alemania). El análisis del strain por RMNc se realizó a través de la técnica de feature tracking. Tanto este último como la cuantificación del realce tardío de gadolinio fueron evaluados por Circle Cardiovascular Imaging (Tissue Tracking, cvi42). Se utilizó un modelo de regresión lineal para identificar variables independientes asociadas con la deformación del strain y otras variables como las clínicas, las de la prueba cardiopulmonar, la ecocardiografía y los parámetros del ventrículo izquierdo medidos por RMNc.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica entre enero de 2017 y abril de 2023. De los 32 pacientes, el 71% eran hombres con una edad media de 50 ± 15,3 años. La fracción de eyección fue de 70.8% ± 10.9%, el strain cardíaco fue de -12% ± 3.4%, y el consumo pico de oxígeno fue de 25 mL/kg/min ± 8 mL/kg/min. El resto de las características de la población se

describen en la Tabla 1. En el modelo de regresión lineal univariada, la deformación evidenciada en el strain se asoció de forma significativa con la extensión del realce tardío de gadolinio (9.8, IC 95%, 1.56 - 18.21, $p=0.022$) y la masa del ventrículo izquierdo indexada (0.08, IC 95% 0.035 - 0.12, $p=0.001$). Sin embargo, la deformación del strain por RMNc no se asoció con el valor del consumo pico de oxígeno en la prueba cardiopulmonar (-0.39, IC 95% de -1.26 - 0.47, $p=0.358$) ni con los gradientes intraventriculares (-0.001, IC 95% de -0.04 - 0.03, $p=0.93$) medidos mediante ecocardiograma Doppler.

Conclusiones: El análisis del strain mediante RMNc en pacientes con miocardiopatía hipertrófica está asociado de forma inversamente proporcional con el índice de masa del ventrículo izquierdo y el grado de fibrosis en las imágenes de realce tardío de gadolinio, lo cual proporciona información detallada y valiosa sobre la disfunción miocárdica subyacente. Sin embargo, si bien la mayoría de los pacientes tienen un strain disminuido, no se encontró una asociación significativa entre el grado de deformación miocárdica y la capacidad funcional medida por el consumo pico de oxígeno en la prueba cardiopulmonar, con lo cual la relación entre estos puede ser más compleja y estar influenciada por múltiples factores. Se necesitan más estudios para entender mejor la asociación entre el remodelado del ventrículo izquierdo, la fibrosis y la capacidad funcional en esta población.

0322. ESTUDIO OBSERVACIONAL QUE COMPARA LA ESTRATEGIA FARMACOVASIVA CON LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA PRIMARIA EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN UN SISTEMA REGIONAL DE LA NORPATAGONIA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Sergio Adrián PEREZ | María Lara VITULICH | Celeste Andrea ZANONI

LEBEN SALUD

Introducción: El tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) se basa en la rápida apertura de la arteria culpable, sea con la utilización de fibrinolíticos o con una intervención coronaria percutánea primaria, que limitan el tamaño del infarto y mejoran el pronóstico. Se recomienda una estrategia farmacovasiva si no se puede realizar una estrategia intervención coronaria percutánea primaria dentro de los 120 minutos de realizado diagnóstico de SCACEST. En nuestra región los datos son escasos y se desconocen los tiempos y resultados de los pacientes con diagnóstico de SCACEST.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue observar las características epidemiológicas, demográficas y clínicas en pacientes con SCACEST, que recibieron intervención coronaria percutánea primaria versus estrategia farmacovasiva, en la región mencionada.

Materiales y Métodos: Se realizó estudio observacional de corte transversal, de pacientes que ingresaron o fueron derivados a las instituciones de Leben Salud y zonas de influencia (Rio Negro y Neuquén), en el periodo comprendido del 9 de enero al 2 de julio del 2023, con diagnóstico de SCACEST, que cumplan con la corta definición universal de infarto. La información se obtuvo, de revisar las historias clínicas de los pacientes ingresados en el periodo mencionado.

Resultados: Se incluyeron un total de 64 pacientes, de los cuales 43 (67.2%) pertenecía al grupo intervención coronaria percutánea primaria y 21 (32.8%) al de estrategia farmacovasiva. No se observó diferencias significativas en el punto final primario entre los grupos ($p=0.97$). La media de tiempo entre síntomas y primer contacto médico fue de 104,3 minutos (IC 95% 73,6-135,0 minutos) en pacientes con tratamiento farmacovasiva y 101,7 minutos (IC 95% 70,2-133,3 minutos) en pacientes con intervención coronaria percutánea primaria; la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,781$). En el tiempo entre primer contacto médico y reperfusión se observa que en pacientes con tratamiento farmacovasiva la media fue de 138,1 minutos (IC 95% 49,4-226,8 minutos), y de 214,7 minutos (IC 95% 168,2-261,2 minutos) en pacientes con tratamiento de intervención coronaria percutánea primaria; la diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,018$). De la totalidad de los pacientes del grupo farmacovasiva, en el 100% se utilizó como agente trombolítico la estreptoquinasa. De los cuales el 71,4% tuvo criterios de reperfusión positivos; por lo cual el 28,6% requirió angioplastia de rescate. En el grupo de intervención coronaria percutánea primaria solo el 44,2% se repercutió dentro de los 120 minutos (angioplastia oportuna).

Conclusiones: este trabajo observacional retrospectivo de nuestra región, mostro que los resultados cardiovasculares adversos graves y las hemorragias graves no fueron diferentes entre los pacientes sometidos a farmacovasiva o intervención coronaria percutánea primaria. El estudio sugiere que la estrategia farmacovasiva es una opción terapéutica factible, efectiva y segura para pacientes con SCACEST, particularmente en pacientes que acuden a centros médicos que se encuentran alejados de las instituciones con servicios de hemodinamia. Estos resultados podrían favorecer a realizar un relevamiento de datos de mayor magnitud entre todas las instituciones de la región, para posteriormente desarrollar y mejorar los sistemas de atención, tanto privado como público, que sé que utilice la estrategia farmacovasiva como una forma de opción de reperfusión eficaz y segura.

0326. EL CONOCIMIENTO DE LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA CENTRAL EN CONJUNTO CON LA PERIFERICA PODRIA SER CRUCIAL EN EL MANEJO, TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Leila Ayelen MISERQUE FILIPPELLI | Wadit Musa MISERQUE SALOMON
CEPRECARDIO

Introducción: Aunque vivimos más, nuestra calidad de vida podría estar amenazada debido al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones. En este grupo etario más del 50% padecen hipertensión arterial (HTA), siendo prioritario su control adecuado para reducir la incapacidad y morbimortalidad cardiovascular asociadas. El advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas no invasivas nos ha permitido conocer no solo la presión arterial sistólica braquial (bPAS), si no también la central (cPAS), y la relación entre ellas; siendo esta última la que se hallaría más fuertemente relacionada con riesgos de eventos cardiovasculares.

Objetivos: Impulsados por este campo decidimos evaluar la relación entre bPAS y cPAS en pacientes mayores de 65 años, nuestra hipótesis de trabajo es que determinar la cPAS permitiría identificar ampliar el conocimiento de un grupo de ancianos sobretratados pensando en ellos como pseudohipertensos con el objetivo de optimizar su tratamiento y mejorar su calidad de vida.

Materiales y Métodos: Fueron invitados 1054 hipertensos mayores de 65 años a participar voluntariamente, en un estudio original y descriptivo, En sala de espera pacientes llenaron un formulario de datos personales, luego de la anamnesis y siguiendo recomendaciones se midió la bPAS y cPAS (Mobil-O-Graph, IEM, Germany) definiendo posibles fenotipos como HTA controlada (bPAS y PAS normales), HTA no controlada (bPAS y cPAS elevadas) y pseudohipertensos (bPAS elevada y cPAS normal).

Resultados: Se incluyeron 1054 hipertensos (Femenino 66.6%/n:702; 73.8±7.1 años). En la distribución de factores de riesgo encontramos 73.2%/n:772 dislipémicos, 36.4%/n:34.5 diabéticos, 16.5%/n:174 tabaquistas, 59.2%/n:624 extabaquistas, 41.1%/n:443 con sobrepeso y 34.3%/n:361 obesos. Los pacientes que aludieron ya haber tenido algún evento fueron 71.6%/n:755. Al evaluar fragilidad encontramos 45%/n:474 y daño de órgano blanco (DOB) 53.5%/n:564. Cuando investigamos tratamiento 28.8%/n:304 se encontraban con una droga, 43.6%/n:460 en combinación de dos drogas, 28.3%/n:298 en combinación de tres drogas y 52.1%/n:549 con agregado de betabloqueantes. La prevalencia de hipertensos controlados fue de 22.5%/n:237 mientras que pseudohipertensos 77.1%/n:813. En la tabla I se muestran los resultados. El mismo análisis fue realizado por edad cada uno por separado.

Conclusiones: Se contribuye al aporte de información brindada por mediciones centrales de presión arterial que podría no verse trasladada a la práctica clínica convencional llevando a una probable excesiva asignación de fármacos antihipertensivos que podrían estar perjudicando a esta población tan frágil, abriendo un nuevo abanico de preguntas para continuar futuros estudios de investigación.

Tabla 1. Población General. Características fenotípicas y hemodinámicas.

N total 1054		
SEXO n/% (femenino)	n:702	66.6%
EDAD años (media ± DS)	73.8	7.1%
TALLA (n%)	n:1.6	0.1%
PESO (n%)	n:74	13.3%
PA mmHg (media ± DS)	1054	100%
DLP (n%)	n:772	73.2%
DBT (n%)	n:364	34.5%
TBQ (n%)	n:174	16.5%
EX TBQ (n%)	n:624	59.2%
SOB (n%)	n:433	41.1%
OB (n%)	n:361	34.3%
bPAS mmHg (media ± DS)	146.80 ± 11.0	
bPAD mmHg (media ± DS)	92.00 ± 10.2	
bPAM mmHg (media ± DS)	110.20 ± 9.6	
bFC lpm (media ± DS)	74.20 ± 12.2	
cPAS mmHg (media ± DS)	119.80 ± 12.2	
cPAD mmHg (media ± DS)	70.80 ± 10.1	
cPAM mmHg (media ± DS)	93.20 ± 9.8	
cFC lpm (media ± DS)	71.30 ± 12.5	
PP mmHg (media ± DS)	48.90 ± 10.6	
VS vdf-vdf (media ± DS)	68.80 ± 15.2	
RVS dyn*1/cm5 (media ± DS)	1597.10 ± 274.0	
IC l/min*1/m2 (media ± DS)	2.70 ± 0.5	
Aix % (media ± DS)	25.90 ± 13.7	
VOP m/s (media ± DS)	10.60 ± 1.9	
P2nd	n:755	71.6%
FRAGILIDAD	n:474	45.0%
DOB	n:564	53.5%
1 DROGA	n:304	28.8%
2 DROGAS	n:460	43.5%
3 DROGAS	n:298	28.3%
BB	n:549	52.1%
ESTATINAS	n:548	52.0%
OTROS	n:837	79.4%
bPAS-cPAS controladas mmHg (media ± DS)	237 ± 22.5	
bPAS-cPAS no controladas mmHg (media ± DS)	4 ± 0.4	
bPAS elevada-cPAS controlada mmHg (media ± DS)	813 ± 77.1	
bPAS controlada-cPAS elevada mmHg (media ± DS)	0 ± 0.0	

PA: presión arterial DLP: dislipémico DBT: diabetes TBQ: tabaquismo EX TBQ es tabaquista SOB: sobrepeso OB: obesidad bSEP: presión arterial sistólica braquial bDBP: presión arterial sistólica braquial bPAM: presión arterial media braquial bFC: frecuencia cardíaca braquial cPAS: presión arterial sistólica central cPAD: presión arterial diastólica central cPAM: presión media central cFC: frecuencia cardíaca central PP: presión de pulso VS: RVC: resistencia vascular IC: índice cardíaco Aix: índice de aumento VOP: velocidad de pulso P2nd: prevención secundaria DOB: daño órgano blanco BB: betabloqueantes

0328. RESULTADOS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST TRATADO CON INTERVENCIÓN CORONARIO PERCUTÁNEO PRIMARIO VERSUS ESTRATEGIA FARMACOVASIVA EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE LA NORPATAGONIA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Sergio Adrián PEREZ | María Lara VITULICH | Celeste Andrea ZANONI
LEBEN SALUD

Introducción: En el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) se recomienda una estrategia farmacovasiva (FI) si no se puede realizar una estrategia intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) dentro de los 120 minutos de realizado diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y no hay contraindicaciones. En nuestra región los datos son escasos y se desconocen los resultados de los pacientes con diagnóstico de SCACEST tratados con ICPp o con estrategia FI.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue observar los resultados clínicos, angiográficos y el tratamiento intervencionista de una intervención coronaria percutánea primaria frente a una estrategia de farmacovasiva, en pacientes con SCACEST de la región mencionada, que ingresaron en esta institución.

Materiales y Métodos: Se realizó estudio observacional de corte transversal, de pacientes que ingresaron o fueron derivados a las instituciones de Leben Salud y zonas de influencia (Rio Negro y Neuquén), en el periodo comprendido del 9 de enero al 2 de julio del 2023, con diagnóstico de SCACEST, que cumplan con la corta definición universal de infarto. La información se obtuvo, de revisar las historias clínicas de los pacientes ingresados en el periodo mencionado.

Resultados: Se incluyeron un total de 64 pacientes, de los cuales 43 (67.2%) pertenecía al grupo ICPp y 21 (32.8%) al de estrategia FI. No se observó diferencias significativas en el punto final primario entre los grupos ($p=0,97$). La media de tiempo entre síntomas y primer contacto médico fue de 104,3 minutos (IC 95% 73,6-135,0 minutos) en pacientes con tratamiento FI y 101,7 minutos (IC 95% 70,2-133,3 minutos) en pacientes con ICPp; la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,781$). En el tiempo entre primer contacto médico y reperusión se observa que en pacientes con tratamiento FI la media fue de 138,1 minutos (IC 95% 49,4-226,8 minutos), y de 214,7 minutos (IC 95% 168,2-261,2 minutos) en pacientes con tratamiento de ICPp; la diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,018$). De la totalidad de los pacientes del grupo farmacovasiva el 71,4% tuvo criterios de reperusión positivos; por lo cual el 28,6% requirió angioplastia de rescate. Los datos muestran que es algo más elevado el porcentaje de paciente con múltiples vasos en el grupo de los que recibieron tratamiento farmacológico. No se observan diferencias significativas en TIMI resultante. Hay una tendencia a un uso mayor de dispositivos de tromboaspiración ($p=0,448$) y de inhibidores de la glicoproteína IIb-IIIa (0,085) en el grupo ICPp, sin llegar a ser significativo. En solo 2 pacientes del grupo ICPp la angioplastia coronaria fue frustra, los cuales fueron a cirugía de revascularización miocárdica. Y en un solo paciente del grupo ICPp no evidencio lesiones significativas de arterias epicárdicas. Tampoco se observaron diferencias significativas en el resultado ecocardiográfico al alta.

Conclusiones: El estudio mostro que no hay diferencias significativas en los resultados clínicos, complicaciones, características angiográficas y el tratamiento intervencionista entre los pacientes sometidos a farmacovasiva o intervención coronaria percutánea primaria. Sugiere que la estrategia farmacovasiva es una opción terapéutica factible, efectiva y segura para pacientes con SCACEST, particularmente en pacientes que acuden a centros médicos que se encuentran alejados de las instituciones con servicios de hemodinamia.

0329. FACTORES PRONÓSTICO DE RECURRENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Arritmias y Electrofisiología

Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Mariano Gaston BERGIER | Marco Antonio BORJA YENCHONG | Mauricio DELGADO GAETE | Agustín Ezequiel MONZON | María Eugenia AMREIN | Santiago SANCHEZ BUSTAMANTE | Gustavo MAID

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en mayores de 45 años. La ablación por radiofrecuencia suele ser un tratamiento efectivo, pero a pesar de esta intervención, existe un grupo no menor de pacientes que tienen recurrencia del evento. El identificar aquellos factores que se asocian a recurrencia de la misma y actuar sobre ellos, puede ser útil para determinar aquellos pacientes de riesgo, y ser más agresivos a la hora de mantener los antiarrítmicos posterior al procedimiento, así como evitar suspender la anticoagulación.

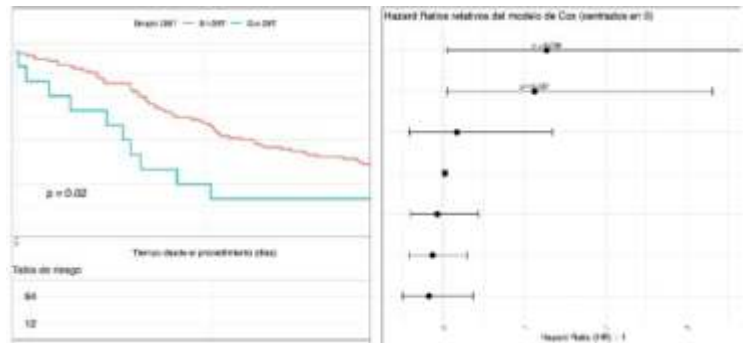
Objetivos: El objetivo del siguiente trabajo es identificar predictores de recurrencia en pacientes sometidos a ablación de fibrilación auricular (FA).

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo de naturaleza observacional. Se incluyeron pacientes que fueron sometidos a ablación por radiofrecuencia de fibrilación auricular (FA) durante el período comprendido entre 2019 y 2022. Se definió como período de seguimiento el lapso de un año, durante el cual se registró cualquier recurrencia del evento de interés. Se procedió a analizar específicamente a aquellos pacientes que experimentaron recurrencia de FA. Se empleó un modelo de regresión de Cox multivariado para la evaluación de las variables predictoras de interés. Además, se realizó un análisis gráfico de la tasa de eventos utilizando el método de Kaplan-Meier. Las variables continuas fueron reportadas mediante su mediana acompañada de los correspondientes rangos intercuartílicos (RIC), mientras que las variables categóricas se presentaron como porcentajes.

TABLA 1

Pacientes sometidos a ablación de FA	Total (n=106)
Antecedentes	
Edad, años	69 (45-79)
Femenino (N)	21 (19.8)
TRO, (N)	6 (5.7)
EPOC, (N)	3 (2.8)
HTA, (N)	64 (60.4)
DTB, (N)	11.32 (n=12)
Dislipemia, (N)	47.17 (n=50)
CRM/ICC previa (N)	7.55 (n=8)
Internación previa por IC (N)	34.9 (n=37)

Resultados: Se analizaron 319 pacientes sometidos a ablación de FA. Presentaron recurrencia 106. Las características generales se muestran en la Tabla 1. Dentro del grupo de pacientes con recurrencia se observó que la diabetes (DBT) así como el antecedente de insuficiencia cardíaca previa, (ICC) aumentaban la tasa de recurrencia. En un análisis multivariado corrigiendo por edad y sexo, ambas variables fueron significativas. (P<0,05) (FIG 1)



Conclusiones: En pacientes sometidos a ablación de FA, la DBT y el antecedente de ICC se mostraron como factores pronóstico de recurrencia de la arritmia. Quizás en estos pacientes tenga sentido mantener el tratamiento anti arritmico y anticoagulante alejado del periodo de blanking

0330. MEJORANDO LA DERIVACIÓN A REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR: EVALUACIÓN DEL USO DE ALERTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Cardiología del ejercicio / Medicina Digital e Inteligencia artificial

Lucía Victoria CAMPOS CERVERA | Lucas Leonardo SUÁREZ | Laura Elena VITAGLIANO | Cecilia ZEBALLOS | Hugo Daniel SANABRIA | Juan Pablo COSTABEL | Mariano N. BENZADON

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La rehabilitación cardiovascular (RHCV) ha demostrado reducción de eventos en las distintas patologías cardíacas y constituye un pilar fundamental en el tratamiento. Sin embargo, la derivación a estos programas en nuestra región y en el mundo es muy baja. La historia clínica electrónica (HCE) y los sistemas de alerta dentro de la misma son herramientas que podrían mejorar la derivación.

Objetivos: Evaluar el impacto de una alerta en la HCE a la hora del egreso hospitalario de los pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o postoperatorio de cirugía cardíaca en la derivación de los mismos a un centro de rehabilitación cardiovascular.

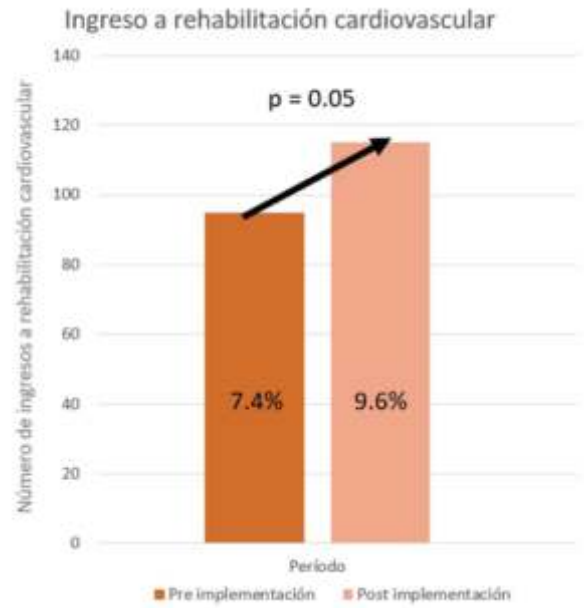
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, en un único centro que comparó la cantidad de pacientes que acudían al servicio de rehabilitación cardiovascular luego del alta hospitalaria en el período de junio a diciembre de 2022 con el período de junio a diciembre de 2023 para evaluar el efecto que presentaba la implementación de una alerta en la HCE. Dicha herramienta comenzó a funcionar en junio de 2023 y consiste en el envío automatizado de información por mail y adjuntado a la epicrisis sobre los beneficios de la rehabilitación cardiovascular ajustada a cada patología y detalles para facilitar el ingreso al programa.

Resultados: En el primer período fueron dados de alta 1278 pacientes y en el segundo 1190 pacientes. Del total de pacientes el 45-46% egresaron por síndrome coronario agudo, 24% por insuficiencia cardíaca y 35% postoperatorio de cirugía cardíaca, sin diferencias significativas en la distribución entre ambos períodos. El 7,4% (n = 95) de los pacientes del primer periodo (junio-diciembre 2022) ingresaron al programa de rehabilitación comparado con el

	Pre implementación (n = 1278)	Post implementación (n = 1190)	p
Edad, años media (DS)	67,74 (13,06)	67,9 (12,96)	0,57
Sexo, masculino n (%)	887 (69,5)	819 (70,2)	0,48
Hipertensión arterial n (%)	766 (59,9)	713 (59,9)	0,78
Dislipemia n (%)	779 (60,9)	760 (63,9)	0,14
Tabaquismo n (%)	141 (11)	145 (12,2)	
Ex tabaquismo n (%)	522 (41,8)	404 (33,9)	
Fibrilación auricular n (%)	56 (4,2)	36 (3,4)	0,04
Insuficiencia cardíaca n (%)	317 (24,8)	280 (24,2)	0,76
Síndromes coronarios n (%)	580 (46)	539 (45,3)	0,75
Cirugía cardíaca n (%)	459 (35,8)	420 (35,3)	0,81
Inicio rehabilitación cardiovascular n (%)	95 (7,4)	115 (9,6)	0,05

9,6% (n = 115) en el segundo periodo (junio-diciembre 2023) post implementación de la herramienta en la historia clínica, implicando un aumento significativo del 22% en las derivaciones ($p < 0,05\%$). Es posible que parte del impacto sea subestimado debido al corto periodo de tiempo evaluado ya que, más del 30% de los pacientes corresponden a postoperatorio de cirugía cardíaca donde la derivación a programas de RHCV es por lo general más tardía.

Conclusiones: La implementación de alertas automatizadas en la HCE es una herramienta simple, eficaz y de impacto para lograr una mayor derivación de los pacientes al servicio de rehabilitación cardiovascular. Es importante remarcar que si bien obtuvimos mejores resultados con dicha implementación, es necesario incorporar nuevas estrategias para incrementar el acceso de los pacientes a los programas de RCV que aún sigue siendo baja.



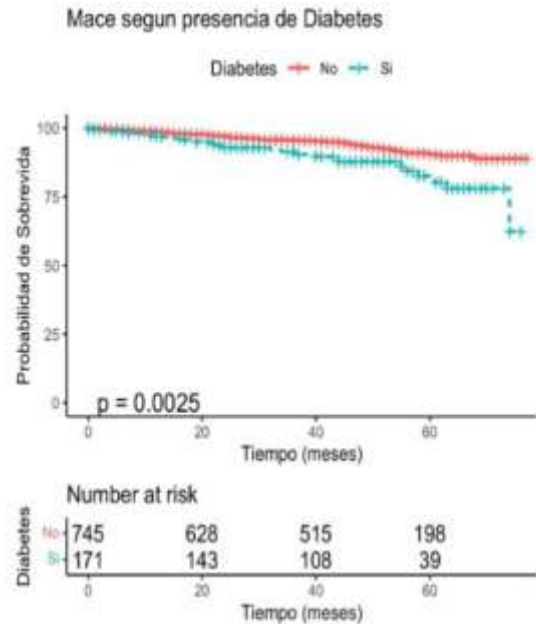
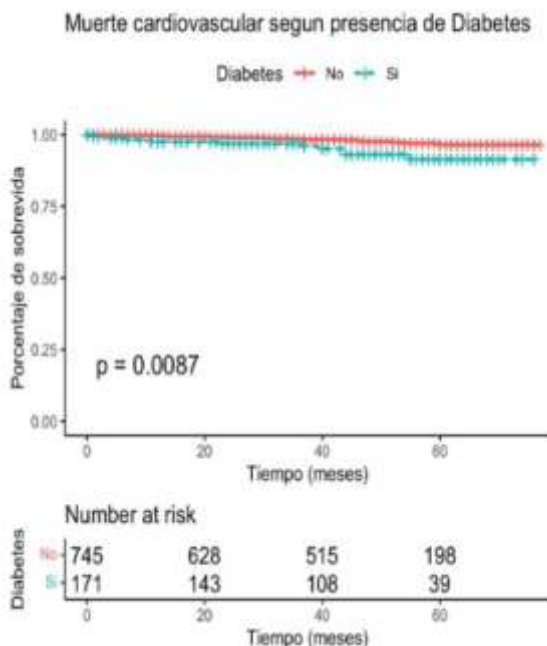
0331. CARACTERÍSTICAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Damián Jesús MALANO | Joaquín PEREA | Brian Tomás PEROTTI | Camila MUSLERA | Diego Martín ARLUNA | Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Daniel MARTÍN

Sanatorio Güemes

Introducción: En la actualidad es evidente la importancia de la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) como los dos principales factores de riesgo responsables del desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La coexistencia de estos trastornos crónicos no solo complica la estrategia de tratamiento y aumenta el costo en salud pública, si no también parece acelerar las complicaciones microvasculares y macrovasculares y aumentaría en gran medida el riesgo cardiovascular, el riesgo de accidente cerebrovascular, de enfermedad renal crónica y de muerte de origen cardiovascular.



Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación existente entre personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus y demostrar si existe mayor riesgo de eventos y muerte de origen cardiovascular en el seguimiento.

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se analizó la base de datos en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires confeccionada a partir del registro de holter de presión arterial. Se analizaron las características clínicas, los estudios por laboratorio e imágenes y los eventos en el seguimiento. Se incluyeron sujetos > 18 años que presentaban diagnóstico de HTA. Se realizó el análisis

convencional para la estadística descriptiva. Se realizaron curvas de Kaplan-Meyer para evaluar la sobrevida libre de eventos en el seguimiento. Se realizó seguimiento de hasta 84 meses.

Resultados: De 1968 pacientes se incluyeron 968 que cumplieron el criterio de HTA de lo cuales 52.5% eran de sexo masculino, con un promedio de edad de 62.0 [51.00, 71.00] años. El 18.4% (n= 179) presentó DM. El grupo con DM presentan mayor Índice masa corporal ($P < 0.001$), mayor frecuencia de dislipemia ($P < 0.001$), mayor promedio de presión arterial sistodiastólica tanto en promedio de 24 hs como diurna y nocturna ($P < 0.001$). Además, presentaron mayor daño de órgano blanco definido como más deterioro de la función renal, más presencia de microalbuminuria ($P < 0.001$) y más alteraciones ecocardiográficas como dilatación de aurícula izquierda e hipertrofia ventricular izquierda. Respecto al objetivo principal se demostró que aquellos pacientes con DM presentaron menor sobrevida relacionada al MACE ($P < 0.0025$) y tenían significativamente mayores probabilidades de sufrir mortalidad de origen cardiovascular ($P < 0.001$) en comparación con aquellos sin DM.

Conclusiones: En la cohorte estudiada se demostró que aquellos pacientes con coexistencia de HTA y DM tienen mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares y menor sobrevida que aquellos hipertensos sin DM. Además, se observó más presencia de hipertensión nocturna, lo que ya que se conoce como un fuerte predictor para el desarrollo de eventos cardiovasculares, como también mayor presencia de daño de órgano blanco (deterioro renal e hipertrofia ventricular). Es por eso, que creemos fundamental en el screening de diabetes mellitus en pacientes que tengan diagnóstico de hipertensión arterial, ya que la misma es un comorbilidad que acelera la aparición de enfermedad cardiovascular.

0332. MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN LA REGIÓN DE CUYO: DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

Multimagen / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Maria Agustina SPAMPINATO CANALS FRAU¹ | Maria Rocio BERTOLDI¹ | Gabriela Cristina POLLAI¹ | Bruno Javier LIMA¹ | Francisco Javier SÁNCHEZ² | Emiliano DIEZ³ | Natalia Lorena NIELLA¹ | Marcela Beatriz NIELLA¹

FUESMEN - Fundación Escuela de Medicina Nuclear¹; Clínica De Cuyo²; Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Cuyo³

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCPH) es la principal causa de muerte súbita en adultos jóvenes. Representa en Argentina un problema de salud pública. El adecuado conocimiento de las distintas poblaciones en nuestro país es una herramienta fundamental para determinar el pronóstico de estos pacientes.

Objetivos: Describir la población con diagnóstico de MCPH en la región de Cuyo estudiada con resonancia magnética cardíaca (RMC), el desarrollo de eventos cardiovasculares y sus marcadores pronósticos.

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes con diagnóstico de MCPH por RMC, derivados para diagnóstico y seguimiento. Todos fueron evaluados en equipos 1,5 T.; Ingenia, Phillips; Achieva y Optima MR450w(GE). Se adquirieron imágenes cine en eje largo, eje corto, tres y cuatro cámaras; imágenes de T1 mapping precontraste se realizaron en eje corto basal, medioventricular y apical del ventrículo izquierdo utilizando la secuencia de recuperación Modified Look-Locker inversión. Se obtuvieron secuencias T1 IR post gadolinio en los mismos planos posterior a la infusión del contraste. Las imágenes se procesaron con Software Extended MR WorkSpace 2.6.3.4 y cardiac VX. Se realizó seguimiento telefónico de la evolución de los pacientes o por historia clínica entre los años 2010 al 2024. Se estimó el pronóstico de los mismos con la construcción de un combinado de eventos (muerte súbita, descarga de CDI, episodios de insuficiencia cardíaca con internación y episodios de fibrilación auricular). El mismo se estimó mediante el método de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Se incluyeron un total de 155 pacientes. La edad fue de 51 ± 17 años y el 64% era de sexo masculino. Entre los antecedentes patológicos el 48% tenía hipertensión arterial, 13% tenía diabetes mellitus, 38% era obeso y el 25% tenía dislipidemia. Un 9% de los pacientes refirió un episodio de fibrilación auricular previa y 12% haber presentado un síncope previo a la RMC. El 8% refirió el antecedente de TV previa. El 21% refirió antecedentes de muerte súbita en familiares. Del total de pacientes, 16 presentaron un evento durante el seguimiento. El incremento en la masa ventricular se asoció a mayor riesgo de eventos (HR 1,01 1,00-1,01 $p=0,014$) y tener una masa ventricular mayor de 100 gr/m² presentó un HR de 3,91 (1,44-10,62 $p=0,007$) y un área auricular mayor de 28 cm² un HR de 4,91 (1,58-15,29 $p=0,006$). Cuando el porcentaje de fibrosis

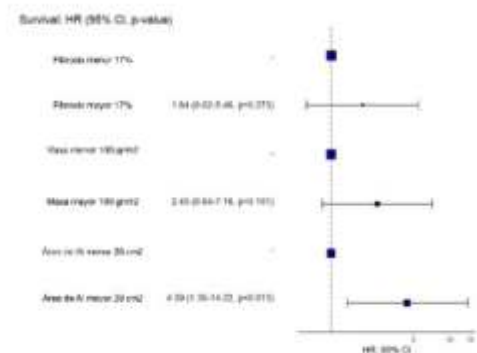


Figura 1

miocárdica fue mayor del 17% la media de supervivencia libre de eventos fue de 31 meses. Se realizó un análisis multivariado de los factores de riesgo tradicionales para eventos en MCPH y el área de la aurícula izquierda mayor de 28 cm² presentó un HR de 4,39 (1,36-14,22 p=0,013) (figura 1). El análisis de supervivencia por Kaplan Meier mostró una supervivencia más libre de eventos en aquellos pacientes con aurículas menores de 28 cm² (figura 2).

Conclusiones: En paciente con MCPH, la dilatación de la aurícula izquierda fue un marcador para la determinación de eventos cardiovasculares. En pacientes con marcado aumento de la masa de VI, asociado generalmente a funciones ventriculares conservadas, la dilatación de la AI podría ser un marcador temprano de fallo ventricular izquierdo.

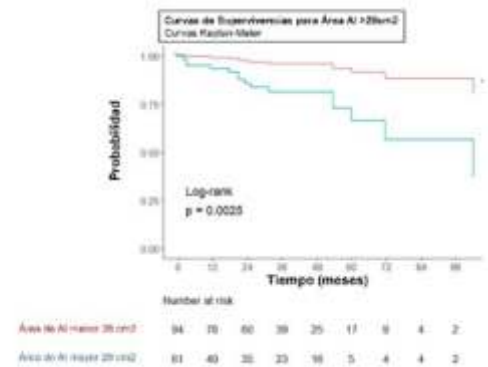


Figura 2

0333. EVENTOS CARDIOVASCULARES Y SU RELACIÓN CON LA ATEROESCLEROSIS CAROTIDEO- FEMORAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Medicina Vascular

María Noelia BRENZONI | Sergio Ariel GONZÁLEZ | Guido Manuel GARCÍA JUÁREZ | Pamela Andrea ALARCON | Eliana Carla FILOSA | María Victoria MARTIN NAPOLI | Carlos CASTELLARO | Renzo Eduardo MELCHIORI

Hospital Universitario Austral

Introducción: La principal causa de mortalidad a nivel mundial es la cardiovascular, por lo que es importante la utilización de los diferentes scores para la evaluación de los factores de riesgo coronarios y predicción de eventos a largo plazo. La incorporación de la evaluación y rastreo de aterosclerosis (AT) carotideo y/o femoral en la práctica clínica para recategorización del riesgo podría ser de utilidad. Pocos estudios han examinado la asociación entre presencia de placa aterosclerótica y evento (infarto, síndrome coronario agudo).

Objetivos: Evaluar si la AT se relaciona a eventos cardiovasculares independientemente de los factores de riesgo clásicos comparando una población de pacientes que presento evento cardiovascular (casos) con aquellos que no lo presentaron (controles).

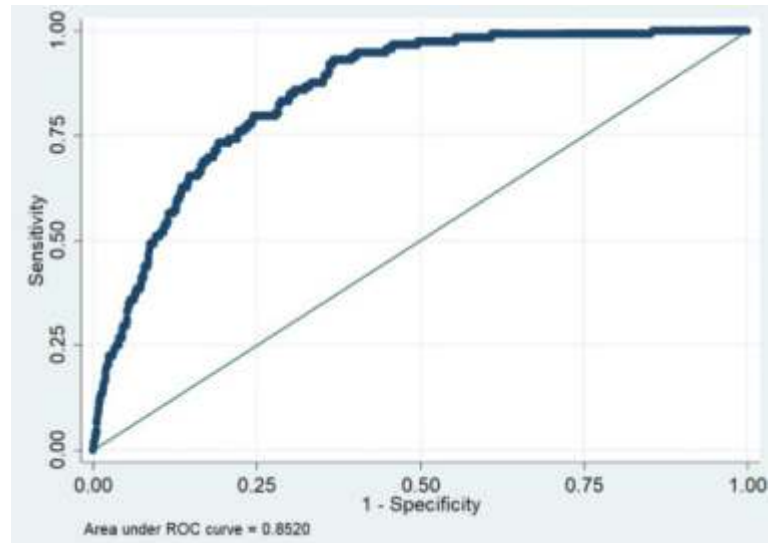
Materiales y Métodos: Realizamos un estudio de caso-control anidado en una cohorte prospectiva de pacientes evaluados en un centro cardiometabólico. Se evaluó mediante ecografía doppler vascular la aterosclerosis (AT) en los territorios carotídeo e ileofemoral. El estudio abarcó pacientes > 17 años entre septiembre de 2020 y diciembre de 2023. Los casos se definieron como aquellos participantes que presentaron evento cardiovascular (enfermedad coronaria con revascularización, infarto y/o síndrome coronario agudo) mientras que el grupo control fueron pacientes en prevención primaria sin evento previo. La AT se definió como la presencia de ≥ 1 placa aterosclerótica en el territorio carotídeo y/o ileofemoral según el consenso de Mannheim. Se realizó un análisis univariante y bivariante para establecer las características de la población. También se elaboró un modelo multivariado de ajuste para analizar la probabilidad que el factor de exposición, la AT, se relacione con el evento como predictor independiente ajustado a los factores de riesgo y edad (para dicho matching se utilizó Stata 13.0).

Resultados: De 6518 pacientes se incluyeron 6406 pacientes en el grupo control, mientras que los casos fueron 112. Los casos fueron más añosos (63 vs 52 años, p<0,001), a predominio género masculino (56% vs 84%, p<0,001), dislipémicos (81% vs 39% p<0,001) e hipertensos (64% vs 33,8% p<0,001). No hubo diferencias significativas en ambos grupos en relación al tabaco, la obesidad y la diabetes. La presencia de AT en los casos fue del 96%, significativamente mayor al grupo control que fue del 51,8% (p<0,001). En el análisis multivariado el haber presentado un evento cardiovascular incrementa la presencia de aterosclerosis ajustado por sexo, diabetes, hipertensión, dislipidemia y tabaquismo con un OR=5.8 (IC 95% 2.64-12.8 p=0,0006). (Tabla 1).

VARIABLE	P	ODDS RATIO	95% CI
AT	<0.001	5.83	2.64-12.85
SEXO	<0.001	3.12	1.83-5.2
EDAD	0.013	1.012	1.00-1.002
DISLIPEMIA	<0.001	4.2	2.64-12.8
TABAQUISMO	0.75	0.91	0.52-1.60
HIPERTENSION ARTERIAL	0.93	1.88	1.24-2.84
SEDENTARISMO	0.39	1.19	0.79-1.81
DIABETES	0.37	0.73	0.37-1.44
OBESIDAD	0.43	0.82	0.51-1.33

Se realizó calibración estadística (Hosmer y Lemeshow $p = 0.6$) y gráfica confirmando la estabilidad del modelo, curva roc = 0.8. IC (0.7-0.83) (Imagen 1). Se seleccionaron en el PScore 628 pacientes arrojando un coeficiente de 0.02 con una $P < 0.001$, lo que significa que en nuestra población la AT incrementaría un 2% el riesgo de evento cardiovascular.

Conclusiones: En nuestro estudio, la presencia de aterosclerosis carotídeo y/o femoral incrementa la probabilidad de presentar eventos cardiovasculares ajustado por los factores de riesgo cardiovasculares clásicos. Se requieren estudios prospectivos para validar dicho hallazgo.



0334. FACTORES PRONÓSTICO DE MUERTE Y REHOSPITALIZACIÓN LUEGO DEL EGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Juan María IROULART | Mariano Gastón BERGIER | Fernando Damián GARAGOLI | Santiago DECOTTO | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Emiliano ROSSI | Rodolfo PIZARRO | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) representa un desafío para el abordaje médico. La presencia de congestión residual al momento del alta hospitalaria es un factor de riesgo de reinternación.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la utilidad de múltiples parámetros (clínicos, analíticos e imagenológicos) para identificar aquellos pacientes en riesgo de reinternaciones y/o muerte a los 180 días de la hospitalización índice.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años internados con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca aguda en el período Diciembre 2022 a Septiembre 2023. Se excluyeron síndromes coronarios agudos, valvulopatías severas con indicación quirúrgica, trasplantes cardíacos y trastornos pulmonares graves. Se analizaron las características clínicas, analíticas y de estudios complementarios al egreso hospitalario y su asociación con eventos durante el seguimiento.

Tabla 1.

Características de los pacientes al ingreso	N=101
Edad, años, mediana [RIC]	82 [74-86]
Sexo masculino, % (n)	53.5 (n=54)
Hipertensión arterial, % (n)	86.1 (n=87)
Dislipemia, % (n)	52.6 (n=49)
Diabetes Mellitus, % (n)	23.8 (n=24)
Coronariopatía, % (n)	23.8 (n=24)
Insuficiencia cardíaca previa, % (n)	56.4 (n=57)
Insuficiencia renal crónica, % (n)	45.5 (n=46)
Fibrilación auricular, % (n)	45.5 (n=46)
Accidente cerebrovascular, % (n)	8.9 (n=9)
NT-ProBNP, pg/ml, mediana [RIC]	6433 [2927-15255]
Sodio urinario, mEq/L, media (DS)	80 (+/-37)
Cometas pulmonares, mediana [RIC]	12 [8-16]
FEV1, %, media (DS)	43 (14)

Tabla 2. Variables relacionadas con la incidencia de reinternaciones o muerte durante los 6 meses de seguimiento.

	Sin eventos n=64	Con eventos n=37	Valor de p
Presencia de edemas periféricos al egreso hospitalario, % (n)	13 (8)	35 (13)	0,007
Nivel de NT-proBNP al egreso hospitalario, pg/ml, mediana [RIC]	1747 [807-3624]	4524 [1614-10708]	<0,001
Vena cava inferior dilatada, % (n)	19 (12)	47 (17)	0,008
Cometas totales al egreso hospitalario, mediana [RIC]	4 [2-6]	7 [3-9]	<0,001
Delta de cometas ingreso-egreso, mediana [RIC]	10 [5-12]	6 [3-9]	0,002

Resultados: En el análisis se incluyeron 101 pacientes (Tabla 1). La mediana de edad fue de 82 [74-86] años y el 53.5% eran hombres. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (86.1%), dislipemia (52.6%), antecedente de insuficiencia cardíaca (56.4%), insuficiencia renal (45.5%) y fibrilación auricular (45.5%). La sobrecarga de volumen fue la forma de presentación clínica más frecuente (76%). El 37% de los pacientes presentó el evento

combinado de muerte y re-hospitalización durante el seguimiento, siendo la reinternación el evento más incidente dentro del mismo (32,7%). Las variables que se asociaron significativamente con el punto final primario en el análisis univariado fueron la presencia de edemas periféricos ($p=0,007$), el valor de NT-proBNP ($p<0,001$), la dilatación de la vena cava inferior (VCI) ($p=0,008$), la cantidad de cometas pulmonares al egreso hospitalario ($p<0,001$) y el delta de cometas ingreso/egreso ($p=0,02$) (Tabla 2).

Conclusiones: Un abordaje integral que incluya la detección de edemas periféricos, la medición de NT-proBNP y parámetros ecográficos como la evaluación de la VCI y cometas pulmonares aporta información útil previo al egreso de pacientes internados por ICA.

0341. VALOR PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SECUNDARIA HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA SEGÚN SEXO

Valvulopatías / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Lucia BORTMAN | Santiago DECOTTO | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Juan Maria IROULART | Mariano Gaston BERGIER | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

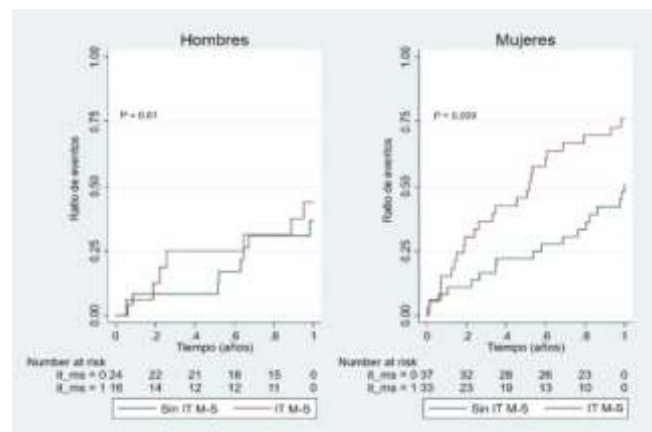
Introducción: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFep) representa un desafío clínico por su prevalencia en aumento y elevada morbilidad. A pesar de su frecuente presentación en esta población, las implicancias pronósticas de la insuficiencia tricuspídea (IT) secundaria estratificadas por sexo permanecen inciertas.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar el impacto pronóstico de la IT secundaria significativa en pacientes hospitalizados por ICFep según sexo.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte prospectivo incluyendo pacientes consecutivos hospitalizados por ICFep (fracción de eyección $> 50\%$) entre Septiembre de 2019 y Diciembre de 2022. Los pacientes con IT primaria, portadores de marcapasos, enfermedad valvular izquierda moderada-severa, insuficiencia renal en etapa terminal (clearance de creatinina < 30 ml/min/BSA) e infarto de miocardio reciente (menos de 3 meses) fueron excluidos. La IT fue considerada significativa si se clasificaba al menos como moderada, siguiendo los criterios semicuantitativos y cuantitativos establecidos en las guías de práctica clínica de patología valvular actuales. Se realizó un seguimiento de un año para evaluar la incidencia del punto final primario compuesto de muerte y reinternación por insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se incluyeron un total de 110 pacientes. La mediana de edad fue 85 años [RIC 77-89], 64% ($n=70$) eran mujeres. La media de fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 57% ($\pm 5\%$). Un total de 44.5% ($n=49$) de los pacientes presentaron IT significativa, con una prevalencia similar entre sexos (47% ($n=33$) en mujeres vs 40% ($n=16$) en hombres; $p=0,47$). Las mujeres presentaron una mayor incidencia del punto final primario comparado con los hombres (61% vs 38%; $p=0,02$). En el seguimiento, la incidencia de muerte y reinternación por insuficiencia cardíaca fue superior en las mujeres con IT significativa comparado con aquellas sin IT significativa (76% ($n=25$) vs 49% ($n=18$); $p=0,009$ Log Rank test). En el sexo masculino, la IT no mostró relación con la incidencia del punto final primario ($p=0,61$; LogRank test). En un análisis de regresión de Cox multivariado que incluyó edad y sexo, tanto la IT significativa (HR 1,86; IC95% 1,1 - 3,14; $p=0,02$) como el sexo femenino (HR 1,99, IC95% 1,10 - 3,60;

	Mujeres n=70	Hombres n=40	P valor
Edad, años, mediana [RIC]	85 [79-89]	84 [77-88]	0.62
Hipertensión, n (%)	61 (87)	36 (90)	0.66
Dislipidemia, n (%)	26 (37)	19 (48)	0.29
Enfermedad coronaria, n (%)	29 (41)	12 (30)	0.19
IC previa, n (%)	19 (27)	11 (28)	0.97
NYHA III/IV, n (%)	15 (21)	4 (10)	0.13
Presentación clínica			
Fibrilación auricular, %	40	22	0.83
NT-ProBnp, pg/ml, mediana [RIC]	3357 [1698-5900]	3188 [1424-7997]	0.70
TnTus, pg/ml, mediana [RIC]	30 [17-49]	44.5 [20.5-72.05]	0.35
Ecocardiograma			
AI volumen, ml, media (DE)	71 (± 26)	80 (± 36)	0.19
FEVI, %, media (DE)	57 (± 5)	57 (± 5)	0.57
Disfunción diastólica defnida, (n) %	41 (59)	23 (57)	0.91
AD area, media (DE)	24 (± 8)	28 (± 9)	0.11
Diámetro anillo tricuspídeo, mm, media (DE)	30 (± 1)	30 (± 1)	0.62
FAC de VD, %, media (DE)	41 (± 7)	43 (± 7)	0.39
IT moderada/severa n (%)	47 (33)	40 (16)	0.47
TAPSE, mm, media (DE)	19 (1/-4)	20 (1/-4)	0.12
PSAP, mmHg, media (DE)	46 (± 10)	48 (± 13)	0.54



p=0.02) se asociaron de manera independiente con la incidencia del punto final (FIGURA).

Conclusiones: En pacientes hospitalizados por ICFEp, la IT significativa se asoció a una mayor incidencia de muerte y reinternaciones por insuficiencia cardiaca durante el seguimiento en el subgrupo de mujeres. Es necesario evaluar estos hallazgos en estudios de mayores dimensiones.

0342. COMPORTAMIENTO ELECTROCARDIOGRÁFICO Y ELECTROFISIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE BRUGADA ANTE LA ESTIMULACIÓN HISIANA

Arritmias y Electrofisiología

Juan Manuel ABOY | Luis Dante BARJA | Mateo BIVORT HAIK | Mariela Roxana PALAVECINO

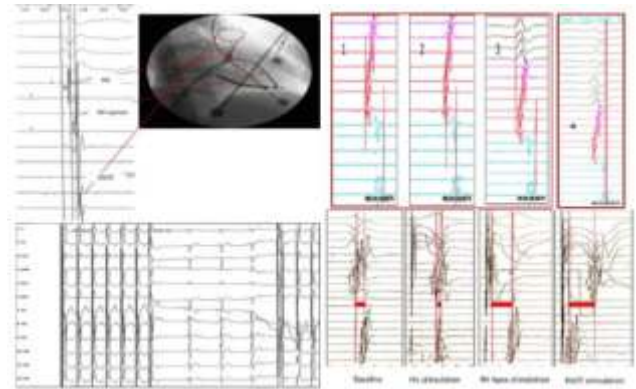
Hospital Austral

Introducción: Introducción: La alteración típica del ECG en las derivaciones V1 a V3 en el síndrome de Brugada (SB) tipo I, podría ser causada por trastornos locales de la conducción en la región del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD).

Objetivos: Analizar los registros intracavitarios en pacientes con SB tipo I y sus modificaciones bajo estimulación Hisiana, del ápex del VD y del TSVD. Como objetivo secundario, se compararon los resultados con los datos de referencia de un grupo de control sin trastornos de conducción intraventricular

Materiales y Métodos: Se reclutaron diez pacientes con patrón de ECG de tipo I de SB (7 hombres, edad media 39 años) entre enero de 2015 y diciembre de 2020. Se realizó un estudio electrofisiológico (EEF) en todos los pacientes con análisis intracavitario basal de las regiones del His, ápex del VD y TSVD, y bajo estimulación Hisiana, del ápex del VD y del TSVD. Se registraron y midieron electrogramas (EGM) para evaluar la sincronía intraventricular. Se compararon los resultados con los tiempos de conducción de referencia en reposo de diez pacientes seleccionados al azar sin patrón de SB que requirieron un EEF o ablación debido a otras causas (5 hombres, edad media 45 años).

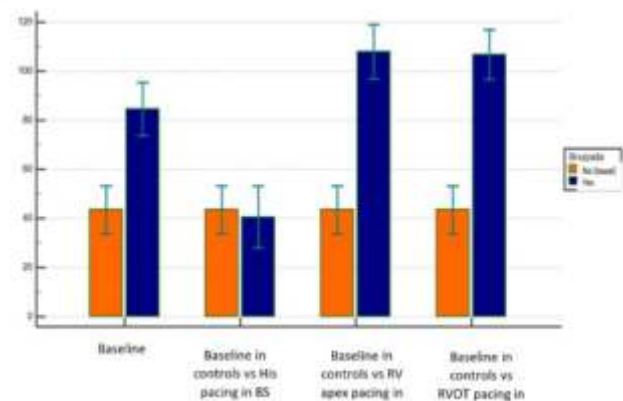
Resultados: Las medias de referencia de los pacientes con SB fueron de 84,5 ms (IC del 95 %: 73,68 a 95,32) para la Disincronía Intraventricular Máxima, 44,1 ms (IC del 95 %: 38,85 a 49,35) para la Disincronía Intraventricular Media y 98,3 ms (IC del 95 %: 78,19 a 115,80) para q-TSVD. En todos los casos, los EGM intracavitarios más tardíos fueron los de la región TSVD, que se mostraron después del punto J, correspondiendo temporalmente al segmento ST. Cuando se aplicó estimulación de la región del His, los tiempos de conducción se acortaron a valores comparables a los de los controles, al tiempo que se anticipaban los EGM del TSVD antes del punto J y se demostraba la desaparición del patrón de SB. Otros sitios de estimulación como el ápex y el TSVD no lograron los mismos resultados, mostrando un complejo QRS más amplio con una mayor dispersión de los EGM intracavitarios.



Factor	Mean	Std. Error	95% CI
MAXID_BASAL	84.5000	4.7025	73.6813 to 95.3187
MAXID_HIS	45.8000	5.6435	27.8336 to 63.7664
MAXID_APEX_RV	108.0000	4.8990	96.9177 to 119.0823
MAXID_RVOT	106.7000	4.4970	96.5270 to 116.8730

Factor	Mean	Std. Error	95% CI
MSD_BASAL	44.1000	2.3212	38.9492 to 49.2508
MSD_HIS	13.8000	2.8700	6.4872 to 19.9128
MSD_APEX_RV	85.0000	4.2817	75.3180 to 94.6820
MSD_RVOT	85.2000	3.4627	77.3217 to 93.0783

Factor	Mean	Std. Error	95% CI
Q-RVOT_BASAL	97.0000	8.1540	78.1951 to 115.8049
Q-RVOT_HIS	54.8889	6.1812	40.9361 to 68.8417
Q-RVOT_APEX_RV	110.5556	6.0898	95.1288 to 125.9822
Q-RVOT_RVOT	109.1111	8.1854	94.8836 to 123.3288



Conclusiones: En pacientes con patrón de SB tipo I, la activación eléctrica del TSVD se encuentra retrasada en comparación con otras regiones medidas, como el His y el ápex del VD. Sin embargo, al estimular la región del His, observamos la "resincronización" de los EGM más retrasados, mediante el acortamiento de los tiempos de conducción intraventricular, junto con la desaparición del patrón de SB. Se necesitan estudios futuros para evaluar si este enfoque, adyuvante a un cardiodesfibrilador implantable (CDI), es beneficioso al reducir los eventos arrítmicos en pacientes con SB y patrón de ECG tipo I, especialmente en aquellos con tormentas eléctricas y múltiples descargas.

0346. CONSECUENCIAS HEMODINAMICAS DEL BALANCE NEGATIVO INDUCIDO POR DIALISIS EN EL VENTRICULO DERECHO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Guido VANNONI | Agustín MORALES PIERUZZINI | Lorena Romina BALLETTI | Martín Alejandro BECK | María Florencia RIVERA | Mercedes GRIZZO | Jorge LAX | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Escasos estudios evaluaron el efecto de los cambios hemodinámicos agudos del balance negativo producto de la hemodiálisis (HD) en la función del ventrículo derecho (VD). La evaluación de la diástole del VD tiene relación con la evaluación de la congestión esplácnica, como ser la vena cava inferior (VCI) y los flujos venosos suprahepáticos. Recientemente ha cobrado interés la evaluación de la pulsatilidad del flujo en la vena porta como parámetro de congestión. La congestión esplácnica es frecuente en el contexto de sobrecarga de volumen tanto en los pacientes que realizan HD como en la insuficiencia cardíaca. En nuestro conocimiento, el rol de la disfunción del VD en el desarrollo de congestión esplácnica no ha sido evaluado.

Objetivos: Evaluar el impacto del balance negativo producido en un ciclo de HD en la función del ventrículo derecho y su relación con parámetros de congestión esplácnica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional uni-céntrico que incluyó 38 pacientes en hemodiálisis a quienes se les realizó ecocardiograma pre y post diálisis evaluando parámetros de función sistólica y diastólica del ventrículo derecho. A su vez, se dividió a la población teniendo en cuenta VCI anormal junto a patrón portal anormal en congestivos y no congestivos y se compararon ambos grupos.

Resultados: La media de balance fue de -2050 +/- 880ml. Los resultados se detallan en la tabla. Aproximadamente un tercio presentaba disfunción sistólica del VD. Luego de la diálisis, se observó una disminución significativa del TAPSE y de la S tisular. El número de pacientes que presentaba criterios de disfunción prácticamente se duplicó luego de la diálisis. También se observaron cambios en las dimensiones del VD a expensas de su longitud. No se observaron cambios significativos en el patrón de llenado tricúspideo luego de la diálisis. Tampoco se observaron cambios en el valor de E/e' ni en la fracción de flujo sistólico en las venas suprahepáticas. En cuanto a congestión, 60,5 % presentó VCI dilatada y/o con colapso menor del 50% previo a la diálisis. El flujo portal pre-diálisis fue normal en 42,1 %, levemente alterado en 29% y severamente alterado en 29%. Tanto la VCI como el patrón de flujo portal se modificaron sensiblemente con la diálisis. El 52,6% tuvo parámetros de congestión. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la función sistólica del ventrículo derecho entre congestivos y no congestivos. El grupo congestivo tenía cavidades derechas más dilatadas, a expensas del diámetro del VD y de la aurícula derecha. Paradójicamente el grupo congestivo presentó valores más bajos de E/e' tricúspidea y menor proporción de llenado pseudonormal y restrictivo. No se observaron diferencias en el patrón de flujo en venas suprahepáticas. El gradiente de la insuficiencia tricúspidea fue mayor en el grupo con congestión, y por ende también la PSAR. La frecuencia cardíaca, la tensión arterial y parámetros de cavidades izquierdas fueron similares entre ambos grupos excepto por el tamaño de la aurícula izquierda. Por ultimo, luego de la diálisis se observaron diferencias. El grupo sin congestión presentó caída del índice cardíaco (4.1 ± 0.9 vs 3.3 ± 0.7 lts/min; $p 0,011$), del TAPSE ($22,9 \pm 5$ vs $19,1 \pm 4$ mm; $p 0,018$) y de la S tisular ($11,4 \pm 2$ vs $9,2 \pm 2$ cm/s; $p 0,0037$), fenómenos que no se observaron en los congestivos.

Conclusiones: La congestión subclínica es un fenómeno prevalente en pacientes en diálisis. La HD generó en los pacientes sin congestión caída del gasto cardíaco y deterioro de la función del VD vinculable al balance negativo. La evaluación de la diástole del ventrículo derecho presenta limitaciones en pacientes en diálisis y probablemente en otros escenarios clínicos.

	PREDIALISIS (n38)	POSTDIALISIS(n38)	p
IDDDVI (mm/m2)	32.1 ± 4.5	30.7 ± 5.1	0.17
FEy (%)	53.6 ± 14.6	55.1 ± 13.8	0.62
AI (cm2)	25.7 ± 5.7	21.3 ± 6	0.0015
E/e' Mitral	14.9 ± 5.6	12.1 ± 5.1	0.024
S' tisular (cm/s)	12.3 ± 2.9	10.9 ± 2.9	0.05
FAC (%)	44.3 ± 8.7	43.7 ± 9.1	0.76
Índice de Tei	0.47 ± 0.24	0.49 ± 0.21	0.79
TAPSE (mm)	23.2 ± 5.5	20.5 ± 5.0	0.026
Disfunción VD	13 (35.1%)	24 (64.9%)	0.01
E/e' VD	8.0 ± 3.5	7.5 ± 4.0	0.59
Gradiente. IT (mmHg)	30.3 ± 11.9	23.1 ± 7.8	0.008
VCI diametro máx (mm)	16.6 ± 5.7	11.1 ± 4.8	0.00002
VCI colapso (%)	40.4 ± 31.7	66.9 ± 25.7	0.00015
Pulsat. Porta < 30%	15 (39,5%)	28 (73,7%)	
Pulsat. Porta 30-50%	12 (31,6%)	9 (23,7%)	
Pulsat. Porta >50%	11 (29%)	1 (2,6%)	0.0018
Suprahepáticas Anormal	22 (57,9%)	17 (44,8%)	0.25
Congestivos	20 (52,6%)	4 (10,5%)	0.000039

	Congestivos (n 20)	No Congestivos n 18)	p
IDDDVI (mm/m2)	31.5 ± 4.7	32.8 ± 4.4	0.39
FEy (%)	52,4 ± 15	54,9 ± 1,5	0.59
AI (cm2)	27.4 ± 4.8	23.7 ± 6.2	0.039
E/e' mitral	15.8 ± 6.2	13.9 ± 4.9	0.29
Diámetro base VD (mm)	39.5 ± 6.4	34.6 ± 5.4	0.018
AD (cm2)	20.3 ± 4.5	15,8 ± 4,8	0.0038
E/e' VD	6.8 ± 2.7	9.4 ± 3.9	0.016
Disfunción VD	7 (35%)	6 (35,5%)	0,98
Gradiente IT (mmHg)	34.2 ± 12.4	23,9 ± 7,9	0.016
Suprahepáticas anormal	11 (55%)	11 (61,1%)	0.7

0352. PREVALENCIA DE RECURRENCIA POSTERIOR A LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Arritmias y Electrofisiología

Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | María Eugenia AMREIN | Marco Antonio BORJA YENCHONG | Mauricio DELGADO GAETE | Agustín Ezequiel MONZON | Santiago SANCHEZ BUSTAMANTE | Juan Manuel URCELAY | Gustavo MAID

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en mayores de 45 años. La ablación por radiofrecuencia suele ser un tratamiento efectivo, pero a pesar de esta intervención, existe un grupo no menor de pacientes que tienen recurrencia del evento.

Objetivos: El objetivo del siguiente trabajo es analizar el porcentaje de recurrencia en una cohorte de pacientes sometidos a ablación de fibrilación auricular.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes que fueron sometidos a ablación por radiofrecuencia de fibrilación auricular (FA) durante el período comprendido entre 2019 y 2022. Se definió como recurrencia de FA aquellos pacientes que presentaron el evento fuera del período de blanqueo. El mismo fue definido como mayor a 3 meses. Las variables continuas fueron reportadas mediante su mediana acompañada de los correspondientes rangos intercuartílicos (RIC), mientras que las variables categóricas se presentaron como porcentajes. Las variables continuas fueron comparadas mediante el test de Chi cuadrado.

Resultados: Se analizaron 342 pacientes sometidos a ablación de FA. Presentaron recurrencia un 25%. Las características generales se muestran en la Tabla 1. La mediana de edad fue de 65 años (RIC 57-70). Los principales factores de riesgo identificados fueron la hipertensión (56%), la dislipemia (40%) y la DBT (10%). En cuanto al peso, al menos el 80% tenía sobrepeso, y un 35% padecía de obesidad. Los pacientes con BMI mayor a 25 presentaron mayor recurrencia con respecto a los que estaban en normopeso (44% vs 33%, p=0.15). En cuanto al tiempo de evolución presentó FA paroxística un 56%, y el resto de los pacientes eran de larga evolución.

Conclusiones: La recurrencia de fibrilación auricular tiene una alta incidencia posterior al procedimiento. En nuestro estudio 1 de cada cuatro pacientes sometidos a ablación padeció recurrencia del evento.

Pacientes sometidos a ablación de FA	Total (n=106)
Antecedentes	
Edad, años	65(57-70)
Femenino(%)	23(n=80)
TBQ,(%)	7(n=24)
EPOC,(%)	1.4(n=1)
HTA,(%)	56 (n=194)
DTB,(%)	10 (n=35)
BMI,(media,DS)	28(4.5)
Dislipemia,(%)	40 (n=135)
CRM/ATC previa(%)	5.8 (n=20)
Internación previa por IC(%)	3.8 (n=13)
Stroke(%)	3.8(n=13)
CHA2VAS2 (mediana RIC)	2(1-3)
Tipo de FA	
Paroxística, (%)	59 (n=201)
Persistente, (%)	34 (n=117)
Persistente de larga duración, (%)	6.5 (n=22)

0362. MARCADORES DE MIOCARDIOPATÍA AURICULAR COMO PREDICTORES DE FA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Arritmias y Electrofisiología / Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Rodrigo ESPARZA IRAOLA | Alejandro Rubén HERSHSON | Renzo VALENTI | Lucía DANA | Emma María LLORET | Santiago Andres AHUAD CALVELO | Eduardo GUEVARA | Gustavo GIUNTA

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una causa de morbimortalidad en el postoperatorio de cirugía cardiovascular (PQx). Existe relación entre la miocardiopatía auricular y el desarrollo de FA, sin embargo, estas alteraciones auriculares han sido poco caracterizadas para predecir FA en el PQx.

Objetivos: Evaluar si las características eléctricas o estructurales de la aurícula izquierda son predictoras de FA del PQx y si se relacionan con la evolución de los pacientes en el postoperatorio.

	TOTAL (n=186)	Sin FA del PQx (n=119)	Con FA del PQx (n=67)	p valor
FEV2% (mediana [RQ])	90 (34-93)	88 (35-93)	80 (47-96)	NS
Diámetro A2 mm (media DS)	41.4 ± 7.2	46.8 ± 6.9	42.5 ± 7.53	NS
Área A2 cm2 (mediana [RQ])	23 (20-27)	22.8 (19.5-26.8)	24 (21-28.5)	p < 0.05
Volumen A2 ml/m2 (mediana [RQ])	43.4 (36.5-53.3)	41 (34-48)	50 (41-57)	p < 0.03
DDVI mm (mediana [RQ])	50 (46-53)	50 (45-53)	52 (47-56)	NS
DDVI mm (mediana [RQ])	50 (25.3-39)	29 (26-39)	31 (29-34.5)	NS
DDVI mm (mediana [RQ])	12 (10-13)	12 (10-13)	11 (10-13.3)	NS
DDVI mm (mediana [RQ])	10 (9-11)	10 (9-11)	10 (9-11)	NS
PSAP mmHg (mediana [RQ])	30 (28-37)	30 (28-40)	31.5 (26.8-38)	NS
BSA previo [n (%)]	82 (44)	47 (39.5)	35 (52.3)	NS
Duración onda P ms (mediana [RQ])	116 (100-123)	114 (100-121)	126 (103.5-127.5)	NS
BSA avanzado [n (%)]	17 (9.13)	10 (8.4)	7 (10.4)	NS
BSA parcial [n (%)]	72 (38.7)	41 (34.45)	31 (46.2)	NS
Onda p bifásica en cara inferior [n (%)]	11 (5.9)	8 (6.7)	3 (4.3)	NS
Fuerza terminal V1 onda P > 0.04 ms/g y > 1 mV [n (%)]	96 (51.6)	58 (48.3)	38 (56.6)	p < 0.05
aje onda P ° (mediana [RQ])	50 (30-60)	50 (30-60)	43 (30-60)	NS
Duración PR ms (mediana [RQ])	175.3 (160-200)	169 (160-200)	190 (160-200)	NS
Puntaje MIP ESCI ml este	2.54 (1.3)	2.43 (1.36)	2.79 (1.38)	NS
Duración QRS ms (mediana [RQ])	100 (83.7-110)	100 (90-110)	100 (90-111)	NS

Materiales y Métodos: En un diseño observacional, se evaluaron pacientes (pac) mayores de 18 años, sometidos a cirugía cardiovascular entre 10/2023 hasta 03/2024, en un centro de la Ciudad de Buenos Aires. Se excluyeron pac con FA permanente preoperatoria, alteraciones que no permitieran una correcta evaluación del ECG y trasplantados cardíacos. Se registraron datos clínicos y antropométricos de las historias clínicas de los pac. Se evaluó la presencia de marcadores de miocardiopatía auricular en el ECG de superficie prequirúrgico. Además, se calculó el puntaje “MVP ECG risk score” de predicción de FA. Se utilizó el ecocardiograma transtorácico para medir las alteraciones morfológicas de la aurícula izquierda (AI) (diámetro, área y volumen). Se evaluó la capacidad de predicción de los parámetros eléctricos y ecocardiográficos por medio de curva ROC. Se utilizaron modelos de regresión logística múltiple para ver la influencia de parámetros de miocardiopatía auricular sobre la aparición de FA del PQx.

Resultados: Cumplieron criterios de inclusión un total de 186 pac (edad 68.2 años [RIQ 65-74]; sexo femenino 32%). En cuanto a los antecedentes clínicos: 74% presentaban HTA, 30.6% diabetes mellitus, 69.9% dislipidemia, 6.5% FA paroxística, 19.4% infarto agudo de miocardio previo, 4.3% insuficiencia cardíaca. La creatinina (Cr) prequirúrgica tuvo una mediana 1 mg/dl (RIQ 0.85-1.2). Se realizaron de urgencia 7% de los procedimientos y de emergencia 0.5%. 128 procedimientos (68.8%) realizados incluyeron revascularización miocárdica, 85 (45.7%) cirugías valvulares y del total de cirugías, 43 (23.1%) fueron combinadas. En total, 67 pacientes presentaron FA en el postoperatorio (tabla 1). La aparición de la arritmia se asoció a mayor área de AI (24 cm² [RIQ 21-28.5] vs 22.8 cm² [RIQ 19.5-26.8], p<0.05), mayor volumen de AI (58 ml/m² [RIQ 41-67] vs 41 ml/m² [RIQ 34-48]; p<0.001) y a procedimientos realizados sobre la válvula mitral (6.7% vs 16.4%; p < 0.05). El valor de Cr y la fuerza terminal de la onda P en VI tuvieron una diferencia en el límite de la significancia estadística. La mediana de internación fue de 5 días (RIC 4-7), sin diferencias significativas entre los grupos con y sin FA. El uso de betabloqueantes dentro de las 48 horas del postoperatorio presentó una tendencia a reducir la FA del PQx (31.2% vs 36.1%; p=0.05). No se observaron diferencias respecto al puntaje MVP ECG risk score entre ambos grupos, así como tampoco en complicaciones perioperatorias. A los 30 días post alta, 11.9% de los pacientes que presentaron FA del PQx persistían o recurrieron con la arritmia. En el análisis multivariable, el volumen de la aurícula izquierda mostró asociación con la FA de PQx (p< 0.001), independientemente del sexo, edad, Cr, procedimiento sobre la válvula mitral, fuerza terminal de la onda P en VI y duración del QRS.

Conclusiones: La FA PQx es un fenómeno frecuente y multifactorial. Nuestros resultados resaltan la importancia de conocer las características ecocardiográficas estructurales de la aurícula izquierda, en particular el volumen, como un determinante de la aparición de la FA PQx.

0363. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Cardiopatía Isquémica

Elena VARGAS | Joaquín PEREA | María Candelaria RAMOS | Ornella PACCE | Julia JANCHES | Daniela Alejandra CARDOZO | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial, siendo la cardiopatía isquémica la más común entre ellas. Por esta razón, se han creado varias estrategias y programas para prevenir y tratar estas patologías con el objetivo de reducir sus efectos. Uno de los problemas en los que se centran estos esfuerzos es el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), ya que un tratamiento rápido y adecuado puede disminuir la mortalidad cardiovascular y reducir las complicaciones a corto y largo plazo, beneficiando significativamente a la población en general.

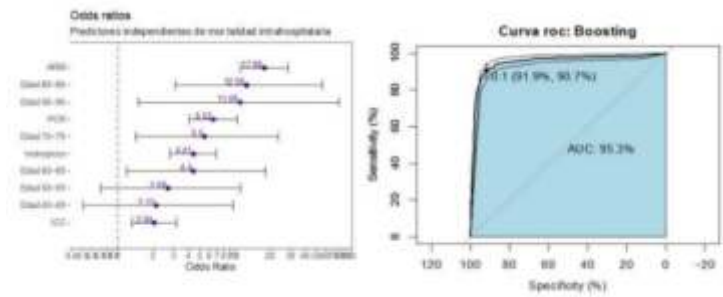
Objetivos: Determinar predictores de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se analizó la base de datos en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires confeccionada a partir del registro ARGEN-IAM-ST que incluye pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años. La estadística descriptiva fue la convencional. Se definió como outcome de interés la mortalidad intrahospitalaria. Se utilizaron algoritmos de aprendizaje supervisado de machine learning (boosting) para la

	Muerte			
	Total	No	Si	Pvalor
N	5488	5022	478	
Edad	61.04 (11.92)	65.46 (11.74)	66.82 (12.26)	<0.001
Demora F	2102 (38.2)	1895 (37.7)	207 (43.5)	0.016
CRF	1281 (23.4)	1076 (21.4)	175 (36.8)	<0.001
HRA	3281 (59.3)	2935 (58.4)	326 (68.8)	<0.001
Tiempo PR (mediana [IC95])	88.00 (75.00, 225.00)	90.00 (75.00, 225.00)	78.50 (66.75, 210.00)	0.035
Tiempo V (mediana [IC95])	479.00 (280.00, 1019.25)	470.50 (290.00, 1019.25)	482.00 (305.00, 1020.00)	0.136
ARC primaria	5059 (92.0)	4647 (92.5)	412 (86.0)	<0.001
PCR	417 (7.6)	175 (3.5)	242 (50.8)	<0.001
ARM	539 (9.8)	183 (3.7)	354 (74.4)	<0.001
ICC	920 (16.7)	859 (17.1)	261 (54.8)	<0.001
Complicaciones mecánicas	70 (1.4)	38 (0.8)	51 (10.7)	<0.001

búsqueda de predictores asociados al outcome. Se generó un modelo de predicción de mortalidad intrahospitalaria que fue evaluado mediante curvas ROC. Se consideró como significativo un p valor < 0.05.

Resultados: El estudio incluyó 5498 pacientes del registro ARGEN-IAM-ST de los cuales el 38% (n= 2102) eran de sexo femenino, 22% de la población era diabética, 59% tenían hipertensión arterial, 49% tabaquismo, 10% infarto de miocardio previo, 78% Killip Kimball I y el 11% presentaban Fey 49%. Se realizó angioplastia primaria en el 92% de los pacientes, con una mediana del tiempo puerta-balón de 88 minutos RIC 75-225 y del tiempo de ventana 479 minutos RIC 290-1019, observándose que los pacientes con menor tiempo puerta-balón tuvieron mayor mortalidad intrahospitalaria con una mediana de 78.50 minutos (RIC 66.75, 210.50; p= <0.035). El modelo multivariable demostró que el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (OR 17.8; p= <0.001), paro cardiorrespiratorio en internación (OR 6.5; p= <0.001), uso de inotrópicos (OR 4.4; p= <0.001), el incremento de la edad por encima de los 60 años (OR 4.4; p= <0.001) hasta por encima de los 80 años (OR 12.5; p= <0.001) y la evolución con insuficiencia cardiaca (OR 2.04; p= <0.001) se asociaron a nuestro outcome (mortalidad intrahospitalaria) y fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. Todas estas variables fueron incluidas en un modelo de clasificación el cual se evaluó mediante curva ROC, el mismo presentó un área bajo la curva de 0.95 (IC 95% 0.92-0.96). Con el objetivo de maximizar la sensibilidad y especificidad, se calculó el índice de youden que correspondía 0.1, con la correspondiente sensibilidad y especificidad del 92 y 91%.



Conclusiones: En nuestra cohorte la asistencia respiratoria mecánica, paro cardiorrespiratorio, uso de inotrópicos, el incremento progresivo de la edad por encima de los 60 años y la evolución con insuficiencia cardiaca se comportaron como predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria.

0367. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UN PROGRAMA PROVINCIAL DE CUIDADO AL PACIENTE CON UN EVENTO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

Cesar Osvaldo VILLALBA¹ | Miguel Angel FREIS¹ | Marisa Malvina ACOSTA¹ | Martin PUGA² | Sergio Exequiel ESCALANTE¹ | Luis QUINTANA³ | Eugenia RUIZ⁴ | Ricardo Mario IGLESIAS¹

Hospital de Alta Complejidad J.d. Perón¹; Hospital Central de Formosa, Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa²; Hospital Central³; Ministerio de Desarrollo Humano⁴

Introducción: La aplicación precoz de estrategias de reperfusión en el Infarto Agudo de Miocardio con elevación del Segmento ST (IAMCST) mejora la evolución de los pacientes. Dentro de los indicadores de calidad de atención se identifica el tiempo a la reperfusión y el porcentaje alcanzado de la misma.

Objetivos: Evaluar a través de indicadores de calidad en el manejo del IAMCST en un programa asistencial integral y multidisciplinario en una provincia de Argentina.

Materiales y Métodos: Diseño y población del estudio Estudio de cohorte, prospectivo y observacional. Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes ingresados con diagnóstico IAMCST y con indicación de terapia de reperfusión, los cuales fueron incorporados al código de infarto de la Provincia de Formosa

Resultados: El 4/11/2022 se inició el código provincial de IAMCST y hasta el 30/4/2024 se registraron consecutivamente 136 pacientes (P) de los cuales 111 P (82%) fueron confirmados como IAMCST. El 78% hombres y la edad promedio fue de 61 años (28-86). Derivados del interior de la provincia de Formosa 43% y de la capital 57%. Se presentaron con Killip y Kimball A 77%, B 9%, C 3% y 11% shock cardiogénico. Se implementó tratamiento de reperfusión en 99 (89%), 7% trombolíticos, 83% angioplastia primaria y el 10% no fue reperfundidos (tratamiento quirúrgico o médico). Todos los P recibieron aspirina y clopidogrel al ingreso y máximas dosis de estatinas. En relación con los tiempos a la reperfusión, la mediana de tiempo puerta-balón fue de 86 (40-210) minutos, la proporción de P tratados dentro de los 90 minutos fue 53.5%. El tiempo promedio de traslado desde el primer ECG y la entrada hospitalaria fue de 142 minutos para P de capital y 394 minutos para los P del interior. No se disponen los tiempos de reperfusión con el tratamiento fibrinolítico. La mortalidad total fue de 20 P (18%), de ellos 5 P (25%) fallecieron durante el traslado, intrahospitalaria fue del 12% (13/111) y 2 P (2%) infección por dengue, con una edad de 70,3 años (59-86).

Conclusiones: La evaluación periódica de este tipo de programas identifica los problemas a corregir. En nuestro primer análisis desde la implementación del código de IAM en la provincia de Formosa evidenciamos que la calidad de atención de los pacientes con infarto es adecuada, excepto en lo relativo al tratamiento de reperfusión, donde persisten demoras en el empleo de los procedimientos. Con mortalidad elevada en comparación a estadísticas internacionales.

0370. CHAT ECG: UNA HERRAMIENTA DEL CARDIOLOGO PARA LOS NO CARDIOLOGOS

Medicina Digital e Inteligencia artificial / Arritmias y Electrofisiología

Norberto BORNANCINI¹ | Yeliana MENDOZA HUMANEZ² | Luis Fernando LLANOS MESTRA² | Walter Jacinto NIETO³ | Rafael PORCILE⁴
Sanatorio Santa Clara Talari¹; Ips Caminos²; Sanatorio de La Trinidad San Isidro³; Universidad Abierta Interamerica⁴

Introducción: El electrocardiograma (ECG) es sin duda uno de los estudios complementarios más solicitados en la práctica diaria; no tiene límite de edad para quien se lo practique si puede ser solicitado desde un control de salud hasta previo a una cirugía mayor. Sin embargo, la correcta confección de su informe es oficio de nuestra especialidad. Ante el uso masivo de este método es que Chat-ECG propone ser una herramienta de los cardiólogos para aquellos colegas no especialistas.

Objetivos: Mostrar la experiencia de esta herramienta destinada para médicos no especialistas en Cardiología brindándoles informes de ECG realizado por especialistas.

Materiales y Métodos: Estudio intervencionista de cohorte. Se trata de un sistema de mensajería gratuito en el cual médicos generales o de familiar podían enviar ECG (ya sea foto o formato digital). Se difundió el sistema de mensajería en 15 centros (10 en Colombia y 5 en Argentina) entre Enero y Diciembre de 2023, recibiendo un total de 16800 ECG.

Resultados: El 100% de los ECG enviado a la plataforma fueron informados con un tiempo máximo de respuesta de 1 hora (promedio 37 minutos) aunque el 85% fueron informados en tiempo real. Los profesionales a carga tenían días asignados al sistema de mensajería para responder a cada ECG que fuera enviado. Todos los ECG fueron informados por los especialistas (no se realizó apoyo de inteligencia artificial). Respecto a una encuesta de satisfacción a los colegas el 98% puntuó con 4 sobre 5 al sistema, siendo el principal disconfor la demora en la entrega del informe.

Conclusiones: Sin duda que la Inteligencia Artificial podrá aportar resultados alentadores, pero hasta entonces ésta alcance la precisión del especialista, desde el grupo de trabajo, consideramos que una herramienta altruista es necesaria para facilitar el trabajo de los colegas a lo largo y ancho de las Américas.



0373. VALOR E IMPACTO DE LA INCLUSION DE LA PRESION ARTERIAL NOCTURNA EN EL SCORE DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA OMS EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE ARGENTINA

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Hipertensión Arterial

Joaquin PEREA | Damián Jesús MALANO | Evelyn Anabella FIORI | Camila MUSLERA | Brian Tomás PEROTTI | Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Diego Martín ARLUNA | Alvaro SOSA LIPRANDI
Sanatorio Santa Sanatorio Güemes

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la causa líder de mortalidad a nivel mundial. Varios países del mundo disponen de diferentes scores para estimar el riesgo de un evento cardiovascular mayor en general en un tiempo de 10 años. En la argentina no existe aún una ecuación de riesgo derivada de estudios de cohorte prospectivos, de modo que no podemos recomendar categóricamente un instrumento de estimación de riesgo.

Objetivos: Evaluar el score de la OMS en nuestra cohorte e intentar mejorar la capacidad predictiva del mismo a través de la inclusión de la presión arterial nocturna.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizó una base de datos de pacientes que se realizaron una presurometría en el servicio de cardiología ambulatoria del sanatorio Güemes. Se incluyeron para el análisis, pacientes entre los 40 y 80 años de edad que no presentaban antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. El endpoint de interés fue eventos cardiovasculares mayores (MACE). Se realizó seguimiento a través de historia clínica electrónica. Se incluyeron las variables del score original de la Organización Mundial de la Salud (OMS) edad, género, presión arterial sistólica diurna, diabetes, tabaquismo, colesterol total y se incluyó también para el análisis la presión arterial sistólica nocturna, todos los modelos fueron ajustados por dichas variables. Para evitar el sobreajuste, el data set inicial fue dividido en dos, una para entrenar y otra para testear los modelos.

Resultados: Resultados: De los 1556 sujetos iniciales, fueron incluidos 1185 que cumplían con nuestros criterios de inclusión. La cohorte presentó una mediana de edad de 60 años y en un 55% correspondían al género femenino. En relación a los factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y diabetes presentaron una prevalencia del 77%, 30%, 19.8% y 15.8%, respectivamente. La mediana de colesterol fue de 186 mg/dl [158,211]. La prevalencia de MACE fue del 5,5% (n=65) con una mediana de seguimiento de 48 meses [31,60]. El modelo original (OMS) con presión diurna presentó un área bajo la curva roc de 0.69 en comparación con el modelo con presión nocturna que era de 0.76. Se compararon ambas curvas encontrándose en el límite de la significancia estadística (Z=1.9444, p valor = 0.051). Se calculó el índice de youden, que fue de 0.1, el cual permitió maximizar la sensibilidad y especificidad que fueron de 69 y 76%, respectivamente. Para evaluar el impacto clínico de la mejoría del score se estimó el índice de reclasificación neta el cual fue del 17% ya que el modelo permitió reclasificar en sentido correcto un 16% de los pacientes que presentaron MACE y un 1% de los que no presentaron MACE. Los hazard ratio (HR) estimados a partir de los modelos multivariados fueron para variable presión arterial diurna de 1.20 (IC 95% 0.95, 1.53; p valor 0.11), mientras que el HR de la variable presión arterial nocturna fue de 1.27 (IC 95% 1.01, 1.62; p valor 0.04) (ver figura 1). Se realizaron curvas de Kaplan Meier con la población estratificada según el riesgo cardiovascular, encontrando una supervivencia del 97% (IC 95% 95,99), 84% (IC 95% 73,97) y 53% (IC 95% 42,66), para el riesgo bajo, intermedio y alto, respectivamente.

Conclusiones: El score original de la OMS presenta en nuestra población una performance adecuada. La variable presión arterial sistólica nocturna mejora la capacidad de discriminación del modelo y esto se traduce en un impacto clínico relevante.

0378. "PLACA CAROTÍDEA Y AORTO-FEMORAL EN MENORES DE 40 AÑOS"

Medicina Vascul / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

María Victoria MORALES

Sanatorio Allende

Introducción: La aterosclerosis es una enfermedad caracterizada por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas en la capa íntima de las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. El objetivo de este estudio fue detectar FRCV relacionados con la presencia de placa aterosclerótica carotídea y aorto femoral en pacientes menores de 40 años.

Objetivos: OBJETIVO PRINCIPAL - Detectar factores de riesgo cardiovasculares relacionados con la presencia de placa aterosclerótica carotídea y aortofemoral en pacientes menores de 40 años. OBJETIVOS SECUNDARIOS - Determinar el número de pacientes con placa aterosclerótica menores de 40 años que tienen compromiso de más de un segmento anatómico. - Determinar el tipo de placa aterosclerótica (lipídica, fibrolipídica, fibrocálcica) carotídea y aortofemoral más prevalente en pacientes con enfermedad aterosclerótica menores de 40 años.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de casos y controles. Se evaluaron pacientes menores de 40 años, con y sin FRCV que fueron derivados al Servicio de Cardiología del Sanatorio Allende sede Cerro y Nueva Córdoba para realizarse

TABLA 1
Características de la población estudiada

Variables	Con placa (n 52)	Sin placa (n 52)	Valor de p (n 104)
EDAD	36 +/- DS 2.96	30 +/- DS 6.86	-
SEXO	F 29% - M 71%	F 41% - M 59%	<<0,001
CON FRCV	76%	31%	<<0,001
HTA EN CONSULTORIO	10%	8%	0,03
IMC > 30	22%	22%	0,4
FRCV HF	39%	41%	0,52

TABLA 2
Valores de laboratorio considerados de FRCV de la población estudiada

Variables	Con placa (n 52)	Sin placa (n 52)	Valor de p (n 104)
GLUCEMIA EN AYUNAS	100 +/- DS 23	96 +/- DS 19	0,01
LDL	127 +/- DS 56	115 +/- DS 35	0,03
HDL	47 +/- DS 14	57 +/- DS 30	<<0,001
TAG	151 +/- DS 80	119 +/- DS 61	0,6
RELACIÓN TAG/HDLc	3.69 +/- DS 2.75	2.49 +/- 1.78	0,05

una Ecografía Doppler Vascular en el periodo de tiempo comprendido entre Junio del 2022 y Junio del 2023.

Resultados: Se incluyeron un total de 104 pacientes. Dentro del grupo de pacientes con placa aterosclerótica, 71% fue de sexo masculino, la media de edad fue de 36 años, 24% no tenía FRCV, 10% presentó HTA en consultorio, 22% tenía un IMC >30 y 39% tenía AHF de ECV. Al cruzar las variables correspondientes a HTA en consultorio, glucemia en ayunas, colesterol total, LDLc y HDLc encontramos una relación estadísticamente significativa. En cuanto a la localización anatómica, 95% tenía afectación en una sola localización y 86% se encontraba a nivel carotídeo.

Conclusiones: El análisis de nuestro estudio nos permitió demostrar que la enfermedad aterosclerótica afecta tanto a pacientes añosos como a pacientes jóvenes, especialmente a aquellos de sexo masculino. La ausencia de FRCV no debería considerarse un factor de bajo riesgo de enfermedad aterosclerótica, ya que existe un porcentaje de pacientes con enfermedad sin FRCV lo que sugiere la existencia de factores adicionales a los estudiados. Debemos hacer hincapié en estrategias de prevención primaria para anticiparnos a la aparición de la enfermedad y en consecuencia, disminuir la aparición de potenciales complicaciones.

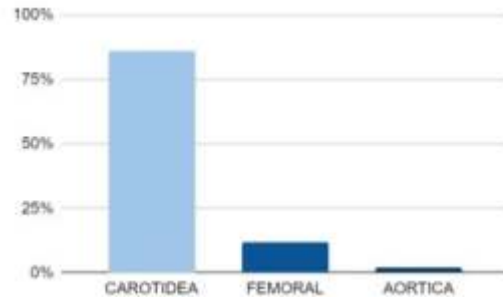
TABLA 3

Segmentos anatómicos afectados y tipos de placa

Placa aterosclerótica	Carotídea	Femoral	Aórtica
TOTAL	86%	12%	2%
FIBROLIPÍDICA	39	5	0
LIPÍDICA	6	0	0
FIBROCÁLCICA	0	1	1

FIGURA II

Segmentos anatómicos afectados



0379. FIBROSIS AURICULAR DETECTADA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA CON GADOLINIO, EN UN GRUPO DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR. SCORE DE UTAH REFORMADO

Aritmias y Electrofisiología / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

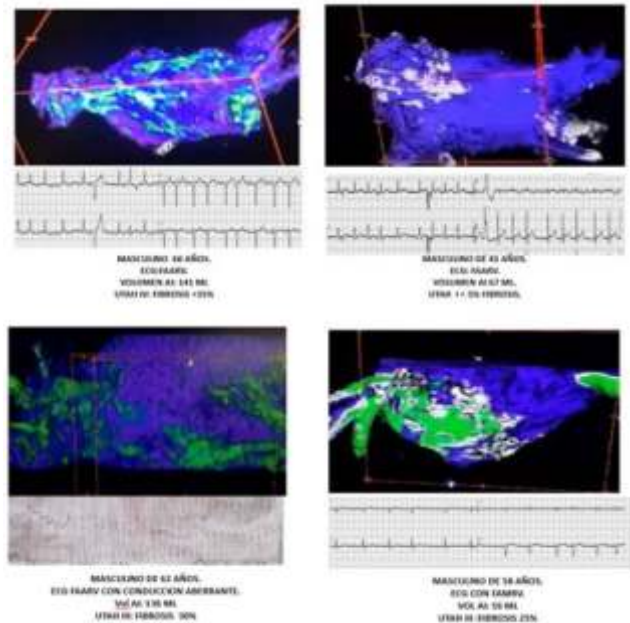
Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Maria Pia MARTURANO | Javier Fabian VENTRICI

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: La fibrosis auricular izquierda, es un factor que contribuye a la aparición y progresión de la fibrilación auricular (FA).

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es evaluar la asociación de la fibrosis de Aurícula Izquierda (AI), como un marcador de la gravedad de la miopatía auricular que precede a la fibrilación auricular en una serie de 4 casos.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis observacional, Unicentrico, de una cohorte de 4 pacientes con antecedentes de fibrilación auricular desde enero del 2024 a abril de 2024. De los cuales 3 ya estaban en ritmo sinusal y 1 permanecía en fibrilación auricular. Todas las exploraciones se realizaron con escáneres de Signatm Architect 3 T (General Electric), Se obtuvieron imágenes con secuencia de realce tardío inversión-recuperación, de alta resolución. La evaluación de la intensidad del gadolinio retenido (RTG) en la AI se sugirió una señal de umbral superior de 2DS al del tejido normal, empleando secuencias sincronizadas con electrocardiograma, bobina receptora de matriz de 32 canales y navegador respiratorio, dicha secuencia se aplicó a los 15 minutos después de la inyección 0,1 mmol/kg de contraste de gadolinio. El postprocesamiento para evaluar la intensidad del RTG de la AI se realizó con el programa informático CardioVX. La intensidad del RTG



de la AI se obtuvo con el empleo de protocolos de segmentación y cuantificación. La cuantificación de realce se realizó mediante análisis cualitativo, a través de modelos renderizados tridimensionales y sistema CARTO que subdivide la aurícula en 18 regiones, 9 posteriores y 9 anteroseptal; se asume la equivalencia del porcentaje fibrótico al score de Utah (I, <5% de pared de AI que capta gadolinio, Utah II, 5–20%; Utah III, 20–35%; y Utah IV, >35%). (9 regiones equivalentes a 50% de fibrosis auricular).

Resultados: En los 4 casos analizados, se detectaron presencia de fibrosis de diferentes cuantificación, 1 caso de 41 años, con Vol. AI 56 ml con Utah I: fibrosis menor del 5%; 2 casos con Utah III: fibrosis del 25% (Vol AI:56ml) y el otro 30% (Vol AI 136 ml) de 62 y 58 años; y un último caso de 60 años con Utah IV: fibrosis >35% (VolAI 146 ml).

Conclusiones: La Resonancia magnética Cardíaca, es un método no invasivo para evaluar la cuantificación de fibrosis en la aurícula izquierda, y podría proporcionar información sobre la progresión de la miopatía auricular, en la población de pacientes con fibrilación auricular.

0384. LIPOPROTEÍNA (A): IMPACTO SOBRE LA ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA MÁS ALLÁ DEL COLESTEROL LDL

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

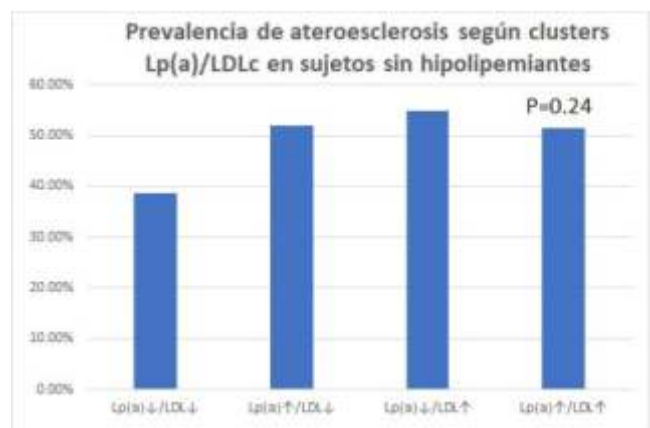
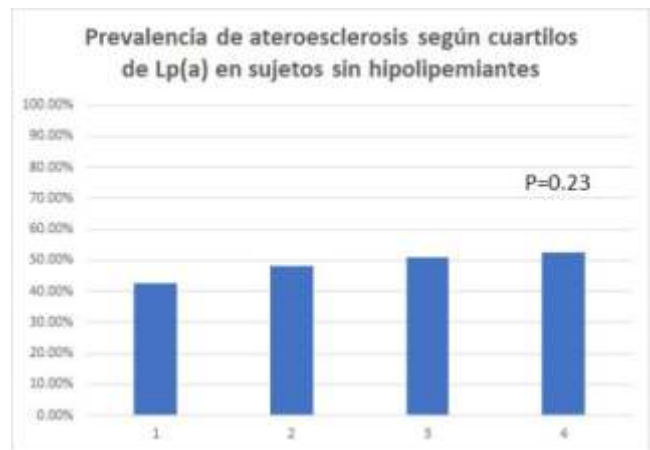
Guido Manuel GARCÍA JUÁREZ | María Noelia BRENZONI | Pamela Andrea ALARCON | Eliana Carla FILOSA | Renzo Eduardo MELCHIORI | Fabian Edie FERRONI | Carlos CASTELLARO | Sergio Ariel GONZÁLEZ

Hospital Universitario Austral

Introducción: La Lipoproteína a (Lp(a)) es un novel marcador de eventos. Se especula que su impacto cardiovascular estaría mediado por un aumento en la aterogénesis, al igual que otras lipoproteínas como el colesterol LDL (LDLc). Sin embargo, recientemente ha surgido una controversia en la bibliografía acerca de la relación entre la Lp(a) y la presencia/extensión de la aterosclerosis subclínica (ATS), particularmente en sujetos en prevención primaria cardiovascular.

Objetivos: 1- Determinar asociaciones entre niveles de Lp(a) con presencia y carga de ATS. 2- Analizar diferencias en las prevalencias de ATS entre diferentes clusters de Lp(a)/LDLc. 3- Evaluar el carácter predictivo independiente de ATS de la Lp(a).

Materiales y Métodos: Se evaluaron 475 pacientes. Se excluyeron pacientes <18/>80 años, con patología cardiovascular y enfermedades crónicas. Se determinó presión arterial, perfil metabólico con medición de Lp(a) y LDLc, y se evaluó ATS por ultrasonografía carótido-femoral según Consenso de Mannheim a través de presencia y carga de ATS (área total en mm²). Se evaluó la presencia/carga de ATS según cuartiles crecientes de Lp(a) en población total y en sujetos sin hipolipemiantes (Chi²/Kruskall Wallis, respectivamente). Por tratarse de dos variables estrechamente vinculadas se realizó un análisis de discordancia entre Lp(a) y LDLc para identificar el aporte diferencial de la Lp(a) por sobre el LDLc en la ATS. Para ello se clasificó a la Lp(a) y al LDLc según medianas, y se analizaron las diferencias en las prevalencias de ATS entre los cuatro clusters resultantes: (Lp(a) bajo/LDLc bajo, Lp(a) alto/LDLc bajo, Lp(a) bajo/LDLc alto, y Lp(a) alto/LDLc alto) en sujetos sin tratamiento hipolipemiante (Chi²). Se determinó el carácter predictivo de ATS de la Lp(a) elevada (definida como > a 75 nmol/L) mediante una regresión logística ajustada por edad, sexo, antropometría, niveles de PA, LDLc, tabaquismo y diabetes.



Resultados: Ingresaron 462 pacientes (56.7±9.77 años, 58% hombres). Los cuartiles crecientes de Lp(a) no se asociaron con un incremento progresivo en la prevalencia de ATS (P=0.45) ni con aumentos en la carga de ATS (P=0.33) en la población general, ni en sujetos sin hipolipemiantes (P=0.23 y P=0.41, respectivamente). Los diferentes clusters de Lp(a)/LDLc no mostraron diferencias significativas en las prevalencias (presencia) de ATS (P=0.24). La Lp(a) no presentó un carácter predictivo independiente de ATS en la regresión múltiple (P=0.85; OR 1.05 [0.58-1.92]; Test de Hosmer & Lemeshow P=0.84; ROC=0.696 [0.634 a 0.754]).

Conclusiones: La elevación de la LP(a) no se asoció con una mayor presencia o extensión de aterosclerosis subclínica, a la vez que no proporcionó información adicional al colesterol LDL en tal sentido. De acuerdo con estos resultados, la asociación entre la elevación de la Lp(a) y el desarrollo de eventos cardiovasculares podría estar modulado por mecanismos independientes de la generación o del aumento del monto de aterosclerosis en sujetos en prevención primaria cardiovascular.

0387. REGIMEN ALIMENTARIO Y SU CORRELACION CON EL ESTADO MUSCULAR EN UNA POBLACION ORIGINARIA DE MEDIANA Y ALTA MONTAÑA DE TUCUMAN

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Ricardo Sebastián GALDEANO¹ | Oscar Ariel VOGELMANN² | Juana ARGANARAZ³ | Darío Omar PALAVECINO¹ | Carlos Eduardo ALVAREZ¹ | José Daniel ABREGÚ¹ | Claudio MAJUL⁴ | Claudio JOO TURON⁵

Distrito Tucumán Sociedad Argentina de Cardiología¹; IOT Sanatorio Integral²; Colegio Medico³; Hospital Santojanni⁴; Instituto Superior de Investigaciones Biológicas (insibio), Conicet-unt⁵

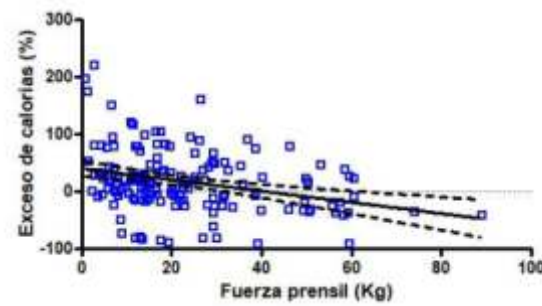
Introducción: La comunidad de Quilmes (Tucumán) abarca 2400 habitantes de mediana y alta montaña. Los pueblos originarios son considerados como población vulnerable para la OMS debido a sus características particulares. Actualmente se está observando que estas poblaciones presentan una occidentalización de los estilos de vida. En setiembre del 2022, se realizó el voluntariado SONQO CALCHAQUI II, donde se realizó estudios cardiovasculares a la población Quilmes

Objetivos: Correlacionar el régimen alimentario de la comunidad de Quilmes con estado nutricional y la fuerza muscular.

Materiales y Métodos: Para el presente trabajo, se estudiaron las siguientes variables: - Régimen alimentario: mediante el test "Recordatorio de 24 Hs". De acuerdo a las respuestas se calculó las calorías ingeridas. El exceso de calorías ingeridas por el poblador se expresó en porcentaje (%) sobre las calorías ideales, según la fórmula de Harris-Benedict - Estado nutricional: mediante índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura. - Estado muscular: mediante fuerza prensil de la mano dominante (dinamómetro hidráulico Jamar®). Los valores se expresaron como promedio ± error estándar. Todos los procedimientos fueron aprobados por el CEI del SIPROSA (Dictamen 34/2022).

Resultados: Concurrieron 186 pobladores (119 mujeres y 67 varones) - "Recordatorio de 24 Hs": El día anterior a la consulta 50,5% de los pobladores desayunaron yerba mate, acompañado en 26,3% con pan con grasa ("bollos"). Colación: 32,3% tomó una infusión (principalmente yerba mate); 14,0% bollos y 11,8% fruta. El almuerzo más común fue guiso (34,9%), pastas (6,54%) y arroz (6,5%). 36,0% comió postre (principalmente fruta). Merienda: 71,5% tomó alguna infusión. 55,9% cenó (en general la misma comida del almuerzo). En promedio ingirieron 1816,9 ± 54,2 Cal (para una ingesta ideal de 1590,0 ± 24,1 Cal; 19,0 ± 4,0% de exceso de Cal). - El IMC promedio fue 27,9 ± 0,4. 1,7% presentaba desnutrición; 28,7% peso adecuado; 34,3% sobrepeso y 35,4% obesidad. La circunferencia de cintura fue 103,1 ± 0,8 cm y estuvo elevada en 75,8% de los pobladores. - La fuerza prensil fue 23,0 ± 1,3 Kg. El 55,8% estuvo por debajo del rango normal descripto para edad y sexo. Si bien la fuerza prensil no se correlacionó con el IMC (Pearson R: 0,0007823; IC95%: -0,1580 a 0,1595; p: NS) ni con la circunferencia de cintura (Pearson R: 0,07295; IC95%: -0,08677 a 0,2290; p: NS), se encontró una correlación negativa entre fuerza prensil y el exceso de calorías ingeridas (Figura 1)

Correlacion entre fuerza prensil y exceso de calorías ingeridas según Test de 24 Hs



Conclusiones: Evidenciamos una dieta basada en harinas con poca ingesta de frutas, verduras y proteínas de origen animal. En concordancia, se encontró un IMC en rango de sobrepeso con alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (69.7% de los pobladores). Sumado a esto, casi la mitad de los pobladores presenta un grado de sarcopenia. La correlación negativa entre fuerza prensil y exceso de calorías refuerza la teoría que la dieta no estaría aportando las proteínas necesarias para un buen desarrollo corporal. Este estudio remarca la importancia de propiciar en esta población originaria un estilo de vida que incorpore una dieta saludable adaptada a la idiosincrasia del lugar.

0391. FALLA CARDIACA EN ADULTOS MAYORES: ¿LA EPIDEMIA QUE NO ESTAMOS VIENDO VENIR?

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Rita DASILVA | Ana Karina QUINTERO TERÁN | Mariana Ayelen MAYA MAYA | Macarena Clara ZAYAS | Agustín GALINDO | Norberto BORNANCINI | Rafael PORCILE

Sanatorio Santa Clara Talar

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad que se engloba en un síndrome clínico, caracterizado por signos y síntomas y que en los últimos años ha incorporado distintos fenotipos. Esta población frágil, llena de comorbilidades, no candidata a varias terapéuticas (particularmente en IC avanzada) y con diferente sensibilidad al tratamiento (rigidez arterial, déficit endotelial, compromiso renal...) se vuelve un desafío para el equipo de salud en su diagnóstico y manejo.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes adultos mayores ingresados por IC en los distintos centros participantes.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de cohorte transversal, multicéntrico.

Resultados: El 50,94% de los pacientes (n=27) son de sexo femenino. La edad promedio fue 83,75 años y el promedio de estancia hospitalaria fue 7,70 días. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Fey) media fue de 49,72%. El 16,99% (n=9) fallecieron en la internación, el 15,09% (n=8) a los 6 meses y el 3,77% (n=2) al año, dando como resultado una mortalidad total del 35,85%. El 3,77% de los pacientes (n=2), ya cumplían los 4 pilares del tratamiento y el 37,74% (n=20) se fue de alta con los 4 pilares del tratamiento para IC según FEVI. El resto de ellos no cumplía criterios para indicar 4 pilares, por hipotensión (40%), insuficiencia renal con clearance de creatinina menor a 25 ml/min/kg (30%) y/o bradicardia (8%). La etiología con mayor porcentaje es la Fibrilación Auricular (FA) con un 69,81% de los pacientes (n=37), seguida de Enfermedad Coronaria en un 11,32% (n=6), Estenosis Aortica 13,21% (n=7), Chagasica 1,89% (n=1) e Idiopáticas con un 3,77% (n=2). Respecto a las comorbilidades el 88,68% de los pacientes (n=47) presentaban Hipertensión Arterial (HTA) y el 28,30% Diabetes mellitus siendo el 80% del tipo I (DBT tipo II).

Conclusiones: En nuestra cohorte podemos determinar que los adultos mayores internados por IC presentan como característica Fey levemente reducida, de etiología arritmogénica (FA) con una mortalidad del 35%. Nuestro análisis busca promover medidas de prevención para IC, como detección precoz de FA mediante holter a partir de los 75 años (método de screening) o incluso dispositivos Wireless. Prevenir siempre será mejor que curar. Buscaremos ampliar el n de la cohorte para mayores datos estadístico.

0392. HARMS 2-AF SCORE: ¿PODEMOS IR MÁS ALLÁ EN PREVENCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR?

Arritmias y Electrofisiología

Ana Karina QUINTERO TERÁN | Rita DASILVA | Mariana Ayelen MAYA MAYA | Macarena Clara ZAYAS | Agustín GALINDO | Norberto BORNANCINI | Rafael PORCILE

Sanatorio Santa Clara Talar

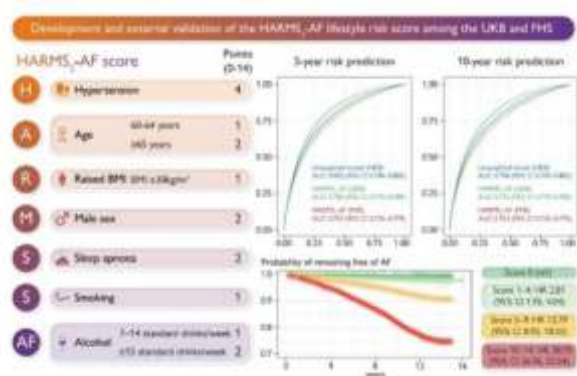
Introducción: La fibrilación auricular (FA) como otras enfermedades cardiovasculares se encuentra íntimamente relacionada a un estilo de vida no saludable; el HARMS2- AF score permite detectar la población de riesgo y trabajar sobre dichos factores de riesgo modificables; es probable que agregando al score datos de ecocardiograma (ECO) y electrocardiograma (ECG) se puedan identificar sub poblaciones con riesgos intermedios-altos o intermedios-bajo como pasa en tromboembolismo pulmonar (TEP).

Objetivos: Demostrar la utilidad de la incorporación de datos obtenidos mediante ECO y ECG al HARMS2- AF score e identificar con el conjunto de datos sub poblaciones en riesgo.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte longitudinal. Se incluyeron 87 pacientes (59 mujeres) con un promedio de edad de 68 años sin antecedentes de FA a los cuales se les realizó el HARMS2- AF score, se midió área y diámetro auricular izquierdo por ECO y se estudió la morfología y tamaño de la onda P través del ECG mediante la derivación de Lewis. Se clasificaron los pacientes en bajo, intermedio y alto riesgo de desarrollo de FA según score y se sub clasifico en intermedio-bajo a quienes tenían score + dilatación auricular por ECO o ECG e intermedio-alto a quienes tenían score + dilatación auricular por ECO + ECG. Posteriormente se realizó seguimiento telefónico a los 30 días para identificar aquellos que desarrollaron FA.

Resultados: El 31,03% de los pacientes (n=27) se clasificaron como riesgo bajo según HARMS2-AF score de los cuales el 0,08% (n:7) presentó dilatación auricular por área y 3,45% por diámetro (n:3); de ellos no se detectó dilatación auricular por estudio electrocardiográfico. El 67,82% de los pacientes (n=59) se clasificaron como riesgo intermedio de los cuales el 62% (n=54) se sub clasificó en intermedio-bajo (score + ECO) y un 46% (n=4) se sub clasificó en intermedio-alto (score+ECO+ECG). Solo el 1,15% se registró como alto riesgo para desarrollar fibrilación auricular (n=1) donde se registró dilatación auricular izquierda a través de ecocardiograma por área y diámetro más no por ECG. Hasta la fecha no se ha registrado el desarrollo de FA en esta población en el seguimiento a 30 días.

Conclusiones: Los datos de ECG y ECO agregados al score HARMS2-AF podrían aportar datos similares al TEP de intermedio- alto riesgo cuando se agrega la disfunción por ECO y los biomarcadores. Desde el grupo de trabajo se continua el seguimiento de la cohorte con el fin de poder comprobar nuestra hipótesis.



0393. EMBOLIZACION LINFÁTICA DE LA ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEINAS EN LA CIRCULACIÓN FONTAN- KREUTZER: SERIE DE CASOS

Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del adulto

Carla PASINATO | María Victoria LAFUENTE | Dario TEPLISKY | Gladys SALGADO | Rodrigo ORIBE | Mariela MOURATIAN

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J. Garrahan

Introducción: Entre 3 -20% de los pacientes con cirugía de Fontan-Kreutzer desarrollarán durante el seguimiento enteropatía perdedora de proteína (EPP), determinando un alto impacto en su sobrevida. Si bien la etiología es multifactorial, la presencia de dilatación patológica y flujo retrógrado de los conductos linfáticos hepato-duodenales hacia la luz intestinal es una condición determinante. En los últimos años se ha propuesto la técnica de embolización de dichos conductos como un novedoso blanco terapéutico.

Paciente	Albumina pre embolización	Clearance alfa 1 antitripsina	Albumina al último control	Cantidad de embolizaciones	Tiempo de seguimiento (meses)
1	2.6	123	4.16	1	23
2	1.8	1069	2.32	3	39
3	2.5	171.3	5.12	1	43
4	2.2	217	3.07	1	20
5	4.04	272.2	4.2	1	12

Objetivos: Evaluar la factibilidad, complicaciones y el resultado clínico- analítico de la embolización selectiva de linfáticos hepato-duodenales en pacientes con circulación Fontan-Kreutzer y EPP

Materiales y Métodos: Se trata de una serie de casos, retrospectiva, de un único centro que incluyó 5 de pacientes con circulación Fontan-Kreutzer quienes desarrollaron EPP y a los que se les realizó embolización de linfáticos hepato-duodenales por vía percutánea.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes con cirugía de Fontan Kreutzer, realizada a una media de edad de 3.9 años (rango: 3.5-4.3), quienes desarrollaron EPP a un tiempo medio postquirúrgico de 8.4 años (rango: 2.29-15.3). Se realizaron en total 7 procedimientos en 5 pacientes. Por medio de linfografía por cateterismo, bajo control ecográfico, se encontró en los 5 pacientes conductos linfáticos hepatoduodenales dilatados y tortuosos drenando en el intestino delgado, logrando de manera efectiva la embolización de los mismos en todos ellos. Post procedimiento inmediato todos incrementaron el nivel de albúmina. Durante un seguimiento medio de 27.4 meses (rango 12 -43 meses) 4 pacientes mantuvieron los niveles de albumina, mientras que un paciente requirió dos nuevas embolizaciones por persistir con hipoalbuminemia (Ver tabla). Un paciente requirió intervención quirúrgica concomitante por defecto residual anatómico. Clínicamente todos los pacientes disminuyeron los edemas y reportaron una mejoría franca en la calidad de vida. No se observaron complicaciones mayores relacionadas al procedimiento intervencionista, sólo 3 pacientes presentaron episodio autolimitado de melena leve autolimitada.

Conclusiones: La EPP es una complicación devastadora en los pacientes con circulación Fontan con gran impacto en la sobrevida. La embolización linfática selectiva demostró un aumento en los niveles séricos de albúmina y una franca mejoría clínica en todos los pacientes. La embolización linfática es un herramienta segura y beneficiosa para el tratamiento de estos pacientes.

0397. DIABETES TIPO 2. ¿ES POSIBLE LOGRAR LA META DE PRESIÓN ARTERIAL? ESTUDIO DE VIDA REAL AÑOS 2006-2011 Y 2018 (GRUPOS FRADYC)

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Solange HOUSSAY¹ | Silvana MILRAD² | Angela María LUONGO³ | Eva LOPEZ GONZALEZ⁴ | Sandra MASERATI⁵ | Julieta Lorena MENDEZ⁶ | Julio César BRAGAGNOLLO¹ | Grupo FRADYC⁷

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía¹; Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca²; Centro Médico Pueyrredón - Banfield³; Consultorios Maipú - Vicente López⁴; Centro Médico Santa María De La Salud - San Isidro⁵; Docente Adscripta Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires⁶; Sociedad Argentina de Diabetes⁷

Introducción: El control de la presión arterial (PA) previene la aparición y progresión de complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2 (DM2).

Objetivos: Analizar metas de PA en adultos con DM2 en Argentina, y su relación con duración, complicaciones crónicas, tratamiento, adherencia y calidad de vida.

Materiales y Métodos: Diseño transversal; comparativo de tres estudios multicéntricos que incluyeron adultos con DM2 asistidos por especialistas, años: 2006, 2011 y 2018. Meta PA (<140/90 mmHg). Se aplicaron cuestionarios de adherencia y calidad de vida. Se analizaron antecedentes, examen clínico y laboratorio.

Resultados: Se incluyeron 4709 pacientes, 83 % tenía hipertensión arterial (HA). Logró la meta de PA: el 64.7%, el 67.6% y 52.4% en 2006, 2011 y 2018 ($p < 0.0001$). Tratamiento farmacológico de la HA: sin tratamiento: 3 %, 2 % y 6.5% (2006, 2011 y 2018) $p = 0.0001$. Los antihipertensivos más utilizados en 2006, 2011, y 2018 fueron: IECA en disminución ($p = 0.0001$); seguidos por ARA II, en aumento ($p = 0.0001$). Disminuyeron tiazidas ($p = 0.0001$) y atenolol ($p = 0.001$), y aumentaron carvedilol ($p = 0.0001$) y amlodipina ($p = 0.013$). Combinaciones de proporción fija, solo en 2018 (10.5%), predominó ARA II y tiazidas (23.2%). El logro de PA se asoció con: menor IMC y perímetro de cintura ($p = 0.0001$), mayor actividad física ($p = 0.0001$), tomar antihipertensivos ($p = 0.0001$), controles trimestrales ($p = 0.0001$), HbA1c < 7% ($p = 0.0001$), enfermedad coronaria ($p = 0.001$), tener prepaga ($p = 0.001$)

Conclusiones: El análisis de las variables asociadas con logro de meta de PA en DM2 orienta a individualizar el tratamiento, mejorar adherencia, reducir la inercia clínica para iniciar e intensificar el tratamiento; esto permitiría mejorar resultados y prolongar supervivencia.

0406. IMPACTO DE UN NUEVO MÉTODO DE ENTRENAMIENTO CEREBRAL BASADO EN LA NEUROPLASTICIDAD: UN APORTE ANTE EL DESAFÍO COGNITIVO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CRÓNICA EN UNA ERA DE MAYOR LONGEVIDAD

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Carol KOTLIAR₁ | Ricardo JAUREGUI₂ | Martín Horacio KORETZKY₃ | Lisandro OLMOS₄ | Ramón LEIGUARDA₅
Santa María de la Salud, y Lab. Investigación Clínica, Conicet-biomed, uca1; Sociedad de Gerontología; Investigaciones Médicas - Centro de Diagnóstico; Santa María De La Salud₄; Neurología, Los Arcos

Introducción: La Neuroplasticidad Cerebral (NP) supone un potencial adaptativo estructural y funcional, emergiendo como una respuesta posible al desafío de reducir el riesgo de deterioro cognitivo asociado a factores de riesgo (FRC) y enfermedad cardiovascular (ECV) en una era de mayor expectativa de vida. Basados en que cada nuevo aprendizaje es un estímulo explícito de la NP, desarrollamos un método i protocolizado (Mental Training Tech 245, MTT) para incrementar la reserva cognitiva y estimular la NP en pacientes con FRC/ECV así como población general.

Objetivos: a) Evaluar el impacto cognitivo del MTT en la población adulta en general y según fenotipos de FRC y ECV; b) Identificar la respuesta de la NP cerebral al programa de entrenamiento; c) Determinar la tolerancia y adherencia

Materiales y Métodos: Diseño: Ensayo clínico prospectivo, multicéntrico, caso-controlado y con grupo control. Se incluyeron aleatorizadamente 75 adultos ambos sexos, de la población general. Se distinguieron dos grupos: I) grupo intervención (INT) que recibió el entrenamiento; y II) grupo control (C) que no recibe el entrenamiento. Definiciones: MTT245 consiste en un protocolo de 40 DATOS y 100 TECHS, definiéndose cada dato como un conocimiento nuevo, breve e independiente, que es enseñado por un entrenador ejecutándolo a través de TECHS estandarizadas que promueven su aprendizaje a la vez que son estímulo de dominios no usuales. El programa se desarrolla en 12 sesiones de 90 minutos, impartándose un promedio de 3.5 binomios en cada una. Procedimientos: a) Evaluación performance cognitiva basal y final con Addenbrooke Cognitive Examination score, and/or Mini-Mental State Examination [MMSE]; b) Evaluación Reserva Cognitiva; c) Evaluación estructural y funcional cerebral basal y final (RMN-funcional); d) Evaluación adherencia y tolerancia. Se utilizó programa: statistical software R version 4.3.0

Resultados: Participaron 75 p totales, en el grupo INT (n 55, 59 años, 58.2%, 35% mujeres), y grupo C (n 20, 59 a, 60%, 35% mujeres); con similar distribución diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, IMC, ECV. El promedio de ACE-R en INT fue 91.3 basal/95.9 final; versus C 91.3 basal/90.8 final, $p < 0.001$. Se comparó el efecto según fenotipos de riesgo CV resultando igualmente significativo en caso-controlado en todas las condiciones. En el grupo INT el efecto no estandarizado fue 5.14 (95% CI: 3.16 a 7.11) versus grupo C con 1.33 (95% CI: 0.77 a 1.90), indicando un impacto positivo de la INT en la función cognitiva global. El efecto en NP en Volúmenes y Activaciones (RMNf) se identifica en áreas cingulares (Automated Anatomical Atlas).

Conclusiones: El impacto de un protocolo original de estímulo de la NP a través de un programa estructurado de nuevos aprendizajes demostró ser efectivo en el incremento de las habilidades cognitivas a lo largo de todo el rango de rendimiento cognitivo basal con fuerte impacto en aquellos con aumento de RCV, ECV e independientemente de la edad, manteniéndose tolerancia y adherencia óptimas durante el entrenamiento. Dado el elevado riesgo de deterioro cognitivo vinculado a la ECV y al envejecimiento; estos resultados son un aporte para promover la investigación y considerar la inclusión de recomendaciones de entrenamiento cerebral.

0407. IMPACTO DEL NÚMERO DE COMPONENTES DEL SÍNDROME CARDIO-RENO-METABÓLICO MÁS OBESIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: UN SUB-ANÁLISIS DEL REGISTRO ARFEY-PRESER

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Eduardo Roque PERNA¹ | Nicolás Federico RENNA² | María Lorena CORONEL² | Diego Federico ECHAZARRETA² | Guillermo CURSACK² | Sebastián GARCIA ZAMORA² | Eliel Ivan RAMÍREZ² | María Cecilia MORIS²
Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"¹; FAC - Federación Argentina de Cardiología²

Introducción: Las alteraciones cardio-reno-metabólicas y obesidad (CRM+O) son frecuentes en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP).

Objetivos: Evaluar la prevalencia de los diversos componentes del síndrome CRM+O en ICFEP en Argentina y comparar su perfil clínico y terapéutico.

Materiales y Métodos: ArFey-Preser es un registro multicéntrico, prospectivo, observacional que incluyó entre diciembre/22 y febrero/2024 pacientes ambulatorios o al momento del alta hospitalaria con diagnóstico de ICFEP. Los criterios de inclusión fueron: 1) presencia de signos y síntomas actuales de insuficiencia cardíaca y FEVI \geq 50%, 2) cardiopatía estructural, 3) péptidos natriuréticos elevados. El CRM+O se

definió de acuerdo con el número de componentes definidos como: enfermedad arterial coronaria (infarto de miocardio, revascularización o \geq 50% en una arteria coronaria), enfermedad renal crónica (TFG \leq 60 ml/min/1,72m²), diabetes mellitus y obesidad (IMC \geq 30 kg/m²)

Resultados: Este subestudio incluyó 388 pacientes, y se identificó al menos un componente de CRM+O en 333 (86,9%), con 1, 2, 3 y 4 componentes en 23,8%, 30,8%, 27,7% y 4,7%. La comparación según el número de componentes del síndrome CRM+O de demografía, perfil clínico y tratamiento se presenta en la Tabla 1. Con el aumento del número de componentes de CRM+O hubo una mayor proporción de sedentarismo (p=0,001), tabaquismo (p<0,001), apnea del sueño (p<0,001), hipotiroidismo (p=0,010), enfermedad arterial coronaria en angiografía (p<0,001) y enfermedad arterial periférica (p=0,010).

Conclusiones: En pacientes con ICFEP se observó una alta prevalencia de componentes combinados de CRM+O, y 1 de cada 3 presentaba al menos tres de ellos. Se observó una relación entre el aumento del número de componentes y algunas comorbilidades y el uso de drogas, excepto por la relación inversa con la fibrilación auricular. Estos hallazgos apoyan la interacción entre la ICFEP y el síndrome de CRM+O y sugieren la necesidad de un manejo integral y multidisciplinario

N Componentes del CRM+O	0	1	2	3	4	P value
Edad (años)	68.8 ±12.7	73.3 ±12.3	70.5 ±11.6	73.1 ±8.1	75.2 ±9.2*	0.041
Mujeres	82%	52.6%	57.6%	49.1%	33.3%	<0.001
Fibrilación auricular (%)	52	46.2	34.7	45.3	11.1	0.012
Glucemia (mg/dl)	101.3±27.9	103.8±31.9	118.5±40.3	123.9±49.8	141.4±46.9	<0.001
EQSD	65.5 ±19.0	62.2 ±18.9	62.3 ±21.0	65.2 ±18.3	62.8 ±21.6	NS
PAS(mmHg)	132.1 ±24	127.0 ±18	132.0 ±20	130.5 ±20	128.8 ±17	NS
PAD (mmHg)	80.8±15	77.0 ±11	79.1 ±14	78.0 ±12	77.6 ±13	NS
DOVI (mm)	45.5±7.7	48.2 ±6.7	48.4 ±8.0	49.9 ±5.6	51.5±5.4*	0.003
DSDI (mm)	29.0±5.3	31.9 ±6.5	31.4 ±7.1	32.7 ±6.4	33.5±4.9*	0.017
FE (%)	60.1±6.0	59.4 ±6.0	61.2 ±7.4	60.7 ±6.2	59.0±4.8	NS
INAI (ml/min/1.72m ²)	54.8±18	55.7 ±20	42.8 ±16	47.0 ±17	38.7±9*	<0.001
RAP (mmHg)	42.6±15.3	39.0 ±13.7	39.0 ±17.0	36.7 ±13.1	34.1±5.5	NS
Medicación						
Aspirina (%)	16%	15.4%	30.5%	43.3%	94.4%*	<0.001
Diuréticos (%)	80.0%	81.3%	84.7%	84.9%	83.3%	NS
Antiandrogénicos (%)	40.0%	40.7%	47.5%	44.3%	27.8%	NS
IECA (%)	12.0%	15.4%	28.0%	30.8%	22.2%	NS
BRA (%)	62.2%	62.8%	50.0%	63.2%	61.1%	NS
ARNI (%)	4.0%	2.2%	3.4%	2.8%	0.0%	NS
BB (%)	78.0%	79.1%	77.1%	84.9%	100%	NS
SGTL-2 (%)	36.0%	25.3%	34.7%	43.4%	61.1%*	0.017
Estatinas (%)	24.0%	39.6%	56.8%	68.9%	94.4%*	<0.001

0408. ALTERACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS, HALLAZGOS INEDITOS EN UN CENTRO DE HEMODIALISIS DE BOLIVIA

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Medicina Vasculat

María Lorena ROJAS RIVERO¹ | Ana Elizabeth CLAROS RODRIGUEZ² | Ronald VILLA² | Rubén Moisés VARGAS DORADO¹
DIABECOR SRL¹; HOSPITAL VIEDMAN²

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología prevalente a nivel mundial, que se asocia de manera estrecha desde sus estadios iniciales con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV). Esta relación bidireccional entre ambas condiciones se ve exacerbada en pacientes con ERC avanzada que requieren tratamiento con hemodiálisis. Ambas patologías comparten factores de riesgo y mecanismos de progresión; la presencia de una parece acelerar la presentación y progresión de la otra lo que ha llevado a proponer que el riñón juega un papel fundamental en la patología vascular y constituye un importante factor de riesgo de morbilidad total y cardiovascular.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es evaluar la prevalencia de alteraciones cardiovasculares en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD), además de identificar los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y no tradicionales; y su asociación con ECV en pacientes en HD

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 60 pacientes en programa de hemodiálisis, por cualquier etiología en el centro medialuna roja de irán de enero a agosto del 2023; la edad media de $58,02 \pm 14,48$ años, siendo el 53% de sexo masculino. Se analizaron los factores de riesgo cardiovascular presentes en esta población, así como la prevalencia de enfermedad vascular periférica, calcificaciones valvulares e hipertrofia ventricular izquierda. Además, se evaluó la función diastólica y sistólica cardíaca.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 58.02 ± 14.48 años, con un 53% de individuos de sexo masculino. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue la siguiente: hipertensión arterial en el 72% de los casos, diabetes mellitus en el 55% y dislipemia en el 45%. La enfermedad vascular periférica se observó en el 62% de los pacientes, mientras que el 67% presentó calcificaciones valvulares y el 80% mostró hipertrofia del ventrículo izquierdo. De los pacientes con enfermedad vascular periférica, el 51% eran hombres. La disfunción diastólica fue detectada en el 95% de los casos, mientras que el 37% presentó disfunción sistólica. Se encontró que el 14% de los pacientes diagnosticados con enfermedad vascular periférica también tenían alteraciones en el metabolismo fosfocálcico, mientras que el 19% presentaba enfermedad vascular periférica asociada a dislipemia y el 30% a diabetes mellitus.

Conclusiones: Las principales alteraciones cardiovasculares observadas en este estudio incluyen hipertrofia del ventrículo izquierdo, calcificaciones valvulares y enfermedad vascular periférica establecida, identificada en más del 50% de los pacientes analizados, quienes no habían recibido previamente tratamiento adecuado para estas afecciones. Se evidencia que el factor de riesgo cardiovascular predominante en esta población es la hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus y la dislipemia. Además, se observa que la alteración del metabolismo fosfocálcico, la diabetes mellitus y la dislipemia, no representan por sí solas un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular en los pacientes estudiados. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de dirigir el enfoque de tratamiento hacia el control de las diversas patologías asociadas en pacientes con enfermedad renal crónica. Estos hallazgos podrían contribuir al desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas dirigidas a reducir la carga de enfermedad cardiovascular en la población con ERC avanzado en tratamiento con hemodiálisis.

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	MEDIA O PORCENTAJE
Edad (años)	58
Tiempo en diálisis (meses)	49,5
Femenino	47%
Masculino	53%
HTA	72%
DM	55%
DLP	45%
Ex TBO	5%
Obesidad	20%
Laboratorio	
Hiperfosfatemia	52%
Hiperparatiroidismo	62%
Hipertrigliceridemia	30%
Hipercolesterolemia	5%
Hiperuricemia	3%
Anemia	48%
Ecocardiograma Doppler	
HVI	80%
Calcificaciones Valvulares	67%
Disfunción diastólica	95%
Tipo I	49%
Tipo II	47%
Tipo III	4%
Disfunción sistólica	37%
FEVI 40 – 49%	72,5%
FEVI < 40	27,5%
Derrame Pericárdico	55%
Doppler Vascular	
Enfermedad arterial periférica	62%

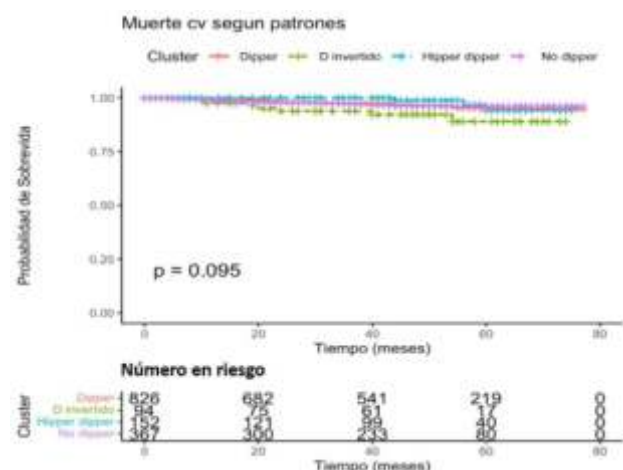
0410. PATRONES DE PRESIÓN ARTERIAL EN PRESUROMETRÍA Y SU RELACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES EN EL SEGUIMIENTO A 7 AÑOS

Hipertensión Arterial

Brian Tomás PEROTTI | Joaquín PEREA | Damián Jesús MALANO | Camila MUSLERA | Evelyn Anabella FIORI | Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Ricardo Alfredo VILLARREAL

Sanatorio Güemes

Introducción: En la actualidad, la medición ambulatoria de la presión arterial a través del monitoreo de 24 horas ha demostrado ser una herramienta de evaluación precisa del comportamiento de la presión arterial (PA), tanto que en algunas guías recomiendan en la mayoría de los sujetos su utilización para el diagnóstico de hipertensión arterial. En consiguiente, esta técnica nos permite no solo arribar a un diagnóstico, sino también valorar la gravedad de la hipertensión como también un patrón circadiano de PA, considerando un descenso nocturno normal una variabilidad entre 10% – 20% (patrón dipper). Cuando la disminución nocturna es menor al 10% se ha definido como patrón no dipper y existe evidencia suficiente para asociarla a mayor probabilidad de eventos cardiovasculares. Recientemente, se han descrito dos nuevos patrones de presión arterial; patrón dipper



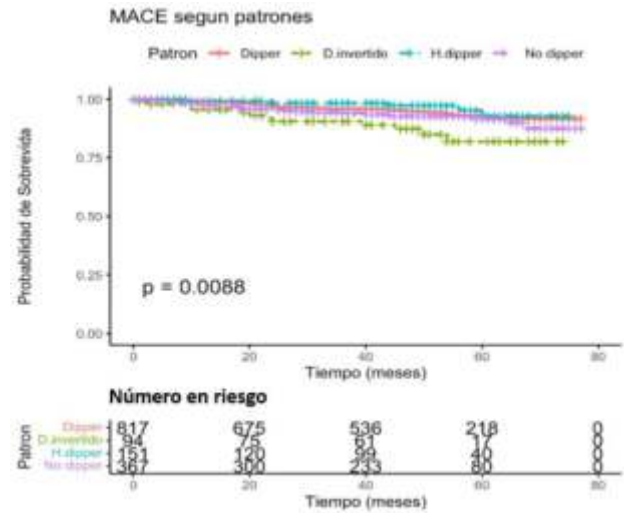
extremo o hipper dipper (disminución > 20% de la PA nocturna) y el patrón dipper invertido (PA nocturna sin cambios o incluso mayor en comparación con los valores diurnos) el cual representa un fenotipo teóricamente más deletéreo; sin embargo, la evidencia sobre su implicación clínica y en órgano blanco es limitada.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue determinar en una cohorte de pacientes de un hospital de la ciudad de Buenos Aires, cómo fue la distribución de ritmo circadiano y el impacto según el tipo de comportamiento circadiano en la tasa de eventos cardiovasculares en el seguimiento durante 7 años.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se analizó la base de datos en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires confeccionada a partir del registro de holter de presión arterial, incorporados entre Marzo de 2017 y Septiembre de 2022, con seguimiento de hasta 84 meses de la presurometría índice. Se realizó el análisis convencional para la estadística descriptiva. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para evaluar la supervivencia libre de eventos en el seguimiento. Se utilizó el programa Rstudio (versión 1.4.1106) y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 1556 pacientes se incluyeron 1198 que cumplieron con el criterio de hipertensión arterial (se excluyeron a los normotensos y quienes habían presentado una prueba insuficiente) de los cuales el 46,8% eran de sexo masculino y la edad promedio del total de la población fue de 58,3 años. El grupo con patrón dipper invertido eran más añosos (64,7 años DS 13,74 $p < 0,001$) y presentaron más antecedente de diabetes mellitus (36%, $p < 0,01$). En el seguimiento a 7 años pudimos observar como el grupo dipper invertido presentó más desarrollo de MACE (14%, $p: 0,02$), insuficiencia cardíaca (16%, $p: 0,01$) y muerte cardiovascular (8%, $p: 0,038$) que el resto de los patrones estudiados.

Conclusiones: En una cohorte contemporánea de la ciudad de Buenos Aires y con un seguimiento a siete años pudimos concluir como el grupo de patrón dipper invertido se asocia con un aumento de eventos cardiovasculares (MACE, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular). En base a estos hallazgos, sostenemos que se debe intensificar la implementación nuestra población de técnicas de monitoreo de la presión arterial en 24 horas con el fin de realizar screening de hipertensión nocturna.



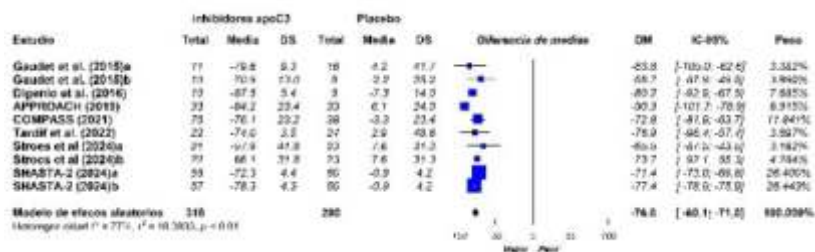
0414. IMPACTO DE LOS NUEVOS INHIBIDORES DE APOLIPOPROTEINA C3 SOBRE LOS NIVELES DE LOS TRIGLICERIDOS, LA APOC3 Y LA INCIDENCIA DE PANCREATITIS

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Lorenzo LOBO¹ | Walter MASSON² | Graciela Beatriz MOLINERO³ | Juan Patricio NOGUEIRA⁴ | Leandro BARBAGELATA² | Julia Daniela DELGADO RIVEROS¹ | María Del Carmen V. SARLI BALDOVINO¹ | Alejandro FELICI¹

Hospital Militar Campo de Mayo¹; Hospital Italiano de Buenos Aires²; Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"³; SOCIEDAD ARGENTINA DE LÍPIDOS⁴

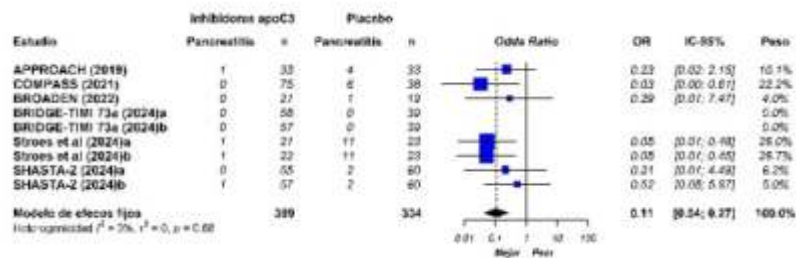
Introducción: La apolipoproteína C3 (apoC3) es un péptido de 79 aminoácidos sintetizado en el hígado y el intestino, que posteriormente se une a la superficie de las partículas ricas en triglicéridos en el plasma, siendo un regulador clave de los triglicéridos plasmáticos, principalmente al inhibir la acción de la lipoproteína lipasa. En este contexto, se han desarrollado y evaluado nuevas terapias con inhibidores de apoC3 a través de ensayos clínicos de fase II y III. De hecho, la síntesis de apoC3 puede ser inhibida por los oligonucleótidos antisentido (ASO) volanesorsen y olezarsen (un ASO selectivo conjugado con GalNAc)



Objetivos: Realizar una revisión sistemática y un metaanálisis actualizado sobre el impacto de los nuevos fármacos inhibidores de apoC3 en los niveles de triglicéridos y apoC3, así como sobre la incidencia de pancreatitis.

Materiales y Métodos: Este estudio se realizó de acuerdo con las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para reportar revisiones. Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar ensayos clínicos de fármacos inhibidores de apoC3 publicados hasta el 10 de abril de 2024. Dos revisores independientes realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas PubMed/MEDLINE, Scielo, Embase y Cochrane Controlled Trials. Se calculó el impacto de los fármacos inhibidores de apoC3 en los niveles de triglicéridos y apoC3, así como en la incidencia de pancreatitis. Las medidas del tamaño del efecto se expresaron como diferencias de medias (DM) para los valores lipídicos, acompañadas de sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). Las medidas del tamaño del efecto para la ocurrencia de pancreatitis se expresaron como odds ratios (OR), también con sus respectivos IC del 95%. Además, se calculó el estadístico I² para cuantificar la heterogeneidad y la inconsistencia entre los estudios. Con base en el nivel de heterogeneidad (I² < 40% o ≥ 40%), se eligieron modelos de efectos fijos o aleatorios. Para comparar el efecto promedio entre los subgrupos, se utilizó una prueba Z. Se realizó análisis de sensibilidad para comprobar la robustez de los resultados.

Resultados: Se identificaron ocho ensayos clínicos aleatorizados (n = 717 pacientes) que se consideraron elegibles para esta revisión sistemática [9-17]. Un total de 452 sujetos fueron asignados al grupo de inhibidores de apoC3 y 265 individuos fueron aleatorizados a grupos controlados con placebo. En general, este metaanálisis muestra que los fármacos inhibidores de la apoC3 se asociaron con niveles más bajos de triglicéridos (DM -57%; IC del 95%: -61,9 a -52,1; I²: 82%) y valores de apoC3 (DM: -76%; IC del 95%: -80,1 a -71,8; I²: 77%) en comparación con placebo. Por otro lado, demuestra que los fármacos inhibidores de la apoC3 se asocian con un menor riesgo de pancreatitis aguda (OR 0,11; IC del 95%: 0,04 a 0,27; I²: 0%). El análisis de sensibilidad mostró la misma direccionalidad y magnitud de los resultados globales cuando se excluyeron los ensayos uno por uno.



Conclusiones: El presente metaanálisis actualizado de ensayos clínicos aleatorizados demostró que la utilización de inhibidores de apoC3 en pacientes con hipertrigliceridemia se correlacionó con niveles reducidos de apoC3 y triglicéridos, junto con un menor riesgo de pancreatitis aguda en comparación con el placebo.

0418. 28 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE ROSS EN PACIENTES DE HASTA 50 AÑOS

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular / Valvulopatías

Lucas Iván MÜLLER | Florencia ARES | Teresa GALARZA | Carlos CARDOSO | Guillermo E. Gerardo GANUM | Carmen Beatriz GOMEZ | Cicolini ALEJANDRO ENRIQUE | Roberto Rene FAVALORO

Hospital Universitario Fundación Favaloro

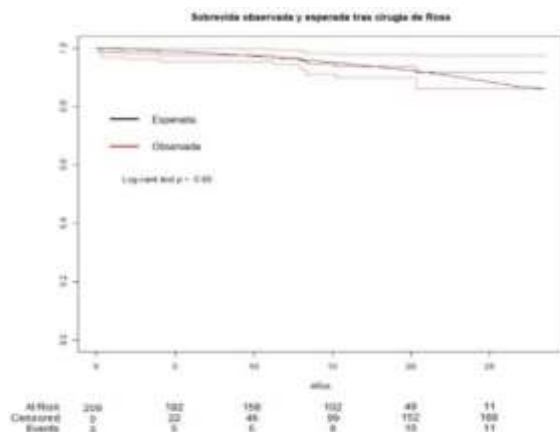
Introducción: La cirugía de Ross en adultos jóvenes seleccionados ha mostrado una mejor supervivencia que cualquier sustituto valvular. Sin embargo, el reemplazo valvular aórtico mecánico es el procedimiento más frecuentemente realizado en esta población.

Objetivos: El propósito de este estudio es analizar los resultados de supervivencia y reintervención relacionada a la cirugía de Ross en un centro tras 28 años de experiencia.

Materiales y Métodos: Entre mayo de 1995 y enero de 2024, se incluyeron 209 pacientes de hasta 50 años de edad, intervenidos con técnica de Ross con reemplazo de raíz y refuerzo del anillo aórtico como primera cirugía cardíaca. El 92,3% de los procedimientos fueron realizados por el mismo cirujano. Se realizó un seguimiento longitudinal, con un seguimiento completo en un 86%, por un total de 2994 pacientes-años de seguimiento y una mediana de seguimiento de 15 años. Se realizó un análisis descriptivo y se utilizó una curva de Kaplan-Meier para analizar los resultados de supervivencia y ausencia de reintervención relacionada al Ross. Se comparó mediante log rank test con la supervivencia de una población general emparejada por edad, sexo y año. Se analizaron mediante regresión logística factores relacionados a reintervención o mortalidad.

Resultados: La población tuvo una edad media de 34 ± 10 años (rango 9-50). Se registró una mortalidad temprana del 0.5%. La supervivencia a 15 años fue del 94,4% (95%CI: 90,8-98,1%), y a 20 años del 93.4% (95%CI: 89,4-97,6%). La ausencia de reintervención relacionada al Ross a 15 años fue de 93.2% (95%CI: 89,1-97,4%), y a 20 años fue del 83.5% (95%CI: 75,9-91,8%), siendo más frecuente la reintervención del autoinjerto pulmonar (94,8% y 87,4% a 15 y 20 años) que para el homoinjerto pulmonar (95,6% y 91,6% a 15 y 20 años respectivamente). No se encontraron diferencias en la supervivencia comparada con una población general emparejada por edad, sexo y fecha (log rank test $p = 0.89$). En el análisis de regresión logística univariado, el sexo, la insuficiencia aórtica preexistente, el diámetro del anillo aórtico prequirúrgico, la válvula aórtica bicúspide, la cirugía asociada de la aorta ascendente, y la cirugía combinada, no se asociaron a un riesgo aumentado de reintervención o mortalidad.

Conclusiones: La cirugía de Ross es una opción atractiva en adultos jóvenes seleccionados sin esternotomía previa. Se observó una mortalidad temprana comparable al riesgo quirúrgico estimado según score STS. La supervivencia de esta cohorte fue equivalente a la de la población general hasta un seguimiento medio de 15 años.



Resultados de cirugía de Ross

	N = 209	95% CI
Edad, Media (DE)	34 (10)	32, 35
Sexo femenino, n (%)	42 (20%)	15%, 26%
BMI, Media (DE)	25.4 (4.0)	25, 26
Diabetes, n (%)	2 (1.0%)	0.17%, 3.8%
Diseño, n (%)		
CF I-II	178 (85%)	79%, 90%
CF III-IV	31 (15%)	10%, 21%
Insuficiencia cardíaca preoperatoria, n (%)	6 (2.9%)	1.2%, 6.5%
FEy preoperatoria, Media (DE)	57 (8)	56, 58
Endocarditis, n (%)		
No	185 (89%)	83%, 92%
Curada	15 (7.2%)	4.2%, 12%
Activa	9 (4.3%)	2.1%, 8.3%
Válvula aórtica bicúspide, n (%)	150 (72%)	65%, 78%
Válvula aórtica uncúspide, n (%)	20 (9.6%)	6.1%, 15%
Diámetro del anillo aórtico (mm), Media (DE)	27.6 (4.2)	27, 28
Enfermedad aórtica predominante, n (%)		
Estenosis	61 (33%)	28%, 40%
Insuficiencia	86 (46%)	39%, 54%
Mixta	39 (21%)	15%, 28%
STS, Media (DE)	0.71 (1.11)	0.55, 0.88
Euroscore II, Media (DE)	1.62 (1.14)	1.5, 1.8
Urgencia/Emergencia, n (%)		
Programada	197 (94%)	90%, 97%
Urgencia	11 (5.3%)	2.8%, 9.5%
Emergencia	1 (0.5%)	0.02%, 3.0%
Combinada con reemplazo mitral, n (%)	1 (0.5%)	0.02%, 3.0%
Combinada con plástica mitral, n (%)	9 (4.3%)	2.1%, 8.3%
Combinada con CRM, n (%)	6 (2.9%)	1.2%, 6.5%
Combinada con aortoplastia, n (%)	59 (29%)	23%, 35%
Combinada con reemplazo de aorta ascendente, n (%)	22 (11%)	6.9%, 16%
Combinada con reemplazo de cayado, n (%)	1 (0.5%)	0.02%, 3.0%
Anuloplastia, n (%)	67 (32%)	26%, 39%
Faro circulatorio, n (%)	3 (1.4%)	0.37%, 4.5%
Tiempo de bomba, Media (DE)	199 (45)	193, 205
Tiempo de clampo, Media (DE)	156 (29)	152, 160
Marcapasos a 14 días, n (%)	6 (2.9%)	1.2%, 6.4%
Endocarditis infecciosa, n (%)	7 (3.3%)	1.5%, 7.1%
Sangrado en seguimiento, n (%)	1 (0.5%)	0.02%, 3.0%
Embolia en seguimiento, n (%)	1 (0.5%)	0.02%, 3.0%
Eventos adversos valvulares en seguimiento, n (%)	53 (26%)	20%, 32%
Reintervención del autoinjerto, n (%)	17 (8.1%)	5.0%, 13%
Reintervención del homoinjerto, n (%)	12 (5.7%)	3.1%, 10%
Reintervención relacionada a Ross, n (%)	24 (11%)	7.6%, 17%
Reintervención total, n (%)	26 (12%)	8.4%, 18%
Mortalidad temprana (30 días) u hospitalaria, n (%)	1 (0.5%)	0.02%, 3.0%
Mortalidad valvular, n (%)	6 (3.0%)	1.2%, 6.7%
Mortalidad cardiovascular, n (%)	8 (3.8%)	1.8%, 7.7%

CI = intervalo de confianza

0419. UTILIDAD DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO EN ÁREAS AMBULATORIAS DEL ÁMBITO INTRAHOSPITALARIO

Arritmias y Electrofisiología / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Ariel Esteban COSTA | Pedro DIAZ UBERTI | Daniel Luis DI NANNNO | Maximiliano TRIGO | Rodolfo Daniel LA GRECA | Francisco TOSCANO | Paolo FABI | Valeria PIAZZA

Hospital Churrucá - Visca

Introducción: El abordaje del paro cardíaco intrahospitalario representa un desafío terapéutico, siendo globalmente la sobrevida de 10-20% a pesar de la mejora en los sistemas de emergencia. La utilización del desfibrilador externo automático (DEA) ha demostrado mejorar la sobrevida en el paro cardíaco extrahospitalario. Sin embargo en el paro cardíaco intrahospitalario los estudios que comparan sobrevida antes y luego del surgimiento del DEA, han arrojado resultados no concluyentes.

	Media/mediana/frecuencia
FV/TV	0.8 ± 0.4 eventos/pac.
Análisis ritmo	6 (RIC 4-8) eventos/pac.
Nº choques	1 (RIC 1-4) eventos/pac.
Ritmo no desfib.	3/15 pac. (20%)
Ritmo sinusal	8/15 pac. (53.3%)

Objetivos: El motivo del presente trabajo es determinar la utilidad y eficacia del desfibrilador externo automático en el abordaje del paro cardíaco en las áreas ambulatorias del ámbito intrahospitalario.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva pacientes que sufrieron paro cardíaco en las áreas ambulatorias del ámbito intrahospitalario desde el 1° de marzo de 2014 al 31 de marzo de 2024 y que fueron asistidos con la utilización de DEA modelo Lifepak CR Plus de Medtronic. Dicho complejo hospitalario se extiende en un área de 34.883 metros cuadrados, cuenta con 452 camas y áreas ambulatorias donde se ubican los DEA: consultorios externos, auditorio, farmacia, buffet, hall central, rehabilitación y departamento de imágenes. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico Epi Info 7.2.6.0, las variables continuas se expresan como media con su correspondiente desvío standard ó mediana con su correspondiente rango intercuartil 25%-75% (RIC), y las variables cualitativas como porcentaje.



Resultados: En el lapso de 10 años se analizaron 15 pacientes que sufrieron paro cardíaco intrahospitalario que fueron asistidos con DEA. La ocurrencia de fibrilación ventricular/taquicardia ventricular tuvo una media de 0.8 eventos \pm 0.4 por paciente, el DEA realizó análisis de ritmo en una mediana de 6 situaciones (RIC 4-8) por paciente, el número de choques tuvo una mediana de 1 (RIC 1-4) por paciente, ritmo no desfibrilable: 3 pacientes (20%), ritmo sinusal se obtuvo en 8/15 pacientes (53.3%).

Conclusiones: El empleo de desfibrilador externo automático ha sido de utilidad para el tratamiento del paro cardíaco en las áreas ambulatorias intrahospitalarias con una sobrevida inmediata del 53.3%.

0420. CLASIFICACIÓN DE FENOTIPOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL USANDO MACHINE LEARNING

Hipertensión Arterial

Camila MUSLERA | Joaquín PEREA | Damián Jesús MALANO | Brian Tomás PEROTTI | Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Evelyn Anabella FIORI | Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Daniel MARTÍN

Sanatorio Güemes

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es una condición médica prevalente y un importante factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, siendo responsable de una carga significativa de morbimortalidad a nivel global. La identificación de fenotipos específicos de pacientes hipertensos podría permitir una mejor estratificación del riesgo y la personalización de las estrategias terapéuticas. Este estudio observacional se centró en analizar una base de datos de pacientes hipertensos para identificar diferentes fenotipos mediante técnicas de machine learning y evaluar su riesgo cardiovascular a largo plazo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se analizó una base de datos de un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires confeccionada a partir de pacientes que se realizaron presuometría en el servicio ambulatorio de cardiología. El análisis estadístico sólo incluyó pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). El análisis descriptivo fue el convencional para la estadística descriptiva. El endpoint de interés fue muerte cardiovascular y MACE. Se utilizaron algoritmos de machine learning de aprendizaje no supervisado denominado KMeans y clustering aglomerativo jerárquico para obtener los fenotipos. Para evaluar la estabilidad y la calidad de los clusters, utilizamos el índice de Jaccard y jittering.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	p
n	273	359	431	
Edad (mediana)	48.00 [36.00, 56.00]	70.00 [63.50, 76.00]	60.00 [51.00, 68.00]	<0.001
Sexo = Femenino (%)	148 (53.5)	170 (47.4)	193 (44.8)	0.077
IMC (media)	34.50 (5.71)	29.07 (5.04)	27.18 (4.03)	<0.001
DBT (%)	51 (18.7)	86 (24.0)	48 (11.1)	<0.001
TBQ (%)	54 (19.8)	96 (26.7)	94 (21.8)	0.091
Antecedente de SCA (%)	8 (2.9)	46 (12.8)	16 (3.7)	<0.001
ICC (%)	0 (0.0)	13 (3.6)	4 (0.9)	0.001
FA (%)	2 (0.7)	25 (7.0)	7 (1.6)	<0.001
SAHOS (%)	35 (12.8)	20 (5.6)	24 (5.6)	<0.001
Prom PAS 24hrs	148.94 (15.56)	135.40 (14.40)	127.53 (10.84)	<0.001
Prom PAD 24 hrs	87.19 (9.57)	71.99 (9.13)	75.70 (8.70)	<0.001
Clearance de cr (media)	144.12 [116.37, 175.00]	77.79 [57.63, 99.95]	91.24 [73.06, 108.83]	<0.001
Colesterol Total (mediana)	179.05 (37.24)	151.54 (31.02)	205.57 (31.98)	<0.001
LDL (media)	103.72 (29.72)	79.68 (24.99)	127.35 (34.52)	<0.001
HDL (media)	45.94 (12.80)	49.67 (14.18)	52.72 (13.72)	<0.001
Triglicéridos (media)	125.00 [89.00, 176.00]	106.00 [79.00, 142.50]	121.00 [89.00, 161.00]	<0.001
Tratamiento: Si (%)	192 (70.3)	322 (89.7)	353 (81.9)	<0.001
MACE (%)	6 (2.2)	38 (10.6)	22 (5.1)	<0.001
Muerte CV (%)	2 (0.7)	18 (5.0)	7 (1.6)	0.001
MACE+ICC (%)	7 (2.6)	49 (13.6)	22 (5.1)	<0.001

Resultados: Se incluyeron 1063 pacientes con hipertensión arterial, identificándose tres clusters distintos. En el Cluster 1 (C1) (n=273; 25%), la mediana de edad fue de 48 años, con 53% mujeres, índice masa corporal (IMC) de 34 y 12% con síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS). El Cluster 2 (C2) (n=359; 33%) tuvo una mediana de edad de 70 años, 47% mujeres, IMC de 29, mayor prevalencia de diabetes mellitus (DBT) (24%), enfermedad coronaria (12%), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) (3.7%) y fibrilación auricular (FA) (7%). En el Cluster 3 (C3) (n=431; 40%), la mediana de edad fue de 60 años, 44% mujeres, IMC de 27.18. En cuanto a los

valores de laboratorio, el C3 evidenció el peor perfil lipídico (media de colesterol total- CT 205 mg/dl y LDL 127 mg/dl) en comparación con C (media de CT 179 mg/dl, LDL 103 mg/dl) y con C2 (media de CT 151 mg/dl y LDL 76 mg/dl); mientras que C2 presentó una mayor deterioro de la función renal (mediana de clearance de creatinina- CLCr 77 ml/min), los C1 y C3 presentaron adecuada función de la misma (CLCr 144 y 91 ml/min respectivamente). C1 mostró la menor tasa de tratamiento (70%) y peor control de presión arterial (media de TAS 148 mmHg), mientras que C2 y C3 tuvieron una mayor tasa de tratamiento con mejor perfil de control de tensión arterial (89% y 81% con medias de TAS 135 mmHg y 127 mmHg, respectivamente). En cuanto a los eventos cardiovasculares mayores (MACE), fueron de 2.2%, 5% y 10% para C1, C2 y C3, respectivamente. En lo que respecta a la muerte cardiovascular (CV), las tasas fueron de 0.7% para C1, 1.6% para C2 y 5% para C3. Los odds ratios (OR) para MACE fueron: 2.07 (IC 95%: 1.52-2.62), 5.01 (IC 95%: 3.02-8.33) para el cluster 3 y 2 respectivamente.

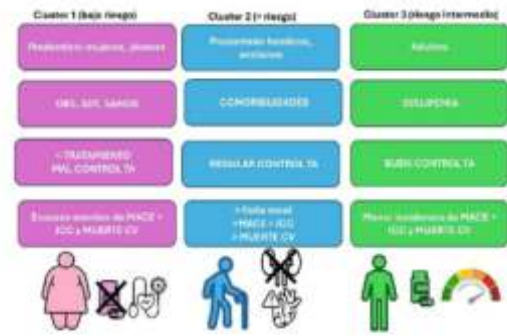


Figura 1. Características de los Clusters. OBS: Obesidad; SOT: Sedentismo; SAHOS: Síndrome de apneas hipoxicas del sueño; TA: Tensión arterial; MACE: Desfibrilación cardiocardiaca mayores (muerte, accidente cerebrovascular no fatal, infarto de miocardio no fatal); ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva; Muerte CV: Muerte cardiovascular.

Conclusiones: Este estudio de análisis de clusters en pacientes hipertensos identificó tres perfiles fenotípicos con implicancia pronóstica. Estos hallazgos destacan la importancia de un enfoque individualizado en el manejo de la hipertensión arterial y sugieren que la estratificación de pacientes basada en características clínicas y metabólicas podría mejorar los resultados cardiovasculares.

0421. ESTRATEGIA BIOVASC EN ADULTOS MAYORES: ESTUDIO EN EL MUNDO REAL CON UNA POBLACION ESPECIFICA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Agustín GALINDO | Mariana MAYA | Camila ALVAREZ | Quintero ANA | Norberto BORNANCINI | Andrea CASTILLO | Rita DASILVA | Macarena Clara ZAYAS

Universidad Abierta Interamericana

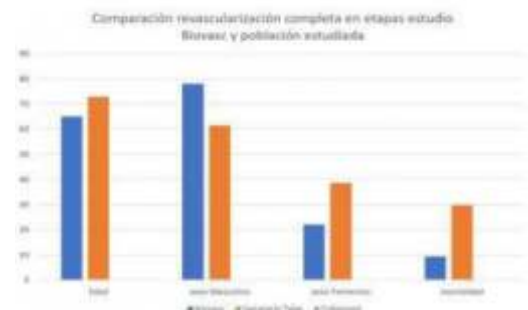
Introducción: El estudio BIOVASC se encargó de valorar los tiempos de revascularización en síndromes coronarios agudos, con o sin elevación del segmento ST y enfermedad de múltiples vasos, en los que se lograba identificar la arteria coronaria culpable del evento índice, tomando como criterio de exclusión pacientes con antecedentes de Cirugía de revascularización miocárdica, shock cardiogénico y oclusiones totales crónicas. Comparó revascularización inmediata vs revascularización diferida completa (hasta 6 semanas desde el evento principal).

Objetivos: Establecer comparación entre nuestra población estudiada con revascularización diferida completa y la población estudiada en el BIOVASC con revascularización diferida completa en variables como sexo, edad, tiempo promedio de revascularización, arteria principal afectada, HTA y DBT como comorbilidades y mortalidad (dentro y fuera de las 6 semanas).

Materiales y Métodos: Se realizó Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se analizaron datos del servicio de hemodinamia del Sanatorio de Santa Clara Talara, Buenos Aires, en el periodo julio 2022- Diciembre 2023. La población fueron 101 con una media de edad de 72.9 años, que cumplían criterios como: enfermedad de múltiples vasos coronarios y mínimo 2 angioplastias coronarias.

Resultados: La población estudiada con promedio etario de 72.9 años, 61.38% del sexo masculino y 38.62 del sexo femenino, con un promedio de días entre 1era y 2da Angioplastia de 41.41 días, 40.11 días entre 2da y 3era y 38.93 entre 1era y 3era angioplastia. La principal arteria afectada en primera instancia fue la arteria Descendente anterior el 49.50%. De las no culpables del evento la arteria coronaria derecha encabezó la lista el 35.64% de ocasiones. La mortalidad se situó en el 29.79% (n 21) de los cuales el 14.85% falleció tras ser realizada angioplastias coronarias dentro del tiempo establecido del BIOVASC contra 5.94% de fallecidos fuera de este tiempo. El 98% de pacientes presentaron como comorbilidad HTA y el 30.69% de pacientes DBT.

Conclusiones: Al aplicar los criterios del BIOVASC en una población adulto mayor observamos que las arterias responsables y los días entre cada ATC fueron similares sin embargo la mortalidad fue inferior en la población adulto mayor a expensas de un mayor tiempo entre ATC (>45 días promedio en completar revascularización respecto a BIOVASC).



0422. LA OBESIDAD CON AUSENCIA DE LEPTINA NO INDUCE ALTERACIONES CARDÍACAS EN LA ADULTEZ: MODELO DEL RATÓN OB-OB

Investigación Básica

Micaela LANDRO GEADA | Maia AISICOVICH | Mariano Luis SCHUMAN | Macarena Luz ROSATI | Maria Fernanda RODRIGUEZ | Maria Silvina LANDA | Silvia Inés GARCÍA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MEDICAS A. LANARI, IDIM-UBA-CONICET

Introducción: Es bien conocida la asociación entre obesidad y alteraciones cardíacas mayormente asociadas a aumento de carga o bien a la desregulación del metabolismo, particularmente la resistencia a insulina. Sin embargo, poco se ha estudiado acerca del efecto directo de la leptina a nivel del tejido cardíaco.

Objetivos: Para demostrar que la HVI inducida por obesidad depende de la presencia de esta vía Leptina-TRH cardíaca, en contraposición al modelo de obesidad con hiperleptinemia, hipotetizamos que en el modelo del ratón obeso Ob-Ob, carente de leptina circulante, no debían observarse alteraciones cardíacas a pesar de la franca obesidad presente y que la restitución de la misma desde edades tempranas induciría el desarrollo de hipertrofia.

Materiales y Métodos: Evaluamos ratones obesos carentes de leptina circulante ob-ob de 6 semanas (adultos-jóvenes) y no observamos aumento en los valores de PA, ni desarrollo de HVI a pesar de su franca obesidad y síndrome metabólico presente. Luego para evaluar si el desarrollo del daño era dependiente de leptina, estudiamos 2 grupos de animales ob-ob a los cuales tratamos de forma crónica desde el destete con una dosis de leptina (vía sc 25 ug/kg/día) que no indujo cambios en la PA o solución salina durante 3 semanas hasta el momento del sacrificio.

Resultados: A favor de la hipótesis, el tratamiento con leptina indujo el desarrollo de HVI (ANOVA, $p < 0.05$, $n=7$) dependiente del aumento de TRH cardíaca que se evidenció por el aumento de la expresión del precursor de TRH en el VI (mRNA por RT-PCR) y su péptido precursor (por WB e IHQ) (ANOVA, $p < 0.05$, $n=6$). Como esperábamos este aumento de TRH cardíaca indujo aumentos significativos (ANOVA, $p < 0.05$, $n=6$) en la expresión (RT-PCR) de marcadores de hipertrofia y fibrosis como TGF- β , Colágenos I y III, BNP, alfa actina y B-miosina y de sus proteínas cuantificadas por IFI e IHQ.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que el daño cardíaco por obesidad es consecuencia del encendido de la vía leptina-TRH cardíaca exponiendo la necesidad de evaluar estadios de sobrepeso previos al desarrollo de obesidad que ya presentan niveles elevados de leptina. Así postulamos un factor de riesgo de la obesidad sobre el sistema cardiovascular que es independiente de la presión arterial, en el que la TRH sería un contribuyente esencial en este proceso de daño.

0427. HEMOPTISIS EN PACIENTES CON CIRUGÍA DE FONTAN: CARACTERÍSTICAS Y MANEJO TERAPEÚTICO

Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del adulto

Rodrigo Javier ORIBE GIACOMINO | Abelardo Ariel MARENGO | Gisela Natali ROLDAN | Nicolás Francisco COLOM | Franco Andrés MENDOZA | Alberto M. SCIEGATA | Gladys SALGADO | Maria Victoria LAFUENTE

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: Los pacientes con cirugía de Fontan pueden presentar en el seguimiento cuadros de hemoptisis que requieren de un adecuado manejo y de estrategias para controlar las mismas.

Objetivos: Describir un grupo de pacientes (p) con cirugía de Fontan que presentaron hemoptisis durante el seguimiento, cómo fue el manejo clínico, el número de las mismas y el tratamiento por cateterismo.

Materiales y Métodos: Trabajo observacional, descriptivo y retrospectivo del seguimiento de pacientes con circulación Fontan durante el periodo 1991-2023 con un tiempo medio de seguimiento de 11.8 años (4,5-25 años).

Resultados: Se identificaron 13 pacientes con cirugía de Fontan, que presentaron hemoptisis. La edad media de la cirugía de Fontan fue 4.8 años (2,7 - 9 años) y el tiempo medio del primer episodio de hemoptisis luego del Fontan fue a una media de 6,6 años (DS 4,7). Los pacientes tenían saturación promedio de 91% (min 85%-máx. 98%). El 40% de los pacientes estaba anticoagulado y los restantes antiagregados. El número total de eventos de hemoptisis fueron 45; un único episodio en 4 p, hasta 3 cuadros en 5 p y hasta 10 en 4p. Dos pacientes con dextroisomerismo tuvieron 8 y 10 episodios, y fueron los que presentaron su primer episodio más tempranamente (0.9 - 1,5 años del Fontan). En aquellos con múltiples cuadros de sangrado se indicó desmopresina inhalatoria durante la internación. Tuvieron caída significativa del hematocrito 2 pacientes que requirieron de transfusión de glóbulos rojos. Se suspendió transitoriamente la administración de

anti coagulación o anti agregación. A todos se los sometió a cateterismo para embolización de colaterales aortopulmonares. La presión media en circuito Fontan fue 14,7mmhg (14-18). Falleció una paciente con múltiples cuadros de hemoptisis (8) con un sangrado masivo a los 9,3 años del Fontan. Tuvo su primer evento a los 18 meses de la cirugía repitiendo los mismos en forma anual.

Conclusiones: La hemoptisis en pacientes con cirugía de Fontan es un evento de baja frecuencia pero de alta recurrencia. El mayor número de recidivas fue en paciente con dextroisomerismo, con presentación más precoz y mayor gravedad. El cateterismo es la herramienta fundamental para control de los episodios de sangrado.

0428. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN MEJORADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Giuliana Ayelén TRESENZA | Ana Inés María VINUESA | Guillermo LINIADO | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es fundamental en la clasificación de pacientes (p.) con insuficiencia cardíaca (IC). Gracias a los avances en la terapia farmacológica y el uso de dispositivos existe un subgrupo de pacientes que evolucionan con mejoría de la FEVI. Reconocer a este subgrupo de pacientes es crucial, ya que presentan una menor mortalidad y un menor número de hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares y por IC.

Objetivos: Determinar la prevalencia, las características demográficas, la etiología y los eventos en una cohorte de pacientes con FEVI mejorada (ICFEm), comparándolos con pacientes con IC que persistieron con una FEVI reducida (ICFER)

	Total	FEVI _m	FEVI _r	P
Pacientes (n)	399 (100%)	108 (27%)	291 (73%)	
Antecedentes				
Edad (años)	66,4 ±13	65,5 ±13	66,7 ±12	0,4
Sexo femenino	102 (25,5%)	36 (33,3%)	66 (22%)	0,04
Fey inicial (%)	27,3 ± 7,5	27,8 ± 7,7	27,1 ± 7,4	0,39
Etiología				
Isquémica	217 (54,4%)	85 (78,7%)	132 (45,3%)	<0.001
No isquémica	94 (23,6%)	17 (15,7%)	77 (26,4%)	<0.001
No filiada	88 (22%)	6 (5,6%)	82 (28,2%)	<0.001
Eventos y Fey				
Fey final (%)	37,8 ±13	51 ±8,6	16,5 ± 16	<0.01
Muerte total (n=307)	76 (24,7%)	11 (11%)	65 (22,3%)	<0.0001
Muerte cv	56 (74%)	10 (9,2%)	46 (15,8%)	0.08
Internaciones por IC (n=308)	83 (27%)	22 (20,3%)	61 (20,9%)	0.07

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 mayo de 2024. ICFEr se definió como pacientes con síntomas y/o signos de insuficiencia cardíaca y FEY ≤ 40%. Se consideró FEm al incremento en la FE en 10 o más unidades en pacientes con ICFEr con una FE 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. Se consideró significativa una p ≤ 0,05.

Resultados: De los 399 pacientes con IC con ICFEr analizados, 108 (27%) mostraron mejoría de la FEVI. Este grupo presentó una predominancia relativa del sexo femenino. La edad media de los pacientes con mejoría de la FEVI fue de 65 ± 13 años, levemente inferior en comparación con aquellos que no mostraron remodelado. La mayoría de los pacientes que experimentaron remodelado reverso tenían IC de etiología no isquémica. Además, este grupo mostró una menor mortalidad total y cardiovascular. Sin embargo, no se encontró una diferencia significativa en el número de internaciones por IC. La tabla adjunta muestra las principales diferencias demográficas, de etiología y eventos entre ambas poblaciones.

Conclusiones: En el seguimiento a largo plazo, observamos una prevalencia de FEVI_m en nuestro hospital similar a la reportada en otras series internacionales, con un alto porcentaje de pacientes de sexo femenino y etiología no isquémica. Esta población presenta una menor mortalidad en comparación con los pacientes con IC y FEVI_r. Sin embargo, sigue siendo una población con enfermedad significativa, como lo demuestran las tasas de hospitalización, que son comparables a las de los pacientes con IC y FEVI reducida.

0433. "PREDICTORES EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA DE ONDA Q PATOLÓGICA EN EL ELECTROCARDIOGRAMA"

Cardiopatía Isquémica / Multimagen

Sol MOREYRA | Eduardo MOREYRA (H)

Sanatorio Allende

Introducción: Históricamente se ha relacionado la presencia de ondas Q patológicas en el electrocardiograma (ECG) con infartos de miocardio transmurales. Esta premisa ha sido refutada por estudios anatómo patológicos que mostraron que no todos los infartos transmurales presentan onda Q y que algunos infartos no-transmurales pueden tener onda Q. Es posible que la presencia de onda Q

patológica se relacione más a la extensión del endocardio comprometido por fibrosis o a la cantidad de tejido fibrótico que a la transmuralidad del infarto. La resonancia magnética cardíaca (RMC) es el método diagnóstico de elección para evaluar fibrosis miocárdica. Permite no solo determinar la localización del infarto sino además medir en forma precisa la extensión y transmuralidad de la fibrosis.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo fueron, determinar la prevalencia de transmuralidad en pacientes con infarto evolucionado que presentan onda Q patológica en el ECG y determinar los predictores de onda Q patológica en el tejido fibrótico analizado con Resonancia magnética cardíaca (RMC).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo transversal que incluyó a pacientes con antecedentes de infarto de miocardio a los que se les hubiere realizado una RMC para valoración de fibrosis y ECG determinando la presencia o ausencia de ondas Q patológicas. Los parámetros de fibrosis que se evaluaron con la RMC fueron: 1. Número de segmentos transmurales (transmuralidad), 2. Número de segmentos involucrados (extensión de fibrosis), 3. Porcentaje de tejido fibrótico (cantidad de fibrosis). Se excluyeron a pacientes con infartos de miocardio recientes (< 1 mes), aquellos con marcapaso permanente, y a los pacientes con bloqueo completo de rama izquierda. Se revisaron las historias clínicas recabando datos sobre los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales como sexo, edad, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, dislipidemia, obesidad y enfermedad renal crónica. Se revisaron aspectos del infarto de miocardio, determinando si se presentó como un síndrome coronario con elevación del segmento ST (SCACEST), sin elevación del segmento ST (SCASEST) o infarto agudo de miocardio sin información acerca de si fue con o sin elevación del ST. También se recabaron datos acerca de las arterias coronarias afectadas (tronco coronario izquierdo (TCI), arteria coronaria derecha (CD), arteria descendente anterior (DA) arteria circunfleja (CX) y el tratamiento recibido, ya sea tratamiento médico, angioplastia primaria, trombolisis, o cirugía de revascularización miocárdica (CRM).

Resultados: Se estudiaron 31 pacientes. La prevalencia de onda Q patológica fue de 61%. De los pacientes con onda Q el 68.4% tuvo infartos transmurales basados en la RMC. Comparado a los pacientes sin onda Q, aquellos con onda Q no mostraron diferencias significativas en el número de segmentos transmurales (2 vs 0.5, $p = 0.3$), ni número de segmentos involucrados (5.2 vs 3.6, $p = 0.06$). El único predictor de onda Q fue la cantidad de tejido fibrótico (22.4% vs 10%, $p = 0.02$).

Conclusiones: En conclusión, la prevalencia de transmuralidad en pacientes con onda Q fue del 68.4% y el único predictor de onda Q fue la cantidad de fibrosis y no la transmuralidad ni la extensión del mismo.

Características Basales de ECG		
% (N) de onda Q patológica		61% (19)
% (N) de No Q patológica		39% (12)
Localización de onda Q patológica	Cara Inferior % (N)	72% (14)
	Cara Septal % (N)	44% (8)
	Cara Anterior % (N)	44% (8)
	Cara Lateral % (N)	6% (1)
Características Básicas de RMN CARDIACA		
Infarto transmural %		62,10%
Porcentaje de tejido fibrótico (cantidad de fibrosis) Media +/- DE		17,6% ± 9,9
Número de segmentos involucrados (extensión de fibrosis) Media +/- DE		4,6 ± 2,6
Número de segmentos transmurales (transmuralidad) Media +/- DE		2,4 ± 2,4

Características de la Resonancia Cardíaca en Relación a ONDA Q en el ECG				
RMN CARDIACA	VARIABLES	ONDA Q EN ECG	NO ONDA Q EN ECG	P
	Infartos transmurales % (N)	68,4% (13)	50% (5)	0,5
	Porcentaje de tejido fibrótico (cantidad de fibrosis) %	22,40%	10%	0,02
	Número de segmentos involucrados (extensión de fibrosis) Media +/- DE	5,2 ± 2,7	3,6 ± 2,0	0,06
	Número de segmentos transmurales (transmuralidad) Mediana ± rango intercuartilico	2 (0-4,5)	0,5 (0-3,75)	0,3

0435. DEMORA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SEGÚN LA COMPLEJIDAD DEL CENTRO

Cardiopatía Isquémica

Federico Ivan WECKESSER | Carolina GALVEZ GIL | Mercedes QUIROGA | Alejandro KIM | Miguel Federico ALBORNOZ | Rodrigo BLANCO | Federico BLANCO | Gerardo Esteban GIGENA
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Los centros médicos de baja complejidad, sin disponibilidad de cardiología intervencionista, suelen tener menor número de cardiólogos de guardia lo cual podría incrementar la demora diagnóstica en pacientes (ptes) con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar la demora en la llamada al cardiólogo intervencionista, desde que el paciente realiza la consulta inicial (demora diagnóstica).

Materiales y Métodos: Estudio observacional de pacientes que ingresan a un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por IAMCEST para la realización de una angioplastia coronaria (AC) de urgencia entre 2014 y 2023. Se dividió a la población según el sitio de consulta inicial: grupo 1 (consulta en centro de baja complejidad); grupo 2 (consulta en centro de alta complejidad). Se analizaron datos demográficos, antecedentes cardiovasculares, éxito de la AC, datos angiográfico, Killip y Kimbal de ingreso y demora diagnóstica en mediana y cuartiles 25%-75% (expresadas en minutos). Análisis estadístico: Test de chi cuadrado para datos cuantitativos, ANOVA o Kruskal Wallis para datos cualitativos y $p < 0.05$ para significancia estadística.

n= 1486	Pacientes trasladados (n=873)	Pacientes no trasladados (n=612)	p valor
Edad (años)	59 ± 11	60 ± 11	n.s
Hipertensión arterial (%)	491 (56.3%)	341 (56.2%)	n.s
Dislipemia (%)	263 (30.1%)	189 (30.7%)	n.s
Diabetes (%)	148 (17%)	110 (18%)	n.s
Tabaquismo activo (%)	407 (46.7%)	274 (44.8%)	n.s
Antecedentes heredo-familiares (%)	193 (22.1%)	124 (20.3%)	n.s
Sedentarismo (%)	545 (62.5%)	354 (57.9%)	n.s
Obesidad (%)	241 (27.7%)	173 (28.4%)	n.s
Enfermedad coronaria previa (%)	77 (8.8%)	94 (15.5%)	<0.01
Killip no A	185 (21.3)	149(24.5)	n.s
Demora llamado	56.5 (29-115)	25 (10.5-52.5)	<0.05
Sin lesiones	81 (9.3)	43 (7.12)	n.s
ATC Exitosa	788(90.3)	541(88.5)	n.s

Resultados: Se analizaron los datos de 1486 ptes, de los cuales el 58.8% realizó la consulta en centro de baja complejidad. Los pacientes del grupo 2 presentaron menor demora diagnóstica. No se observaron diferencias significativas en edad y factores de riesgo cardiovasculares, a excepción de enfermedad coronaria previa (antecedente de AC o cirugía de revascularización miocárdica). Los pacientes con antecedentes coronarios previos consultaron preferentemente en centros de alta complejidad. No se observaron diferencias en el éxito de la AC ni en el Killip y Kimball.

Conclusiones: Los ptes con diagnóstico de IAMCEST que consultan inicialmente en un centro de baja complejidad presentan mayor demora diagnóstica. Adicionalmente el antecedente de enfermedad coronaria condiciona la consulta a un centro de alta complejidad.

0436. IMPACTO DEL GÉNERO EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCION PRESERVADA (ICFEP)- SUBANÁLISIS DE REGISTRO ARFEY PRESER

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

María Lorena CORONEL | Guillermo CURSACK | Diego Federico ECHAZARRETA | Daniela GARCIA BRASCA | Nicolás Alejandro JABIF | María Cecilia MORIS | Pablo NASCA | Eduardo Roque PERNA

Actividad Clínica cardiológica y electrofisiología clínica en mi consultorio privado

Introducción: El género determina diferentes características clínicas en los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) influyendo en la severidad de la patología y en las opciones terapéuticas.

Objetivo: Comparar las características clínicas generales y tratamiento de mujeres (M) y hombres (H) con ICFEP en Argentina.

Material y métodos: ArFey-Preser es un registro del Comité de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar de FAC multicéntrico, prospectivo, observacional que incluyó entre diciembre/22 y febrero/2024 a 449 pacientes ambulatorios o al momento del alta hospitalaria, con diagnóstico de ICFEP. Se compararon las características generales y tratamiento de la población de acuerdo al sexo.

Resultados: La distribución de la población fue M=274 (61%) y H=175 (39%). La comparación de las características generales se detalla en la tabla 1 y tratamiento en tabla 2. La edad media fue de M: 72.64, H: 71.16 (p: NS), frecuencia cardíaca M 76.17, H 72.53 (p: 0.017) hemoglobina M 12.21, H 13.19 (p:0.001). El porcentaje de diferentes características fue: diabetes mellitus M: 48.9, H: 71.4 (p: 0.001), tabaquismo M: 29.6, H: 38.9 (p: 0.041) insuficiencia renal M: 13.1, H: 25.7 (p: 0.001), fragilidad M: 17.5, H: 8.6 (p: 0.008), hipotiroidismo M: 29.6, H 6.9 (p: 0.001), arteriopatía periférica M: 4, H 12.6 (p: 0.001), cardiopatía isquémica M: 16.1, H 38.2 (p: 0.001, clase funcional 3-4 M 34.7, H 23 (p: 0.009) hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, hospitalizaciones previas y fibrilación auricular sin diferencias, En cuanto al tratamiento: gliflozinas M 32.1% H 45.7% (p: 0.004), aspirina M 27% H 40.6% (p: 0.003) estatinas M 47.4% H 61.1% (p: 0.005). el uso de diuréticos, ARM, ARNI, IECA, ARA y betabloqueantes fue similar

Conclusiones: En esta cohorte contemporánea de pacientes con ICFEP existen claras diferencias entre M y H en el perfil clínico y severidad. A pesar de que los hombres tienen más frecuencia de comorbilidades severas como diabetes, tabaquismo, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica y vasculopatía periférica, las mujeres tienen peor clase funcional, fragilidad, anemia, hipotiroidismo, lo que implica un diferente perfil fenotípico. A pesar de esto, el tratamiento es similar, excepto por el menor uso de gliflozinas en las mujeres, dato importante de analizar en futuros trabajos, y aspirina y estatinas, en correlación con la menor presencia de mayor enfermedad aterosclerótica en ellas.

0437. CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE ADULTOS MAYORES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Mariano Gaston BERGIER | Juan Maria IROULART | Fernando Damián GARAGOLI | Santiago DECOTTO | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Emiliano ROSSI | Rodolfo PIZARRO | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La población de pacientes que presenta insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es heterogénea, por lo que el abordaje de esta patología representa un verdadero desafío en la práctica médica.

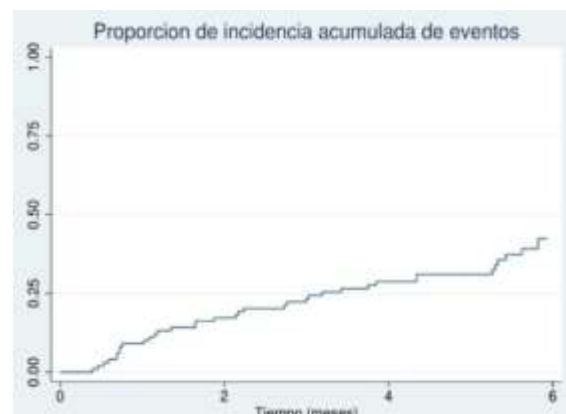
Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, analíticas e imagenológicas de una cohorte de pacientes hospitalizados por ICA y analizar su evolución a 6 meses.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años internados en un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con diagnóstico principal de ICA en el período Diciembre 2022 a Septiembre 2023. Se excluyeron síndromes coronarios agudos, valvulopatías severas con indicación quirúrgica, trasplantes cardíacos y trastornos pulmonares graves. Se realizó un análisis descriptivo de características clínicas, bioquímicas y ecográficas al ingreso hospitalario y se evaluó la incidencia acumulada de eventos (combinado de muerte y rehospitalización por insuficiencia cardíaca) a los 6 meses del egreso.

Resultados: En el análisis se incluyeron 101 pacientes (Tabla 1). La mediana de edad fue de 82 [74-86] años. El 53,5% eran hombres. Los factores de riesgo cardiovascular tuvieron una prevalencia elevada: hipertensión arterial (86,1%), dislipemia (52,6%) y diabetes (23,8%). Se destacan también insuficiencia cardíaca (56,4%), insuficiencia renal (45,5%) y fibrilación auricular (45,5%) como las comorbilidades más prevalentes. Un 10% de los pacientes presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se clasificaron los pacientes en tres formas según su presentación: sobrecarga de volumen (76%), edema agudo de pulmón (22%) y bajo volumen minuto (2%). Los signos más prevalentes del examen físico de ingreso fueron rales crepitantes (90%), edemas periféricos (70%) e ingurgitación yugular (56%). En cuanto al análisis bioquímico, se observó una media de creatinina plasmática de 1,32 mg/dL (DS +/- 0,56). La excreción media del sodio urinario fue 80 mEq/L (DS +/- 36) y la mediana de NT-proBNP fue 6433 [RIC 2927-15255]. En relación a las mediciones ecográficas, la media de fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 43% (DS +/- 13) y la prevalencia de insuficiencia mitral y tricuspídea significativas fue de 29 y 34% respectivamente; mientras que la mediana de cometas pulmonares fue de 12 [RIC 8-16]. La mediana de días de hospitalización fue de 4,5 [RIC 3-6] y el 10% de los pacientes requirió internación domiciliaria. Durante el seguimiento, el 37% de los pacientes presentó el evento combinado de muerte y hospitalización por IC siendo la reinternación el más incidente dentro del mismo (32,7%)(Gráfico 1).

Tabla 1.

Características de los pacientes al ingreso	N=101
Edad, años, mediana [RIC]	82 [74-86]
Sexo masculino, % (n)	53,5 (54)
Hipertensión arterial, % (n)	86,1 (87)
Dislipemia, % (n)	52,6 (49)
Diabetes Mellitus, % (n)	23,8 (24)
EPOC, % (n)	9,9 (10)
Coronariopatía, % (n)	23,8 (24)
Insuficiencia cardíaca previa, % (n)	56,4 (57)
Fibrilación auricular, % (n)	45,5 (46)
Insuficiencia renal, % (n)	45,5 (46)
Forma de presentación, % (n)	
- Sobrecarga de volumen	76 (77)
- Edema agudo de pulmón	22 (22)
- Bajo volumen minuto	2 (2)
NT-ProBNP ingreso, pg/ml, mediana [RIC]	6433 [2927-15255]
Sodio urinario, mEq/L, media (DS)	80 (+/- 37)
Fracción de eyección, media (DS)	43 (+/- 13)
Cometas pulmonares, mediana (RIC)	12 [8-16]



Conclusiones: En esta cohorte de pacientes añosos y con alta carga de comorbilidades la forma de presentación más frecuente de ICA fue la sobrecarga de volumen. Se observó una elevada incidencia de muerte y rehospitalización a los 6 meses de seguimiento.

0439. DENGUE: EPIDEMIA E IMPACTO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

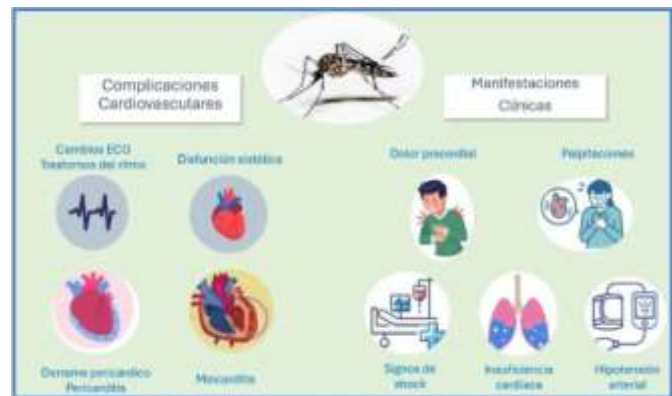
Leandro PARRILLA | M. Eugenia LANGAN | Nicolás Ezequiel BANTI | Clara THEAUX

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Introducción: El virus dengue, transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, constituye un problema de salud pública en países tropicales. Su incidencia ha aumentado 30 veces en los últimos 50 años, siendo el arbovirus con mayor impacto en términos de morbimortalidad. Se reconocen 4 serotipos, 1, 2, 3 y 4. En Argentina, donde el virus circula de manera epidémica, se observó un significativo aumento de casos en las primeras semanas del 2024, atribuido al cambio climático, la interacción entre personas y el crecimiento demográfico en áreas urbanas, factores que favorecen la amplificación y propagación del virus. Esta enfermedad sistémica y dinámica, que tradicionalmente se ha asociado con síntomas febriles y musculoesqueléticos, no está exenta de presentar complicaciones cardiovasculares (ver cuadro).

Objetivos: El objetivo de este estudio es observar la incidencia y características de las complicaciones cardiovasculares en adultos hospitalizados por infección de virus dengue en un Hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en el período de brote estacional entre el 1° de enero y 20 de mayo de 2024.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, de pacientes ambulatorios que acudieron a la unidad febril de urgencia y requirieron hospitalización con diagnóstico serológico o PCR de dengue, en un Hospital Público de la CABA, entre el 1° de enero y el 20 de mayo del 2024. Aquellos pacientes que presentaron manifestaciones cardiovasculares, fueron evaluados con electrocardiograma (ECG), ecocardiograma transtorácico (ETT) y laboratorio con troponina T ultrasensible (TTus).



Resultados: Los pacientes internados fueron 76. La mediana de edad fue de 37 años. El 55,84% fueron mujeres. El 85,52% presentó dengue con signos de alarma, siendo lo más frecuente la plaquetopenia (44,61%), el 3,94% presentó dengue sin signos de alarma y el 10,52% manifestó formas graves de la enfermedad. No hubo decesos. Once pacientes presentaron factores de riesgo cardiovasculares, de los cuales 4 compartían 2 o más factores. Uno presentó antecedentes de fibrilación auricular y otro de accidente cerebrovascular isquémico. Dos (2,63%), presentaron complicaciones cardiovasculares, uno de ellos manifestado por dolor precordial, inversión de ondas T en ECG, trastorno de motilidad parietal en ETT, elevación de TTus y cinecoronariografía sin lesiones significativas. Otro paciente presentó dolor torácico, taquicardia sinusal en ECG y derrame pericárdico en el ecocardiograma.

Conclusiones: Los crecientes brotes de dengue presentan un desafío para el sistema de salud en Argentina. Las complicaciones cardiovasculares son poco frecuentes, pero su impacto puede ser significativo y a menudo se asocian con formas graves de la enfermedad. La fisiopatología involucra disfunción endotelial, alteración en la permeabilidad vascular, necrosis miocárdica, edema intersticial, infiltración inflamatoria intracelular y perivascular. Actualmente no contamos con evidencia que determine si la afectación miocárdica es por infección viral directa o una respuesta inmunológica mediada por citoquinas. Uno de nuestros pacientes presentó derrame pericárdico y taquicardia sinusal, esta última, es el signo más frecuente, incluso en asintomáticos. Otro paciente presentó diagnóstico presuntivo de miocarditis, siendo la complicación cardiovascular más frecuente en dengue grave. Ninguno de los dos casos, presentaba antecedentes cardiovasculares. Se destaca la importancia de la detección temprana de las complicaciones cardiovasculares mediante exámenes complementarios de imágenes y laboratorio, para proporcionar el tratamiento adecuado con la finalidad de reducir la morbimortalidad. Asimismo, se subraya la necesidad de estrategias integrales de prevención y control para mitigar su impacto en la salud pública.

0440. ¿ES LA EDAD DEL PACIENTE UNA LIMITANTE PARA UTILIZAR PLATAFORMAS DE TELEMONITOREO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA?

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Medicina Digital e Inteligencia artificial

Marcos Lucas VIRUEL | Lucrecia Maria BURGOS | Franco Nicolas BALLARI | Victoria RIVADANEIRA | Mirta DIEZ | Mariano N. BENZADON

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una condición crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo, con una carga significativa en términos de morbilidad, mortalidad y costos de atención médica. El telemonitoreo (TM) se ha establecido como una

herramienta prometedora para mejorar la gestión de la IC al permitir una supervisión remota y continua de los pacientes. Sin embargo, persisten dudas sobre la aplicabilidad y adherencia al TM en pacientes de mayor edad.

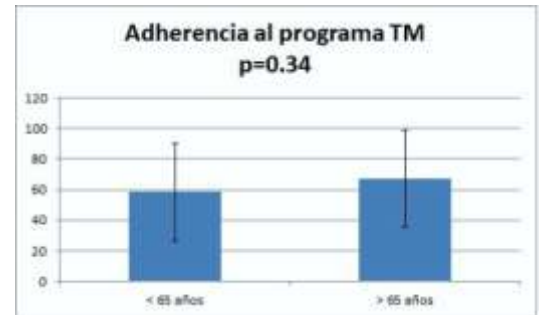
Objetivos: Evaluar la factibilidad y la adherencia al TM de IC en los adultos mayores y compararla con los menores de 65 años.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de IC clínicamente estables quienes participaron voluntariamente del programa de TM remoto en insuficiencia cardíaca. Se evaluó la adherencia al programa durante un seguimiento de 60 días, definiéndola como el porcentaje de días en los que los pacientes utilizaron la plataforma de TM en relación con el total de días de participación. Esta medida se comparó posteriormente entre los subgrupos de pacientes mayores y menores de 65 años. Como punto final secundario se evaluará el número y tipo de alertas generadas según edad y comunicación por interfaz de TM.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes en el programa de TM. La edad media para el grupo de menores de 65 años fue de 50.3 ± 8.9 años y de 75.2 ± 6.9 años para el grupo de mayores. La adherencia al programa de TM fue de $58.4\% \pm 34$ para los pacientes menores de 65 años y de $67.2\% \pm 31.8$ para los pacientes mayores ($p = 0.34$). Además, destacamos que no se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a días activos efectivos (46.5 ± 17.1 vs 49.7 ± 15.07 , $p = 0,47$) ni en días totales de carga de variables (35 ± 20.4 vs $40,4 \pm 19.4$, $p = 0,34$). No se encontraron diferencia en el número de alertas rojas y amarillas, de síntomas y de signos según edad ($p > 0.05$), como así tampoco en la frecuencia que utilizaron el chat de la plataforma de TM ($34,3\%$ vs 35% ; $p = 1$).

Conclusiones: La adherencia al programa de telemonitoreo resulta una estrategia aplicable indistintamente de la edad de los pacientes, sin embargo, consideramos necesaria la identificación de posibles barreras y trabajar en interfaces intuitivas y amigables, asistencia personalizada en la configuración y uso de la tecnología, así como programas de capacitación específicos para pacientes mayores que podrían mejorar la adopción y la adherencia.

	< 65 años	> 65 años	
Adherencia %	58.4% ± 34.1	67.2% ± 31.8	p=0.34
Tiempo activo real (Días)	46.5 ± 17.1	49.7 ± 15.07	p=0,47
Carga de tratamiento farmacológico	14 (70%)	18 (51.4%)	
Internación durante el seguimiento	3 (15%)	4 (11.4%)	
Alarmas rojas	4.5 ± 5.4	4.6 ± 7.2	



0441. DIFERENCIAS EN LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CONTROL DE RITMO VS CONTROL DE FRECUENCIA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS POR FIBRILACIÓN AURICULAR

Arritmias y Electrofisiología

Aldana RODRIGUEZ WAGNER | Nicolás VECCHIO | Alexis DIETZ | Juliane SANTOS DAMASCENA | Luis Adrián GIORGIO | Valentina TANCREDI | Juan Jose BACIGALUPE | Nora Elisabet ZEBERIO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. HECTOR CURA

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente como causa de ingreso al servicio de emergencias. Es un factor de riesgo independiente para accidente cerebrovascular e ICC (insuficiencia cardíaca congestiva). La reversión y mantenimiento en ritmo sinusal se ha asociado con una disminución de la morbilidad a largo plazo, sin embargo la estrategia de control de ritmo no está exenta de complicaciones.

Objetivos: El objetivo del siguiente trabajo fue describir y analizar la tasa de éxito, evaluada en términos de días de internación, eventos adversos, y complicaciones de la terapia control de ritmo vs control de frecuencia en la población que ingresó por fibrilación auricular al servicio de emergencias. A su vez se analizaron comorbilidades, score de riesgo, y variables ecocardiográficas de ambas poblaciones.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular que ingresaron al servicio de emergencias del Hospital Municipal Dr. Héctor Cura, Olavarría, en el período comprendido entre enero del 2020 y abril del 2024. Se analizaron las características basales, estudios complementarios, evolución y complicaciones. Se compararon los datos según la estrategia de control elegida. Se

Tabla 1.

Parámetros	Población	Control Ritmo	Control Frecuencia	p valor
Total de pacientes	90	38 (42%)	52 (58%)	
Edad promedio	73	68	75	0.037
Femenino	53 (59%)	23 (60%)	30 (57%)	0.8
FA previa	37 (41%)	9 (23.6%)	28 (53.8%)	0.005
Días de internación	3	1.8 días	3.8 días	0.038
Complicaciones	8 (9%)	3 (8%)	4 (8%)	1
FEr	24 (27%)	6 (16%)	18 (35%)	0.05
Aurícula severa	26 (29%)	5 (13%)	21 (40%)	0.005
ICC	(37%)	5 (13%)	28 (54%)	0.0001

excluyeron aquellos pacientes con contraindicación para control de ritmo y que revirtieron de forma espontánea.

Resultados: Se analizaron 90 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. La edad promedio fue de 73 años y el 59% era de sexo femenino. El 42% se realizó control de ritmo. La edad fue significativamente menor en el grupo control de ritmo (68 vs 75 años; p 0,037) como así también una tasa menor de FA previa (23,6% vs 53,8%; p 0,005). El promedio de días de internación fue significativamente menor en el grupo control de ritmo (1,8 vs 3,8 días; p 0,038). El control de frecuencia fue significativamente mayor en los pacientes que ingresaron con signos de ICC (54% vs 13% p : 0.0001), presentaban un grado auricular severo (13% vs 40% p : 0.005), y una tendencia significativa en los que la fracción de eyección reducida (FER) (16% vs 35% p : 0.05). El 34% utiliza digoxina y el 46% utilizó bisoprolol para control de frecuencia, el 40% utilizó amiodarona, y el 1% requirió cardioversión eléctrica. Solo 8 pacientes presentaron complicaciones (exantema, shock cardiogénico, bradicardia extrema, infarto de miocardio), sin diferencias significativas entre ambos grupos (8% vs 8% p : 1). Todos los pacientes del grupo control de ritmo, se encontraban en ritmo sinusal al alta.

Gráfico 1.



Conclusiones: El control de ritmo fue eficaz y seguro en el manejo de pacientes que ingresaron por fibrilación auricular disminuyendo significativamente la estadía hospitalaria. No hubo diferencias significativas en la tasa de complicaciones en ambos grupos.

0442. TIEMPO DEL DIAGNÓSTICO A LA ABLACIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Arritmias y Electrofisiología

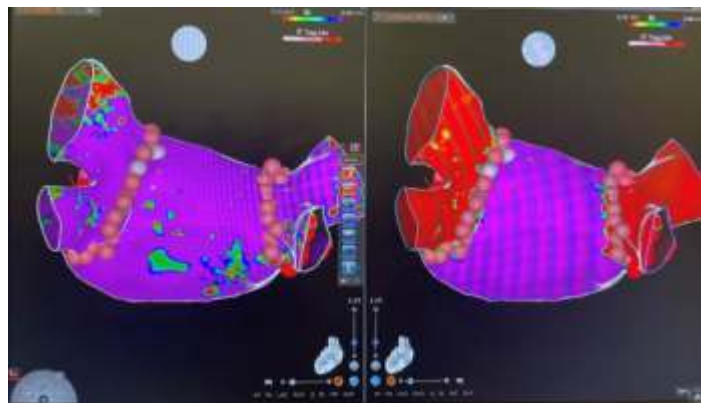
Mariel ALVAREZ CORREA | Guillermo CARNERO | Nestor O. GALIZIO | Mauricio MYSUTA | Maria Eugenia SANTILLAN | Rocio BENITO | Yolanda ROCHE | José Luis GONZÁLEZ

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La ablación por catéter de la fibrilación auricular paroxística (FAp) es el tratamiento de elección para pacientes (pts) sintomáticos y refractarios al tratamiento antiarrítmico. La tasa de recurrencia a largo plazo se encuentra entre 20-50%. Esta heterogeneidad en los resultados son el reflejo de la variabilidad en el grado de fibrosis atrial y el sustrato de los pacientes elegidos para el procedimiento. La fibrilación auricular es una enfermedad inflamatoria y progresiva que conlleva al remodelado auricular, injuria del miocito y fibrosis. Este remodelado estructural y eléctrico facilita la perpetuación de la FA disminuyendo la probabilidad de restaurar y mantener el ritmo sinusal. Estudios y metanálisis recientes han demostrado que el tiempo de evolución de la arritmia a la ablación es un factor predictor de recurrencia en la ablación de FA.

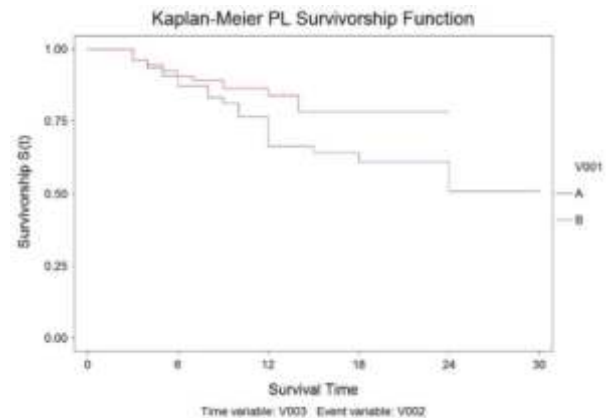
Objetivos: Determinar si el tiempo entre el diagnóstico de la FAp y la ablación (TDA) por radiofrecuencia tiene impacto en la recurrencia de la arritmia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y unicéntrico de pts consecutivos sometidos a la primera ablación de FAp. Definiciones Se definió TDA como el tiempo transcurrido entre el primer diagnóstico reportado de FA (anamnesis o reporte médico) hasta el día del procedimiento. Se definió éxito agudo al bloqueo de salida y entrada comprobado al terminar la ablación de FA. Se definió recurrencia de FA como la presencia de arritmia auricular (FA, taquicardia auricular o aleteo) de más de 30 segundos de duración después del periodo de blanking. Población de estudio Entre 2020 y 2023 se evaluaron 284 pts con FAp sintomática y refractaria al tratamiento médico con al menos una droga antiarrítmica. Se compararon los pts con TDA < 1 año (129 pts, 45%) y TDA > 1 año (155 pts, 55%) sometidos aislamiento eléctrico de las venas pulmonares con radiofrecuencia. Los pts fueron evaluados mediante una ecodoppler cardiaco y angiotomografía computarizada con reconstrucción de la aurícula izquierda (AI) y de las venas pulmonares.



Resultados: Se alcanzó el éxito agudo en el 98.5% en el grupo con TDA < 1 año y 97.9% (756 de 772 VP aisladas) en el grupo con TDA > 1 año (p 0.2). Los pts con TDA < 1 año de evolución tuvieron una mayor tasa libre de arritmia que los pts con TDA > 1 año. Tasa libre de FA: TDA < 1 año: 6 meses (m): 90%, 12 m: 83%, 18 m: 78%, versus TDA > 1 año. 6 m: 87%, 12 m: 72%, 12 m: 66%. Log Rank Test (Mantel Cox): p 0.04. Figura 1. Curva de Kaplan Meier Sobrevida libre de FA) Figura 2: Aislamiento eléctrico circunferencial de las venas pulmonares

Conclusiones: En nuestra población de estudio los pacientes con un TDA menor a un año tienen una menor tasa de recurrencia de FA, optimizando los resultados de la ablación de FA.



0443. TAVI PARA TODOS?: CUANDO LO REAL NO ES AMIGO DE LO NUEVO

Valvulopatías

Andrea CASTILLO¹ | Agustín GALINDO¹ | Norberto BORNANCINI¹ | Ana QUINTERO¹ | Rita DASILVA¹ | Camila ALVAREZ¹ | Rafael PORCILE² | Mariana MAYA¹

¹Sanatorio Santa Clara Talarí; ²Universidad Abierta Interamericana

Introducción: El implante de la válvula aórtica por vía percutánea (TAVI) ha ganado cada vez mas terreno en los últimos años, tanto así que hoy en día hay registros de pacientes con TAVI y bajo riesgo quirúrgico. Mostrar la experiencia de nuestro centro ubicado en las afueras de la ciudad autónoma de Buenos Aires (provincia de Buenos Aires, Argentina) en el seguimiento de una cohorte cuyos primeros resultados fueron presentados en el Congreso Interamericano de Cardiología 2023. Para reemplazo de la válvula por vía convencional; sin embargo, esto choca con la realidad de muchos centros de Latinoamérica y el Caribe.

Objetivos: Mostrar la experiencia de nuestro centro ubicado en las afueras de la ciudad autónoma de Buenos Aires (provincia de Buenos Aires, Argentina) en el seguimiento de una cohorte cuyos primeros resultados fueron presentados en el Congreso Interamericano de Cardiología 2023.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte transversal. Se incluyeron 11 pacientes (6 mujeres) con diagnóstico de estenosis aórtica severa (EAO s) entre enero de 2022 y enero 2024. Se definió como EAO s: área valvular (AVAo) es menor de 1 cm² o de 0,6 cm²/m² de superficie corporal. El promedio de edad fue 80.7 años. Todos los pacientes fueron evaluados por el Heart Team definiendo TAVI como tratamiento definitivo. A todos los pacientes se realizó valvuloplastia aórtica (VLP) con el fin de mejorar la sintomatología (90% en CF III. Recomendación II nivel de evidencia B). El AVAo promedio fue de 0.5 cm²/m² y el gradiente máximo promedio fue 50 mmHg.

Resultados: Posterior a VLP en gradiente bajo mas de un 70% en el 98% de los pacientes considerando la VLP como exitosa. 365 días después solo el 27% de los pacientes accedió a TAVI (n=3). Se observó un 36% mortalidad (n=4) en la espera de TAVI y un 27% (n=3) de reinternaciones por insuficiencia cardíaca. Al considerar, como no resueltos, en forma conjunta mortalidad y reinternación se alcanza un 63%.

Conclusiones: Luego de 1 años de seguimiento de nuestra cohorte el porcentaje de pacientes no resueltos alcanzó un 63%, esto nos lleva a pensar en la necesidad de generar redes-TAVI dado que existen centros en nuestro país que realizan hasta 5 implantes al día. La evidencia a favor del TAVI continúa ganando terreno e incluso aumentado el nivel de evidencia, sin embargo, el choque de las guías con la realidad nos obliga a pensar cuan cerca o cuan lejos estamos de ellas.

0446. RESPONDEDORES PARCIALES A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACION CARDIACA: REDEFINIENDO A LOS PACIENTES RESPONDEDORES Y NO RESPONDEDORES

Arritmias y Electrofisiología

María Eugenia SANTILLAN¹ | Néstor Oscar GALIZIO¹ | Eduardo GUEVARA¹ | Liliana Ethel FAVALORO¹ | María Florencia RENEDO¹ | Guillermo Alejandro CARNERO¹ | Mauricio Andres MYSUTA¹ | José Luis GONZÁLEZ¹

¹Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: Numerosos artículos sobre terapia de resincronización cardíaca (TRC) comienzan remarcando que entre 30% a 40% de pacientes son no respondedores. Si bien no hay consenso sobre como evaluar universalmente la respuesta a la TRC, hace más de 10 años Steffel y Ruschitzka señalaron la existencia de pacientes respondedores negativos, no respondedores, respondedores parciales,

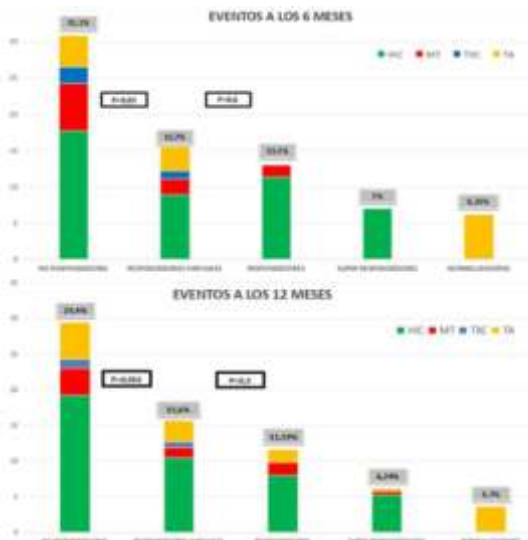
respondedores y super-repondedores. A pesar de ello, hay una tendencia de analizar solo a los que responden y a los que no.

Objetivos: Analizar la evolución de los pacientes implantados con TRC de acuerdo a las distintos tipos de respuesta y evaluar en cada una de ellas el punto final combinado de hospitalización por insuficiencia cardíaca (HIC), mortalidad total (MT), trasplante cardíaco (TXC) y terapias apropiadas (TA) en un seguimiento a dos años.

Materiales y Métodos: Entre julio de 2003 y diciembre de 2022, se implantaron 474 dispositivos de TRC, de los cuales 309 tuvieron datos completos para iniciar el análisis a los 6 meses de seguimiento. Las características basales de la población se muestran en la tabla 1. La respuesta a la TRC se clasificó considerando los siguientes criterios: No-Respondedores: disminución de la FEVI con respecto a la basal, Respondedores Parciales: Aumento de la FEVI < 5%, Respondedores: Aumento de la FEVI ≥ 5% < 10%, Super Respondedores: Aumento de FEVI ≥ 10% < 50%, Normalizadores: FEVI ≥ 50% Absoluto. Durante el seguimiento se evaluó el punto final combinado de: HIC, MT, TXC y TA, expresados en valores absolutos y en porcentajes acumulados en los diferentes periodos de tiempo. Para comparar variables se utilizó el test de chi cuadrado y se consideró significativa una P < a 0.05.

Resultados: De los 309 pacientes seleccionados para el análisis, a los 6 meses 14.5% cumplieron criterios de no respondedores, 28.8% respondedores parciales, 19.7% respondedores, 31.7% súper respondedores y 5.2% normalizadores. Al analizar el punto final combinado se observó que entre los pacientes respondedores y respondedores parciales no hubo diferencias significativas (p=0,06), pero si al analizar los no respondedores vs los respondedores parciales (p=0,03). A los 12 meses, 14% fueron no respondedores, 24% respondedores parciales, 20% respondedores, 37.4% súper respondedores y 4,8% normalizadores. En cuanto al punto final combinado, no hubo diferencias significativas entre respondedores vs respondedores parciales (P=0,3), aunque si hubo diferencias entre respondedores parciales y no respondedores (p=0,016). A los 24 meses, 14% continuaron siendo no respondedores, 21% respondedores parciales, 18.6% respondedores, 38.5% super respondedors y 6% normalizadores. Al igual que en el resto de los periodos no hubo diferencias significativas entre respondedores y respondedores parciales (p=0,1) pero si al analizar respondedores parciales vs no respondedores (p=0,006). (Figura 1)

CARACTERISTICAS BASALES	
EDAD (Años)	67±11
HOMBRES	214 (69,2%)
CARDIOPATIA	
ISQUEMICO	101 (32%)
NO ISQUEMICA	208 (67,3%)
PREVENCION	
PRIMARIA	272 (88%)
SECUNDARIA	18 (5,8%)
TRC-P	19 (6,4%)
FACTORES DE RIESGO	
HTA	184 (59,5%)
DBT	77 (24,9%)
ACV	19 (6,14%)
EPOC	39 (12,6%)
TVNS	67 (21,68%)
CLASE FUNCIONAL	
I	22 (7,11%)
II	137 (44,3%)
III	141(45,6%)
IV	9 (2,91%)
ECG BASAL	
RS	264 (85%)
FA PERSISTENTE	44 (14,2%)
BCRI	257 (83,1%)
BCRD	13 (4%)
ESTIMULACION VD >20%	39 (12,6%)
DURACION QRS (ms)	160±27,3
ECOCARDIOGRAMA BASAL	
DDVI (mm)	67±9,9
DSVI (mm)	44±12
FEVI (%)	26,5±8,9
MEDICACION	
Beta bloqueantes	208 (67,3%)
IECA/ARA/ARNI	289 (93,5%)
Espironolactona	268 (86,7%)
Furosemida	218 (70,5%)
Amiodarona	97 (31,3%)



Conclusiones: En nuestra población en estudio, el análisis de la evolución a largo plazo de pacientes con TRC según subgrupos de respuesta demostró que los pacientes respondedores parciales tienen diferencias significativas según el punto final combinado de HIC, MT, TXC, TA al compararlos con los pacientes no respondedores, aunque no hay diferencia con los pacientes respondedores. Queda de manifiesto que el grupo respondedor parcial es una forma de respuesta a la TRC cuyo comportamiento a largo plazo se asemeja a la de los pacientes respondedores, dentro de los cuales debería incluirse y no dentro de los no respondedores.

0447. IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADORES EN MALVINAS ARGENTINAS. LAS CARDIOPATIAS SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD CARDIOVASCULAR

Arritmias y Electrofisiología

Pablo AGÜERO | Noelia Elizabeth CASTILLO | Antonio CRUZ ARAMAYO | Camilo Ariel PULMARI | Maria Alejandra URBANO GUERRA | Herbert Osmar VILLEGAS ESCOBAR

Centro de Alta Complejidad Juan D. Perón "Polo Sanitario"

Introducción: Según la actualización del registro nacional de Discapacidad, en Malvinas Argentinas las principales causas de discapacidad cardiovascular son por cardiopatías. Para prevenir la muerte súbita en éste tipo de población se utilizan cardiodesfibriladores

Objetivos: Conocer las características de los pacientes y tipo de prevención por el cual se implantaron cardiodesfibriladores en Malvinas Argentinas.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico, desde enero 2009 a septiembre de 2023. Mediante historia clínica informatizada y base de datos del Servicio de Cardiología de Malvinas Argentinas. Se incluyeron individuos a los que se les implantó Cardiodesfibrilador. Las variables continuas se expresaron como promedio y desvió estándar, y las variables cualitativas como porcentajes. Análisis estadístico mediante software SPSS 23.

Resultados: Sobre un total 173 pacientes, la edad promedio 68 +/- 11 años, sexo masculino 69%. Las características de los pacientes se describen en la tabla 1. El 70% tenían cardiopatía isquémica necrótica, el 25% chagásica y otras el 5%. El 58% presentaban miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la fracción de eyección (FEY) y el 16% eran portadores de cardiopatía no dilatada con FEY conservada. Según NYHA se encontraban en Clase funcional (CF) I/II 76.5% y CF III/IV 23.5%. La condición que motivo el implante fue por prevención secundaria en un 31.79%, siendo las principales causas: muerte súbita abortada, TVMS con DHE y por prevención primaria en 68.21%, siendo la presencia de síncope de causa no aclarada con disfunción ventricular significativa, arritmia ventricular no sostenida, inducción de arritmia ventricular en el estudio electrofisiológico las principales causas.

Conclusiones: Las principales indicaciones de implante de cardiodesfibriladores en Malvinas Argentinas son por prevención primaria de muerte súbita, en pacientes con cardiopatías predominantemente isquémico necróticas y chagásicas.

Característica de los pacientes	Porcentaje/N173
Masculino	69%
Edad (Años)	68 +/- 11
Tabaquista	8%
Ex TBQ	30%
HTA	70%
DM	19%
Dislipemia	38%
Hipotiroidismo	13.2%
Insuficiencia Cardíaca	
CF I/II	76.5%
CF III/IV	23.5%
ECG	
Ritmo sinusal	73.44%
FA	15.25%
BCRD	10.1%
BCRI	22.03%
HBAI	3.95%
Marcapaso	11.29%
Medicación Habitual	
Aspirina	32.9%
Estatinas	54.9%
Beta Bloqueantes	61.2%
Amiodarona	46.4%
Espironolactona	40.4%
ACO	17.3%
Bloqueantes Cálccicos	12.1%
IECA	33.5%
Origen	
Chagásico	25%
Isquémico-necrótico	70%
Otro	5%
Indicaciones	
Primaria	68.21%
Secundaria	31.79%
Fracción de Eyección del VI	
Conservada	16%
Leve	4%
Moderada	22%
Severa	58%

0452. COMPLICACIONES MENORES EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: VALOR DE LOS MARCADORES DE HIPOPERFUSION TISULAR. ESTUDIO PILOTO

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio Nicolás COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Jorge BILBAO | Jose Carlos SANTUCCI | Sergio Juan BARATTA | Guillermo GUTIÉRREZ | Guillermo VACCARINO

Hospital Austral

Introducción: En el postoperatorio de cirugía cardiovascular (CCV), la medición del ácido láctico (AL), saturación venosa central (SVcO₂), delta pCO₂ y el déficit de base (DB), son todos marcadores de hipoperfusión tisular de oxígeno utilizados para diagnóstico del shock temprano y como guía del sostén hemodinámico. Sin embargo, se desconoce si estos marcadores de hipoperfusión tisular de oxígeno se asocian a otras complicaciones menores.

Objetivos: Analizar la relación entre variables clínicas preoperatorias, hemodinámicas y marcadores tisulares con complicaciones menores postoperatorias en una población de pacientes que se realizó una CCV (valvular y/o cirugía de revascularización miocárdica (CRM)).

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un hospital argentino, en

pacientes hospitalizados por CCV entre octubre 2023 y marzo 2024. Se consideró complicación menor: la necesidad de transfusión, sangrado médico, fibrilación auricular, insuficiencia renal aguda, necesidad de marcapaso transitorio, infección posoperatoria y hepatitis posoperatoria. Se evaluaron variables preoperatorias, variables hemodinámicas postoperatorias (vasoplejía, síndrome de bajo volumen minuto (SBVM)) y mediciones postoperatorias de marcadores tisulares (1, 6 y 24 hs postquirúrgicas). Se definieron como marcadores patológicos: AL > 3 mmol/l, SVcO2 < 65%, DB < -3, delta pCO2 > 6.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con edad promedio 66 años, sexo femenino 24%. La población de pacientes con complicación menor fue de 51 %. Los pacientes con complicación menor presentaron: mayor índice de masa corporal (IMC) (27 ± 2 vs. 30 ± 5 kg/m²; p<0.05), mayor prevalencia de diabetes (9% vs 44% p<0.05), mayor porcentaje de mortalidad predicha en Euroscore II (1.2 vs 4.7; p<0.01) y STS (1 vs 2.7; p<0.01), mayor vasoplejía (19% vs. 65%; p<0.05), así como mayor estadía hospitalaria posoperatoria (5.4 vs 15 días, p<0.01). Respecto a los marcadores tisulares, quienes tuvieron una complicación menor, presentaron una mayor SVcO2 patológica a la hora y mayor AL patológico a las 24 hs de forma significativa (Tabla 1).

Conclusiones: En una muestra de cirugía cardiovascular la SVcO2 precoz a la hora y el AL tardío a las 24 hs se asociaron a complicaciones menores de forma significativa. A su vez presentaron mayor IMC, diabetes y scores predichos de mortalidad con mayor incidencia de vasoplejía y estadía hospitalaria. La utilidad de estos marcadores tisulares de forma precoz o tardía podría predecir complicaciones menores, un registro con mayor número de pacientes podría esclarecer el debate.

	NO COMPLICACION MENOR (n=22)	COMPLICACION MENOR (n=23)	p	
Edad	65 ± 8	68 ± 8	NS	
Hipertension	11(50%)	15(65%)	NS	
Femenino	5(23%)	6(29%)	NS	
IMC (kg/m ²)	27 ± 2	30 ± 5	<0.05	
Dislipemia	12(55%)	11(48%)	NS	
Diabetes	2(9%)	10(44%)	<0.05	
Tabaquismo	13(57%)	12 (52%)	NS	
Insuficiencia cardiaca	0	3 (13%)	NS	
Endocarditis	0	3 (13%)	NS	
Cirugia no urgente	7(32%)	6(26%)	NS	
Estabilidad hemodinamica	21(95%)	22(96%)	NS	
ARGENSCORE	5.6	7.9	NS	
EUROSCORE	1.2	4.7	<0.01	
STS	1	2.7	<0.01	
AFILALO	0.1	0.4	NS	
FEY > 50%	18(82%)	18(78%)	NS	
SBVM	0	4 (17%)	NS	
Vasoplejia	4 (19%)	15(65%)	<0.01	
Dias	5.4	15	<0.01	
1 Hs	AL >3 mmol/l	3(14%)	7(30%)	NS
	Delta CO2 >6	11(52%)	17(74%)	NS
	DB <-3	14(67%)	19(83%)	NS
	SVO2 < 65%	3(14%)	11(48%)	<0.05
6 hs	AL >3 mmol/l	5(24%)	8(35%)	NS
	Delta CO2 >6	9(43%)	15(65%)	NS
	DB <-3	14(67%)	17(74%)	NS
	SVO2 < 65%	7(33%)	10(43%)	NS
24 Hs	AL >3 mmol/l	0	6(26%)	<0.05
	Delta CO2 >6	8(38%)	9(39%)	NS
	DB <-3	11(52%)	15(65%)	NS
	SVO2 < 65%	6(29%)	9(39%)	NS

0454. VASOPLEJIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: VALOR DE LOS MARCADORES DE HIPOPERFUSION TISULAR Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio Nicolás COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNANDEZ | Sergio Juan BARATTA | Nestor Manuel CLUSA | Guillermo VACCARINO

Hospital Austral

Introducción: La incidencia de vasoplejía en el postoperatorio de cirugía cardiovascular (CCV) es un fenómeno frecuente. El uso de marcadores de hipoperfusión tisular como el ácido láctico (AL), saturación venosa central (SVO2), delta CO2 y déficit de base (DB) es habitual para guiar el diagnóstico y el tratamiento del shock.

Objetivos: Clarificar la relación entre vasoplejía y complicaciones postoperatorias junto con marcadores tisulares en una población de pacientes de CCV con requerimiento de circulación extracorpórea (CEC).

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un hospital argentino, en pacientes hospitalizados por CCV entre octubre 2023 y marzo 2024. Se consideró vasoplejía: Con monitoreo hemodinámico: hipotensión sistólica menor a 90 mmHg, presión venosa central y/o presión wedge bajas sin respuesta a la expansión con cristaloides (30 ml/kg) en ausencia de sangrado más índice cardíaco > 2,2 l/min y resistencias sistémicas vasculares menores a 800 dyn, que requiere vasopresores. Sin monitoreo hemodinámico: hipotensión sistólica menor a 90 mmHg sin respuesta a la expansión con cristaloides (30 ml/kg) en ausencia de sangrado y buena función biventricular evaluado por ecocardiograma, con necesidad de vasopresores. Se evaluaron variables preoperatorias, complicaciones postoperatorias (uso de vasopresores, estadía hospitalaria y evento mayor (muerte intrahospitalaria (MIH), asistencia respiratoria mecánica prolongada mayor a 24 hs (ARM), ACV, diálisis e infarto agudo de miocardio)) y mediciones postoperatorias de marcadores tisulares (1, 6 y 24 hs postquirúrgicas). Se definieron como marcadores patológicos: AL > 3 mmol/l, SVcO2 < 65%, DB < -3, delta pCO2 > 6.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes con edad promedio 59.5 años, sexo femenino 33%. La población de pacientes con vasoplejía fue de 52 %. Los pacientes con vasoplejía presentaron: menor cirugía no urgente (95% vs 68% $p < 0.05$), mayor número de CCV previa (0% vs. 23%; $p < 0.05$), mayor score de Afilalo (0.2 vs 0.6; $p < 0.05$), mayor uso de noradrenalina (70% vs. 100%; $p < 0.05$), mayor estadía hospitalaria (9,3 vs 17,8 días, $p < 0.05$), y mayor índice de evento mayor (0% vs 23%, $p < 0.05$). Respecto a los marcadores tisulares, la SvCO₂ patológica a la hora se asoció a mayor incidencia de vasoplejía posoperatoria (Tabla 1).

Conclusiones: En una muestra de cirugía cardiovascular, paradójicamente la SvCO₂ precoz a la hora se asoció a vasoplejía de forma significativa. A su vez presentaron mayor uso de noradrenalina, estadía hospitalaria e índice de evento mayor. La relación causal entre la vasoplejía y complicaciones, así como la utilidad predictiva los marcadores tisulares; requiere de estudios con más número de pacientes.

	NO VASOPLEJIA (n=20)	VASOPLEJIA (n=22)	p	
Edad	58 ± 18	61 ± 14	NS	
Hipertension	8(40%)	10(45%)	NS	
Femenino	9(45%)	5(23%)	NS	
IMC (kg/m ²)	27 ± 5	28.7 ± 5	NS	
Dislipemia	6(30%)	7(32%)	NS	
Diabetes	2(10%)	4(18%)	NS	
Tabaquismo	9(45%)	9(41%)	NS	
CCV previa	0	5(23%)	<0.05	
FEY > 50%	10(50%)	19(86%)	NS	
Cirugía no urgente	19(95%)	15(68%)	<0.05	
Estabilidad	20(100%)	20(90%)	NS	
ARGENSCORE	3.4	7.3	NS	
EUROSCORE	1.7	4.4	NS	
STS	1.1	2.9	NS	
AFILALO	0.2	0.6	<0.05	
Vasopresina	0	4(18%)	NS	
Azul de metileno	0	4(18%)	NS	
Noradrenalina	14(70%)	22(100%)	<0.01	
SBVM	0	3(14%)	NS	
ARM prolongada	0	5(23%)	<0.05	
Mortalidad	0	1 (5%)	NS	
Evento Mayor	0	5(23%)	<0.05	
Estadia	9.3	17.8	<0.05	
1 Hs	AL > 3 mmol/l	6(30%)	9(41%)	NS
	Delta CO ₂ > 6	17(85%)	16(73%)	NS
	DB < -3	11(55%)	16(73%)	NS
	SVO ₂ < 65%	2 (10%)	10(45%)	<0.05
6 hs	AL > 3 mmol/l	6(30%)	11(50%)	NS
	Delta CO ₂ > 6	10(50%)	12(57%)	NS
	DB < -3	9(45%)	16(73%)	NS
	SVO ₂ < 65%	7(35%)	8(38%)	NS
24 Hs	AL > 3 mmol/l	1(5%)	6(27%)	NS
	Delta CO ₂ > 6	10(50%)	9(41%)	NS
	DB < -3	8(40%)	12(55%)	NS
	SVO ₂ < 65%	10(50%)	6(29%)	NS

0455. EVALUACIÓN MULTI-PARAMÉTRICA EN INSUFICIENCIA AÓRTICA CON DIFERENTES FENOTIPOS VALVULARES, ¿CUÁLES SON LOS PARÁMETROS MÁS ÚTILES?

Valvulopatías

María Celeste CARRERO | Iván CONSTANTIN | Candela Denise OESTEREICHER | Julieta DENES | Gerardo MASSON | María de La Cruz MEZZADRA | Luciano DE STEFANO | Pablo Guillermo STUTZBACH

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: La cuantificación de la gravedad de la insuficiencia aórtica (IAo) con ecocardiograma Doppler (ETT) resulta desafiante. Se recomienda la utilización de una evaluación multi-paramétrica con variables cuantitativas, semi-cuantitativas y cualitativas y elevada variabilidad inter-observador. En pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) y regurgitación, la complejidad sería aún mayor, ya que los jets regurgitantes suelen ser excéntricos y se dificulta la evaluación de numerosos parámetros necesarios. Frecuentemente existe discordancia y no resulta claro cuál tiene mayor utilidad. Se han sugerido métodos más sencillos, que no han sido replicados en las recomendaciones vigentes.

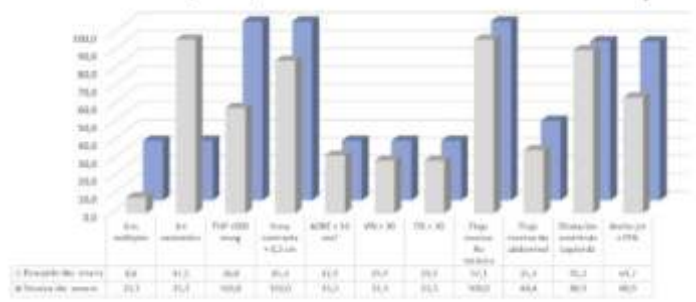
Objetivos: Comparar la utilidad de los distintos parámetros incluidos en las recomendaciones para cuantificar la IAo y su utilidad según el fenotipo valvular (trivalva vs. VAB). Evaluar los mecanismos regurgitantes y su coexistencia.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 221 adultos consecutivos con IAo significativa (moderada o severa) en el ETT, confirmada por 2 operadores experimentados independientes. Se realizó análisis offline y se determinaron: fenotipo valvular, mediciones aórticas, dimensiones del ventrículo izquierdo (VI), ancho de vena contracta (VC), ancho del jet regurgitante, AORE, flujo reverso en aorta torácica y abdominal, tiempo de hemipresión aórtica y fracción de eyección del VI. Se determinó el mecanismo regurgitante según la clasificación de El Khoury. Se denominó

	Bicúspide (n=151)	Trivalva (n=70)	p
Edad (años)	39,0 (29,0 - 50,0)	70,0 (66,0 - 76,0)	<0,0001
Peso (kg)	80,0 (72,0 - 90,0)	71,0 (61,0 - 89,0)	0,0100
Altura (cm)	174,0 (170,0 - 179,0)	168,0 (160,0 - 175,0)	<0,0001
Sexo masculino n (%)	129,0 (85,4%)	39,0 (55,7%)	<0,0001
Superficie Corporal (m ²)	1,9 (1,0 - 3,1)	1,8 (1,6 - 1,9)	0,0820
Índice de masa corporal (kg)	26,1 (24,2 - 29,6)	24,9 (23,2 - 28,9)	NS
Diabetes mellitus n (%)	7,0 (4,6%)	16,0 (22,8%)	<0,0001
Tabaquismo n (%)	20,0 (13,3%)	9,0 (13,1%)	NS
Dislipemia n (%)	33,0 (22,2%)	32,0 (45,7%)	0,0003
Hipertensión arterial n (%)	36,0 (24,6%)	40,0 (57,1%)	<0,0001
Obesidad n (%)	29,0 (19,2%)	34,0 (48,6%)	<0,0001
Fracción de eyección VI (%)	63,0 (60,0 - 65,0)	60,0 (59,0 - 62,0)	0,0002
DFD VI (cm)	5,3 (4,9 - 5,6)	4,8 (4,4 - 5,2)	<0,0001
DFB VI (cm)	3,0 (2,7 - 3,4)	2,9 (2,6 - 3,1)	0,0100
Senos de Valsalva (cm)	3,6 (3,3 - 4,0)	3,7 (3,3 - 4,1)	NS
Unión sino-tubular (cm)	3,2 (2,9 - 3,5)	3,4 (3,3 - 3,9)	0,0308
Ascendentes (cm)	3,4 (3,2 - 4,1)	3,8 (3,5 - 4,2)	0,0300

mecanismo mixto cuando hubiera presente más de 1 mecanismo regurgitante. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Los pacientes con IAo significativa y VAB fueron más jóvenes, más frecuentemente hombres y presentaron menos factores de riesgo CV (Tabla 1). El 80,5% presentó IAo moderada y el 19,5% severa. En el 39% de los casos no se logró medir AORE (por excentricidad del jet, por jets múltiples o porque no se visualizaba PISA adecuadamente). De los pacientes con IAo severa, aquellos con VAB presentaron con mayor frecuencia jets regurgitantes excéntricos. El ancho del jet $> 25\%$ del tracto de salida ventricular y el tiempo de hemipresión < 500 mseg se observaron más frecuentemente en IAo con válvula trivalva. El flujo reverso holodiastólico en aorta descendente, el ancho de VC $> 0,3$ cm y la dilatación del VI fueron los parámetros que se encontraron más frecuentemente, independientemente del fenotipo valvular (Fig. 1). Dentro de los mecanismos aislados, el más frecuente fue la dilatación de la raíz aórtica (38,8%), seguido de la restricción por calcificación valvular (30,5%). La dilatación y el prolapso fueron más frecuentes en pacientes con VAB, y la calcificación significativa en trivalva. El 39,8% presentó mecanismo mixto de regurgitación, siendo la combinación prolapso + dilatación la más frecuente en VAB (67%) y restricción + dilatación en trivalva (96%). El 10,8% presentó mecanismo indeterminado de IAo por ETT.



Conclusiones: Si bien existieron diferencias clínicas inherentes a la etiología de la disfunción valvular, el flujo reverso en aorta descendente, el ancho de VC y la dilatación del VI se encontraron más frecuentemente en pacientes con IAo significativa, independientemente del fenotipo valvular. Los pacientes con VAB presentaron más frecuentemente jets de regurgitación excéntricos y se midió con menos frecuencia un tiempo de hemipresión < 500 ms y un ancho del jet $> 25\%$. El AORE no se pudo medir en el 39% de los casos. Se identificaron diferentes mecanismos regurgitantes según el fenotipo valvular. Estos hallazgos sugieren que no todos los parámetros presentan la misma utilidad para determinar la gravedad de IAo y que dicha utilidad varía según el fenotipo valvular, dato no contemplado en las recomendaciones.

0457. CIRUGIA CARDIACA EN PACIENTES TESTIGOS DE JEHOVA: EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA EN UN HOSPITAL PUBLICO DE TERCER NIVEL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Marilyn Eugenia TORO CARDENAS | Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS | María Belén ROSELL | Beymar FLORES OMONTE | Antonella INZAURRALDE | Javier DUVAL | Alejandra Inés CHRISTEN | Alejandro TRAININI

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: Actualmente los Testigos de Jehová (TJ) representan aproximadamente el 0.11% de la población mundial. Esta comunidad presenta un desafío significativo en el ámbito de la cardiocirugía debido a su negativa a aceptar transfusiones de hemoderivados. La alta probabilidad de hemorragia asociada a los procedimientos quirúrgicos cardíacos exacerba este desafío, requiriendo una planificación meticulosa y técnicas innovadoras para minimizar la pérdida de sangre y manejar adecuadamente a estos pacientes en el perioperatorio. La mortalidad ha sido uno de los puntos más importantes relacionados con la cirugía cardiovascular en estos pacientes, subrayando la necesidad de enfoques quirúrgicos y postoperatorios especializados para mejorar los resultados clínicos en esta población.

Objetivos: Describir la población testigo de jehová que fue intervenida en nuestro servicio de cardiocirugía y la evolución postoperatoria

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las Historias Clínicas de todos los pacientes TJ operados en el Servicio de Cirugía Cardíaca. Se analizaron factores riesgo (FR) clínico-quirúrgicos preoperatorios y postoperatorios para poder describir la evolución de esta población.

Resultados: Entre enero de 2004 y diciembre de 2023 se operaron de cirugía cardíaca a 49 pacientes TJ: 29 mujeres (63%) y 18 hombres (37%), con una edad promedio de 60 ± 12 años (mujeres: $62,1 \pm 12$ vs. hombres: $57,2 \pm 12$ años). Presentaban los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial (HTA) 71,4%, dislipidemia (DLP) 71%, sedentarismo (SD) 59%, obesidad 14,3%, sobrepeso 12,2%, diabetes mellitus insulino-requiriente (DBT IR) 36,4%, diabetes mellitus no insulino-requiriente (DBT NIR) 14,3%, y exfumadores (EXTBQ) 24,5%. En el área quirúrgica, se sometieron a las siguientes cirugías: cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en 29 casos (61%), recambio valvular aórtico (RVAo) en 11 casos (22,4%), recambio valvular mitral (RVMi) en 1 caso (2%), cirugías combinadas como RVAo + CRM y RVMi + CRM en 4 casos (4,1%), y otras cirugías en 3 casos (6,1%). En nuestra población, se observó un descenso en el hematocrito

de $41,7 \pm 4,2\%$ a $33,1 \pm 6,6\%$ y en la hemoglobina de $14 \pm 1,4$ g/dl a $10,8 \pm 2,1$ g/dl entre el período prequirúrgico y postquirúrgico. Respecto al sangrado postoperatorio a las 24 horas, se observó un promedio de 228,27 ml y un sangrado total de 371 ml, no hubo diferencia significativa en el sangrado en comparación con las diferentes cirugías. Respecto a la mortalidad general, se estimó en un 4,1%. La mortalidad para RVAo fue del 8%, para las cirugías combinadas del 25%, y fue nula para CRM, RVMi y resección de tumoración cardíaca.

Conclusiones: Los pacientes TJ que fueron intervenidos presentaban factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia, siendo la obesidad y el sobrepeso también frecuentes. Mas del 50% de los pacientes eran diabeticos. Existió una predominancia del sexo femenino sobre el masculino, y las mujeres eran ligeramente mayores que los hombres. Se observó una reducción significativa en los niveles de hematocrito y hemoglobina después de la cirugía. La cirugía predominante fue la de revascularización miocárdica (CRM), seguida del recambio valvular aórtico (RVAo). La mortalidad general fue del 4,1%, siendo nula para las cirugías de revascularización miocárdica, recambio valvular mitral y resección de tumoración cardíaca.

Categoría	Valor
Pacientes Operados	49
Sexo	
- Mujeres	29 (59%)
- Hombres	19 (37%)
Edad Promedio	83 ± 12 años
- Mujeres	82,7 ± 12 años
- Hombres	87,2 ± 12 años
Factores de Riesgo	
- Hipertensión Arterial (HTA)	71,4%
- Dislipidemia (DLP)	71%
- Síndrome de Diabetes (SD)	59%
- Obesidad	14,3%
- Sobrepeso	12,2%
- Diabetes Mellitus Insulino-requiriente (DM IR)	38,4%
- Diabetes Mellitus No Insulino-requiriente (DM NRI)	14,3%
- Efumadores (EXFIBQ)	24,5%
Hematocrito	
- Prequirúrgico	41,7 ± 4,2 %
- Postquirúrgico	33,1 ± 6,6 %
Hemoglobina	
- Prequirúrgico	14 ± 1,4 g/dl
- Postquirúrgico	10,8 ± 2,1 g/dl
Sangrado Postoperatorio	
- A las 24 horas	228,27 ml
- Total	371 ml
Tipos de Cirugía	
- Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM)	28 (57%)
- Recambio Valvular Aórtico (RVAo)	11 (22,4%)
- Recambio Valvular Mitral (RVMi)	1 (2%)
- Cirugías Combinadas (RVAo + CRM y RVMi + CRM)	2 (4,1%)
- Otras Cirugías	3 (6,1%)
Mortalidad	
- General	4,1%
- EVAo	8%
- Cirugías Combinadas	25%
- CRM, RVMi, Resección de Tumoración Cardíaca	0%

0458. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACION DE CRIOABLACION FOCAL EN PACIENTES PEDIATRICOS EN LA ARGENTINA

Arritmias y Electrofisiología / Investigación Básica

Fanny FRITZ | Jose MOLTEDO | Mauricio ABELLO | David Gabriel DOINY | Estela FALCONI

Actividad Clínica Privada

Introducción: La crioablación focal es una alternativa eficaz y segura en la ablación de sustratos arrítmicos de elevado riesgo de bloqueo auricular ventricular (BAV). Existen pocos reportes sobre las características y los resultados de la crioablación focal en pacientes pediátricos en Argentina.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes, los sustratos arrítmicos, la tasa de eficacia y de complicaciones de la crioablación focal en un grupo de electrofisiología.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte de los procedimientos de crioablación focal realizados entre mayo de 2017 y marzo de 2024. Se incluyeron 56 pacientes, menores de 18 años, y se analizaron los datos clínicos de los pacientes, los sustratos arrítmicos, los datos del estudio electrofisiológico y la ablación; incluyendo la tasa de eficacia aguda y de complicaciones. Se utilizaron catéteres de crioablación Freezor R (Medtronic) de 6 y 4 mm.

Resultados: Se analizaron un total de 56 procedimientos. Un 66% de los pacientes fueron varones, con una edad media de 12,6 años (rango 7 a 16 años). Un 78,6% de los pacientes tenían síndrome de Wolff-Parkinson-White, un 7% vías accesorias ocultas y un 9% taquicardia por reentrada nodal. La localización más frecuente de las vías accesorias fue: anteroseptal derecha 19,6%, parahisiana 17,8% y medioseptal 11%. La crioablación focal fue eficaz en un 92% de los casos, observándose un 5% de BAV completo transitorio. No se reportaron otras complicaciones secundarias al procedimiento.

Conclusiones: La crioablación focal demostró eficaz y segura para sustratos con localización anatómica de mayor riesgo de BAV. No se registraron casos de bloqueo auricular ventricular definitivo.

0459. ACORTAMIENTO LONGITUDINAL DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: MODO M VERSUS STRAIN GLOBAL LONGITUDINAL POR SPECKLE TRACKING

Multimagén

German Job SOUTO | Hugo Alberto MOSTO | Miguel AMOR | Manuel LAGO | Maria Victoria CARVELLI | Blanca Luciana DEL NEGRO | Justo CARBAJALES
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El acortamiento longitudinal es una variable que analiza la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) y consiste en un cambio longitudinal relativo de la pared ventricular durante la sístole. Si bien suele ser evaluada actualmente por técnicas avanzadas como el strain global longitudinal (SGL) por speckle tracking; el modo M puede aproximarse a esta evaluación con el MAPSE y el modo M curvado (MMC); existiendo evidencia científica de que MAPSE y SGL presentan una variabilidad biológica similar en población considerada normal.

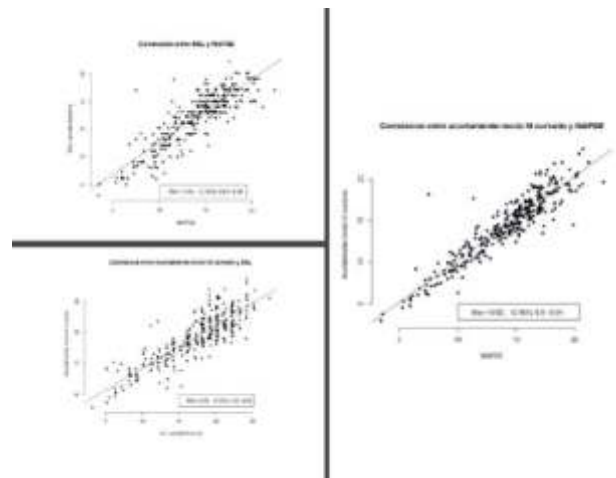
Objetivos: Determinar la correlación y concordancia entre el MAPSE y MMC con el SGL por speckle tracking en la valoración del acortamiento longitudinal del VI en una población heterogénea.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se incluyó una población de 315 pacientes (P) con adecuada ventana ultrasonográfica de los cuales un 60,95% (192) eran de sexo masculino. La media de edad fue de 54 años. El 49,8% (157) de los eran considerados normales, un 18,1% (57) se encontraban bajo tratamiento con quimioterápicos, 17,14% (54) presentaban enfermedad coronaria, 7,3% (23) miocardiopatía dilatada, 2,2% (7) miocardiopatía hipertrófica, 1,9% (6) infartos apicales, 1,9% (6) miocardiopatía restrictiva y 1,59% (5) eran chagásicos. Los ecocardiogramas fueron realizados por 2 operadores expertos, con un equipo General Electric VIVID S70N. Los parámetros valorados fueron: Acortamiento por MAPSE: promedio del MAPSE lateral y el septal, indexado a la longitud telediastólica del VI. Acortamiento por MMC: estimado en 4 cámaras apical, calculado como la sustracción entre la longitud diastólica y sistólica del VI dividido por la longitud telediastólica. SGL con la técnica de speckle tracking en las tres ventanas apicales. Se estimó la fracción de eyección (FEy) por el método de Simpson biplano. La correlación entre métodos se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Pearson y su intervalo de confianza del 95%. Según los valores de cada parámetro, se clasificó a cada sujeto como anormal considerando los siguientes puntos de corte: MAPSE < 14,5%, SGL por speckle tracking < 17%, FEy < 53% y dado que no existen valores establecidos para el acortamiento con MMC, se evaluaron los valores normativos en el grupo de sujetos normales. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% de los percentiles 2.5 y 97.5 mediante el método de bootstrapping.

Resultados: La correlación entre SGL y MAPSE muestra un coeficiente de 0.86 con un IC 95% de 0.83-0.89. La correlación entre MMC y SGL evidencia un coeficiente de 0.85 con un IC 95% de 0.82-0.88, mientras que la correlación entre MMC y MAPSE es de 0.92 con un IC 95% de 0.9-0.94. En todo el grupo de estudio, se observó una proporción de resultados anormales de 0.48 por MAPSE y de 0.41 por SGL, lo que se correspondió con una tasa de fallas de coincidencia de 0.13 y una tasa de coincidencia de 0.87.

Conclusiones: El acortamiento longitudinal del ventrículo izquierdo puede ser evaluado por modo M y por SGL por speckle tracking con una adecuada correlación entre los métodos, en una población heterogénea. La correlación entre los métodos utilizados por modo M es alta, lo que indicaría que ambos pueden ser utilizados para evaluar el acortamiento longitudinal. La concordancia entre los métodos es muy buena, evidenciando en nuestro trabajo que en el 87% de los casos, los métodos coincidieron en clasificar adecuadamente a los pacientes.

CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES	N: 315 MEDIA (DE)
Edad (Años)	54 (15,4)
	Numero (%)
Sexo Masculino	192 (60,95)
Sexo Femenino	123 (39,05)
Diagnostico	
-Normales	157 (49,8)
-Cardiotoxicidad por quimioterapia	57 (18,10)
-Enfermedad coronaria	54 (17,4)
-Miocardiopatía dilatada	23 (7,30)
-Miocardiopatía hipertrofica	7 (2,22)
-Infartos apicales	6 (1,9)
-Miocardiopatía restrictiva	6 (1,9)
-Chagas	5 (1,59)
MEDIDAS EN POBLACION NORMAL	N: 157 MEDIA (DE)
Acortamiento por MAPSE	16,25 (2,11)
Acortamiento por modo M curvado	16,8 (2,36)
SGL por speckle tracking	20,38 (2,11)
Fraccion de eyección por Simpson 's	63,63 (5,56)



0462. ESTADO DE SALUD Y PERCEPCION DE ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES

Prevencción Cardiovascular y promoción de la salud

Ignacio Miguel BRUSCO | Meribeth SÁNCHEZ | Roxana Edith PALACIO | Analía Noemi ROBILOTTE | Juliana POCHELLI | Carlos Alberto de Jesús ESTRADA FRANCO | Jorge Enrique TRONGÉ | Fernando José SOKN
Clínica IMA Adrogé

Introducción: La evaluación del estado de salud física y emocional en grupos poblacionales es compleja. En el mundo se han realizado encuestas validadas a fin de comparar la salud física y emocional en distintas poblaciones para poder evaluar con un común denominador. En este sentido la encuesta de salud "SF12" Se ha utilizado ampliamente en Europa América y en distintos grupos étnicos. (Figura 1)

	SANOS FIS N/N	SANOS EMOC N/N	SANOS F/EM N/N	ENF FIS N/N	ENF EMOC N/N	ENF F/EM N/N
H/C	205 / 22.4	287 / 36.9	150 / 24.5	38 / 6.2	27 / 4.4	10 / 1.6
MUJERES	150 / 77	213 / 74.2	130 / 73.5	32 / 24.2	21 / 77.8	10 / 100
TRABAJAN	84 / 21.2	80 / 28.9	44 / 29.0	4 / 10.5	2 / 7.4	0 / 0
PERCEPCION DE SALUD (I/M/E)	102 / 43.7	111 / 38.7	77 / 51.3	10 / 26.1	(M/E)	(E)
CONTROL DE SALUD	141 / 66.78	154 / 57.6	102 / 58	31 / 81.8	14 / 53.8	6 / 60
H/A	33 / 16.3	43 / 15	28 / 17	17 / 81.5	11 / 40.7	4 / 40
DIP	30 / 14.6	35 / 12.2	28 / 17	10 / 20.3	9 / 33.3	3 / 30
IMP	16 / 7.8	25 / 8.7	11 / 6.9	6 / 15.8	2 / 7.4	0 / 0
MIN CONCIEN	4 / 7.5	11 / 3.8	4 / 2.3	1 / 2.5	1 / 3.7	0 / 0
TRC	31 / 15.1	45 / 15.7	23 / 15.3	8 / 18.8	8 / 29.6	1 / 10
SEDENTARIOS	18 / 10	39 / 32.4	33 / 30.7	24 / 61.2	17 / 61	8 / 80
ACV	18 / 9.7	35 / 12.2	13 / 8	9 / 19.8	3 / 11.5	1 / 10

Edad Sexo M F 3 últimos números del DNI

¿Tiene actividad laboral? Sí No
Máximo nivel educativo alcanzado: Primario Secundario Terciario Ninguno

En general, usted diría que su salud es:
Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a las bochas o caminar más de una hora?
No, no me limita nada Sí, me limita poco Sí, me limita mucho

Su salud actual, ¿le limita para subir al menos 3 pisos por la escalera?
No, no me limita nada Sí, me limita poco Sí, me limita mucho

Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? No Sí

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? No Sí

Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? No Sí

Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? No Sí

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
Nada Un poco Regular Bastante Mucho

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
Siempre Casi siempre Algunas veces Muchas veces Solo alguna vez Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
Siempre Casi siempre Algunas veces Muchas veces Solo alguna vez Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
Nunca Solo alguna vez Muchas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (cómo visitar amigos o familia)?
Nunca Solo alguna vez Muchas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

¿Midió su presión en el último año? Sí No Si la Respuesta anterior es sí, ¿Le dio alta? Sí No

¿Midió su colesterol el último año? Sí No Si la Respuesta anterior es sí, ¿Le dio alta? Sí No

¿Midió su glucemia el último año? Sí No Si la Respuesta anterior es sí, ¿Le dio alta? Sí No

¿Fuma o Fumó el último año? Sí No

¿Hace actividad física o bailar durante al menos dos horas y media por semana? Sí No

Sufrió infarto, Accidente cerebro vascular u otras enfermedades arteriales. Sí No

Objetivos: Evaluar el estado de salud de los adultos mayores de nuestro medio Valorar carga de factores de riesgo y antecedentes CV en esta población Evaluar salud objetiva vs percepción de salud física y emocional en adultos mayores.

Materiales y Métodos: Hemos realizado la encuesta de salud SF12 además de carga de factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares en población adulto mayor del tercer cinturón del Conurbano bonaerense. Empleamos dicha encuesta de manera cerrada, presencial y autoadministrada a adultos mayores que concurren a centros de jubilados del tercer cinturón del conurbano bonaerense. Se evaluó percepción de salud física y mental; capacidad física para realizar actividades diarias. Presencia de dolor crónico; limitación anímica para realizar actividades diarias. Se encuestó acerca de FRCV, actividad laboral, máximo nivel educativo alcanzado y antecedentes de enfermedad cardiovascular y cerebral

Resultados: Respondieron 612 personas sobre un universo de 645 individuos encuestados. La edad media es de 71 años, 477 (78%) mujeres; 159 (26%) refieren mantenerse activos laboralmente. Con respecto al nivel educativo, 320 AM completaron la primaria y 180 la secundaria (Tabla 1) (Tabla 1) Hemos clasificado a nuestra población en dos grandes grupos. Sanos estrictos entendidos como física y emocionalmente sanos (N 150) que corresponde al 24% de los AM encuestados Y, por oposición, Enfermos estrictos, compuestos por las personas físicas y emocionalmente enfermas

(N 10). En los AM objetivamente sanos se perciben de tal forma solo en un 50% , mientras que 1 de cada 4 objetivamente enfermos se refieren con optima salud. En términos de Control de FRCV, El 95% de la población controla su presión 477 controlaron sus valores de colesterol. El 70% controló su glucemia en el último año. Se observó un 21% de hipertensión (N100), un 24% (N115) presentó de dislipemia , 15% de incidencia de diabetes. Encontramos 80 tabaquistas activos. Con respecto al sedentarismo se observa una tasa del 60% en quienes se describen como objetivamente enfermos físicos y emocionales pese a concurrir a actividades sociales recreativas. La tasa autoreportada de eventos CV es baja y similar a la de la población general (8%)

Conclusiones: En la mayor parte de la población encuestada se documenta buena salud física y emocional objetiva; sin embargo, la percepción de salud física o emocional (subjetiva) es menor de 50%. De nuestro universo, hemos notado un porcentaje bajo de sedentarios en centros recreativos. La inmensa mayoría realiza controles de salud, siendo la prevalencia de factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares referidos, los habituales para este grupo etario. El cuestionario SF12 aplicado en Argentina parece correlacionar adecuadamente con los resultados obtenidos en otras poblaciones y regiones.

0463. RELACIÓN ENTRE GROSOR TEJIDO ADIPOSO EPICÁRDICO Y SCORE DE CALCIO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD CORONARIA

Cardiopatía Isquémica / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

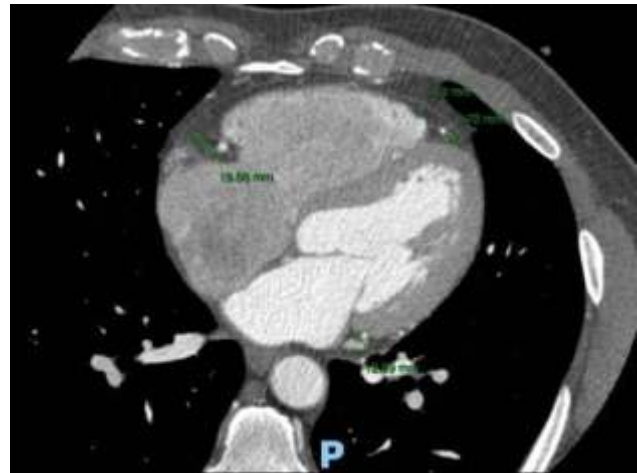
Cristóbal ALBRISI | Camila MOREYRA | Ricardo Sadashi MISHIMA

Sanatorio Allende

Introducción: El tejido adiposo epicárdico (TAE) es un depósito de tejido graso ubicado entre la hoja visceral del pericardio y el músculo cardíaco. Su interés radica en su estrecha proximidad con el tejido miocárdico y su transcriptoma, que hace del TAE un tejido capaz de producir moléculas proinflamatorias o profibróticas. Estudios sugieren una relación entre el aumento del TAE con la presencia de aterosclerosis coronaria. La mayoría de los estudios midieron el volumen de TAE utilizando angiotomografía computada coronaria (angio TCC) y software dedicado que no se encuentra disponible en muchos centros de salud. La medición del grosor de TAE surge como una opción más accesible para su estudio.

Objetivos: 1. Evaluar la asociación entre el grosor del TAE medido mediante angio TCC con la presencia de EC total medida mediante score de calcio (SC). 2. Evaluar la asociación entre el grosor de TAE medido mediante angio TCC y la presencia de EC en cada arteria en forma individual: tronco de coronaria izquierda, circunfleja, coronaria derecha y descendente anterior; medida mediante SC.

Materiales y Métodos: Desde Enero a Octubre del 2023, se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo donde se evaluó a pacientes que se realizaron una angiotomografía coronaria con score de calcio por sospecha de enfermedad aterosclerótica en ambas sedes del Sanatorio Allende. Se definió como TAE al tejido adiposo localizado entre la superficie del miocardio y el pericardio visceral. Las mediciones de TAE se hicieron en cortes axiales con vista de 4 cámaras a nivel de la válvula mitral. Se midieron 4 segmentos incluyendo el ápex del ventrículo izquierdo, ápex del ventrículo derecho y las ranuras atrioventriculares derecha e izquierda (área pericoronarias). Se analizó la relación entre SC y la suma de las mediciones de todos los segmentos (TAE total), y con las mediciones de cada segmento en forma individual. De los pacientes incluidos, se recabó información sobre la historia clínica acerca de sus factores de riesgo tradicionales y antecedentes cardiovasculares.



	Score de Calcio (+) n=49	Score de Calcio (-) n=52	Valor p
Características clínicas			
Edad (años, ± DS)	62 ± 10	51 ± 11	<0.001
Sexo femenino (n, %)	16 (33%)	21 (40%)	0.05
Hipertensión (n, %)	29 (59%)	19 (37%)	<0.001
Tabaquismo (n, %)	7 (14%)	7 (13%)	1
Dialpemia (n, %)	28 (57%)	22 (42%)	0.05
AHF (n, %)	13 (27%)	13 (25%)	0.75
DBT (n, %)	9 (18%)	3 (5%)	0.15
Tejido adiposo epicárdico			
Apex VD (mm, ± DS)	4.5 (± 2)	4.2 (1.3)	0.65
Apex VI (mm, ± DS)	4.1 (± 1.6)	3.6 (± 1.3)	0.65
Ranura AV derecha (mm, ± DS)	15 (± 3.2)	14.2 (± 3.2)	0.13
Ranura AV izquierda (mm, ± DS)	12.2 (± 2.4)	10.8 (± 2.2)	<0.001
TAE total (mm, ± DS)	35 (± 6.8)	32 (± 6.3)	0.02

Resultados: Entre enero y octubre de 2023 se evaluaron 110 Angio TAC entre ambas sedes del Sanatorio Allende. Después de excluir a 9 pacientes, se incluyeron 101 pacientes en el análisis final. La edad media fue 56 ± 12 años y el 63% fueron de sexo masculino. Se confirmó la presencia de placas coronarias en 48% (n=49) de los pacientes y el 52% tenían un score de calcio de 0. En el grupo con SC positivo los pacientes eran más añosos (62 ± 10 vs. 51 ± 11, p<0.001) y más hipertensos (59% vs 37%, p<0.001). En el grupo de pacientes con score de calcio 0, el promedio de grosor de TAE total fue 32 mm comparado a 35 mm en el grupo de score de calcio positivo (p=0.02). En la evaluación de las mediciones de TAE en los 4 segmentos en forma individual, se encontró que en el grupo de SC positivo el grosor fue significativamente mayor en el segmento de ranura auriculoventricular del ventrículo izquierdo (12.2 ± 2.4 vs. 0.8 ± 2.2, p<0.001). El grosor de TAE total demostró moderada exactitud para identificar enfermedad coronaria total, así como para enfermedad coronaria en cada arteria en forma individual.

Conclusiones: Los resultados del presente trabajo demuestran que en el grupo de pacientes con score de calcio positivo el promedio de grosor TAE fue estadísticamente mayor comparado con el grupo sin placas coronarias y que en el mismo grupo el grosor medido a nivel de la ranura auriculoventricular del ventrículo izquierdo fue significativamente mayor. El grosor de TAE total demostró moderada exactitud para identificar enfermedad coronaria total, así como para enfermedad coronaria en cada arteria en forma individual.

0464. ANTÍGENO DE CARBOHIDRATO 125 (CA 125), BIOMARCADOR RELACIONADO A DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO?

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Arienne BEDOR | Paola MOREJON BARRAGAN | Solange MEDINA | Guillermo GRANIZO | Angelica ZÁRATE ZAPATA | Cesar ARREAGA

Clinica Guayaquil

Introducción: La evidencia respalda el uso del antígeno de carbohidrato 125 (CA 125) en enfermedades cardiovasculares, principalmente en Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA), específicamente cuando hay compromiso del ventrículo derecho (VD) como marcador de congestión, así como estratificación de riesgo y pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Objetivos: Identificar la asociación efectos adversos combinados (mortalidad dentro de 30 días, re-hospitalización y hospitalización por más de 7 días) con la alteración del Ca 125 o la excursión sistólica plana del anillo tricúspideo (TAPSE), los dos relacionados con la funcionalidad del ventrículo derecho.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un único centro de Ecuador, se incluyeron 276 pacientes con ICA, desde enero a diciembre 2022.

Resultados: De un total de 276 pacientes incluidos, el 25% fueron mujeres. La edad media fue de 62 ± 12.3 años. La principal etiología de insuficiencia cardíaca fue la isquémica con el 58.4% (161) de pacientes. Las variables relacionadas a la función del ventrículo derecho el 32.2% (89) tuvieron TAPSE menor de 17 mm lo cual no estuvo asociado con efectos adversos mortalidad dentro de 30 días, re-hospitalización y hospitalización por más de 7 días) (OR: 1.43; 95% CI: 0.947-1.39; $p=0.17$), sin embargo, CA 125 menor a 35 U/ml estuvo asociado de forma significativa con reducción de efectos adversos combinados en el 60% (OR: 0.4; 95% CI: 0.2-0.68; $p=0.0007$).

Conclusiones: Las variables relacionadas a la función del ventrículo derecho pueden ayudarnos a identificar el pronóstico de nuestros pacientes. En nuestra corte el valor del CA 125 menor al punto de corte reportado en la literatura, fue asociado con menor eventos adversos. El uso de la variable ecocardiográfica como el TAPSE en nuestro estudio no demostró asociación con efectos adversos.

Características de los pacientes	Total n=276
Edad (años)	62 ± 12.3
Hombres	209 (75.7%)
TAPSE (mm) (media y DS)	18.3 ± 3.4
LVEF (%) (media y DS)	40.1 ± 15.3
CA 125 (U/ml) (media y IQR)	40 (12.35-92.78)
NT-proBNP (pg/ml) (media y IQR)	1919 (800-6237)
Etiología de insuficiencia cardíaca	
▪ Isquémica	161 (58.4%)
▪ Valvular	81 (29.3%)
▪ Idiopática	34 (12.3%)
Días de hospitalización (media y IQR)	7 (4-11)
TAPSE < 17mm	89 (32.2%)
CA 125 > 35 U/ml	168 (60.9%)
Resultado final primario	167 (60.5)
Mortalidad en 30 días	
Reingreso hospitalario en 30 días	
Larga estada hospitalaria (> 7 días)	

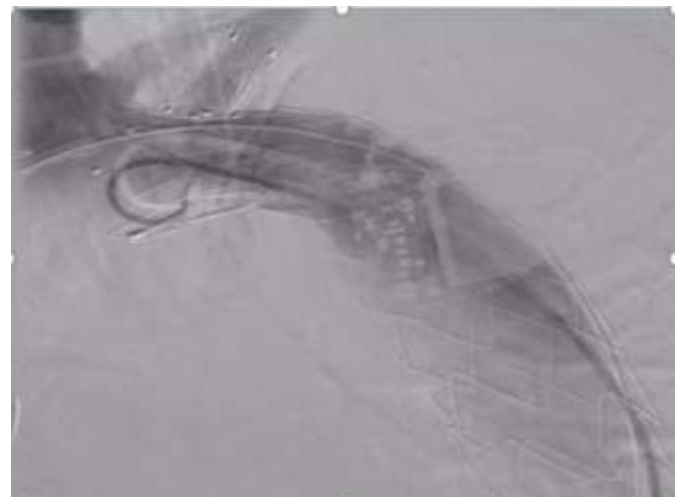
0465. ENDOPRÓTESIS RAMIFICADA CASTOR™ EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO CON COMPROMISO DE ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Franco GIANNASI GUALLART | Horacio MAFFEO

Centro Gallego de Buenos Aires

Introducción: En la actualidad, la intervención preferida para tratar los síndromes aórticos tipo B de Stanford (STBAD) que afecta la arteria subclavia izquierda es la reparación endovascular del aneurisma torácico (TEVAR), que proporciona varios beneficios. Sin embargo, TEVAR presenta limitaciones, como la necesidad de una zona de aterrizaje proximal suficiente, de aproximadamente 1,5 a 2,0 cm. Una falta de zona de aterrizaje proximal adecuada puede llevar a la cobertura involuntaria de la arteria subclavia izquierda con el stent torácico, aumentando el riesgo de accidente cerebrovascular si no se realiza una revascularización previa. Para mitigar este riesgo, se han propuesto diversas técnicas de revascularización, entre las que destaca el diseño unibody por su capacidad para prevenir fugas internas y asegurar una colocación estable del dispositivo en la rama afectada. En este estudio



retrospectivo, se analiza la efectividad de TEVAR con una endoprótesis de una sola rama (Castor) en el tratamiento de STBAD que compromete la arteria subclavia izquierda

Objetivos: En este estudio, examinamos los resultados iniciales ya mediano plazo de la endoprótesis ramificada Castor para tratar el síndrome aórtico tipo B de Stanford (STBAD) que involucra la arteria subclavia izquierda (LSA).

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, donde se incluyeron 4 pacientes con síndrome aórtico agudo que requirieron endoprótesis ramificada Castor™ entre diciembre de 2021 y septiembre de 2022 y se realizó análisis inicial y seguimiento a un año.

Resultados: Análisis inicial periprocedimiento: 100% de éxito en colocación del dispositivo, 0% de ACV y parapleja, permeabilidad de rama y arteria subclavia izquierda del 100%, sin complicaciones de los accesos, sin evidencia de endoleak periprocedimiento por angiografía digital, ningún paciente requirió reintervención durante la internación. 0 muertes durante el procedimiento o posoperatorio. Seguimiento a un año: No se produjeron complicaciones neurológicas ni muertes. La tasa de permeabilidad de la rama y arteria subclavia izquierda fue del 100%. La tasa de Endoleak fue del 0%. 100% de exclusión de la falsa luz. Ningún paciente requirió reintervención en el plazo de un año Sin evidencia de disección retrograda

Conclusiones: La endoprótesis ramificada Castor puede ser una intervención endovascular altamente factible, fácil de usar y eficiente para el tratamiento de síndromes aórticos agudos con compromiso de arteria subclavia izquierda. Sin embargo, son conclusiones preliminares y requieren investigaciones que involucren a una población de pacientes más grande con una duración de seguimiento mas prolongada.

0470. CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN VILLA ELISA-PARAGUAY

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Emma CHAPARRO | María Belén GIMENEZ REYES

Universidad Del Norte

Introducción: La prevalencia de la hipertensión arterial en Paraguay ha seguido siendo alta en los últimos años, a pesar de los programas de control de la enfermedad. Los factores de riesgo de la hipertensión arterial, como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y el consumo de alcohol, también son comunes en Paraguay.

Objetivos: General - Determinar la prevalencia y las características de los pacientes adultos mayores hipertensos que acuden al consultorio del programa de Hipertensión Arterial en Villa Elisa. Específicos - Definir las características sociodemográficas de la población de estudio. - Describir los principales diagnósticos hallados en la población de estudio. - Clasificar a la población de estudio según el índice de masa corporal.

Materiales y Métodos: Diseño observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal Pacientes adultos mayores hipertensos que acudieron a la consulta en el servicio de Hipertensión Arterial den Villa Elisa que cuenten con ficha médica completa Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia Los datos fueron recabados a partir de las fichas médicas electrónicas del Sistema Informático en Salud del servicio de Hipertensión Arterial de Villa Elisa. Los datos recabados fueron organizados en planillas de elaboración propia en Microsoft Excel y posteriormente analizados mediante herramientas de estadística descriptiva en el programa estadístico SPSS. Las variables cuantitativas se expresan con medidas de tendencia central y las cualitativas en forma de frecuencias y porcentaje.

Resultados: Se realizó la revisión de un total de 1971 fichas médicas electrónicas de los pacientes que acuden al consultorio, de los cuáles 926 corresponden a pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial, de estos pacientes con hipertensión arterial, 673 fueron pacientes de 60 y más años que constituye el 73 %, la edad promedio fue de $68,62 \pm 6,84$ años. 72,8% de los participantes correspondía al sexo femenino. Respecto al lugar de residencia, la mayoría provenía del Departamento Central, principalmente de la ciudad de Villa Elisa con 62,7%. El 97,2% residía en área urbana. El principal diagnóstico hallado en la población de estudio fue la Diabetes mellitus en 14,7%. Los demás diagnósticos encontrados fueron categorizados según aparatos y sistemas afectados, entre ellos los más frecuentes fueron los metabólicos como niveles de glucosa alterados, hipotiroidismo e hiperlipidemias; seguidos del control de rutina, neurológicos y respiratorios. El índice de masa corporal en la población de estudio, el 33,3% se encontraba en sobrepeso y el 31,5% presentaba obesidad de grado I

Conclusiones: Las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores hipertensos que acudieron al consultorio del programa de Hipertensión Arterial del Hospital General de Villa Elisa en el año 2022, son en su mayoría mujeres, con una edad media de 68

años, residentes del Departamento Central y de las ciudades de Villa Elisa y Ñemby; el área de residencia fue principalmente urbana. Los principales diagnósticos hallados en la población de estudio fue la Diabetes mellitus, los demás diagnósticos encontrados fueron categorizados según aparatos y sistemas afectados, entre ellos los más frecuentes fueron los metabólicos como niveles de glucosa alterados, hipotiroidismo e hiperlipidemias; seguidos del control de rutina, neurológicos y respiratorios. En cuanto a la clasificación de la población de estudio según el índice de masa corporal, la mayoría con sobrepeso seguido por la obesidad grado I. La caracterización de pacientes adultos mayores hipertensos que acudieron al consultorio del programa de Hipertensión Arterial en Villa Elisa, fueron mujeres, procedentes de area urbana con diabetes mellitus y sobrepeso como patologías concomitantes en mayor frecuencia.

0473. ENFERMEDAD CORONARIA Y SU RELACION CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO EN PACIENTES INGRESADOS POR SINDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

Benjamin CARO | Bibiana María DE LA VEGA | Laura SUAREZ NASSIF

Hospital Centro De Salud Zenón J Santillán

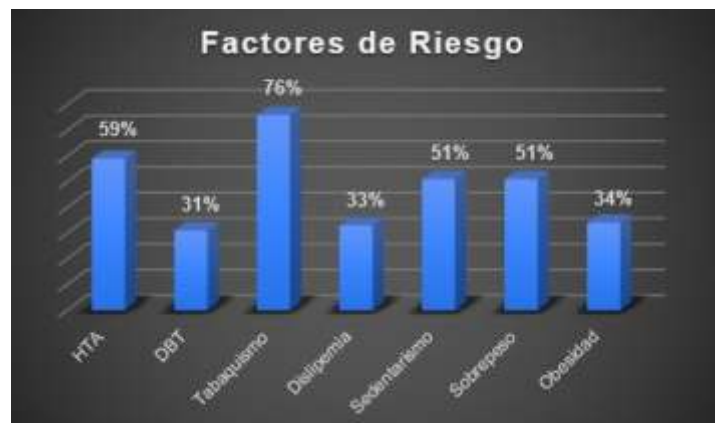
Introducción: La enfermedad coronaria es la causa más común de muerte alrededor del mundo. Hay suficientes datos que validan a los factores de riesgo convencionales en la evolución y resultados de los pacientes. Sin embargo, el rol de los factores socio-económicos es menos estudiado.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es investigar si el ambiente socio-económico de los pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo tiene impacto en la distribución de los factores de riesgo o sobre la severidad y/o resultados de la enfermedad.

Materiales y métodos: estudio observacional, prospectivo. se incluyeron pacientes ingresados a unidad coronaria por síndrome coronario agudo. Se recolectaron datos sobre los factores de riesgo convencionales, nivel educativo, ingresos económicos mediante una encuesta cerrada. Se clasificó la población según sus ingresos económicos en aquellos que percibían menos de un salario mínimo vital y móvil y aquellos que superaban ese ingreso.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 86 pacientes, el 70% de sexo masculino, el promedio de edad fue de 55 años. El 59% tenía HTA, el 31% tenía diabetes, el 76% presentaba historia actual o previa de tabaquismo y el 84% presentaban exceso de peso, y el 34% obesidad. El 25% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. El 61% del a muestra presentaba un ingreso salarial menor a un salario mínimo vital y móvil. Los eventos se presentaron con supradesnivel del ST en el 44% y la mortalidad intrahospitalaria fue del 2,3%. No se encontró asociación significativa respecto a edad, forma de presentación y evolución de la enfermedad coronaria entre los grupos de menor ingreso respecto de los de mayor ingreso económico.

Conclusiones: Si bien no hubo relación significativa entre el nivel socioeconómico y la forma de presentación, severidad y evolución de los pacientes, se observó una prevalencia mayor de tabaquismo, sobrepeso y obesidad en comparación con registros nacionales de síndrome coronario agudo y La Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, como así también un promedio de edad menor. Considerando estos resultados, planteamos que los pacientes con bajo nivel socio-económico se encuentran más expuestos a factores de riesgo tradicionales para enfermedad cardiovascular. Se necesitarían estudios de mayor dimensión para demostrar causalidad.



0474. COMBINACIÓN DE DIFERENTES BIOMARCADORES PARA LA EVALUACIÓN PRONOSTICA DE PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Daniel IGLESIAS | Sol SUSHEK | Mariela Susana LEONARDI | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Alejandro David MANSUR | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La evaluación pronóstica en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER) continúa siendo un desafío. En este contexto, el uso de múltiples biomarcadores ha surgido como una estrategia prometedora, debido a que se basa en la integración de diversos biomarcadores que reflejan diferentes aspectos de la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca. Como es sabido, el Peptido natriurético tipo B (BNP) es uno de los marcadores recomendados por las guías para la evaluación pronóstica. La estrategia de combinar diferentes marcadores podría mejorar la estratificación pronóstica en estos pacientes.

Objetivos: El objetivo es evaluar la estrategia de combinar el marcador inflamatorio interleukina-6 (IL-6), la troponina I ultrasensible (TnI-us) y el BNP como predictora de morbi-mortalidad en el seguimiento de pacientes con ICFER.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo unicéntrico, donde se incluyeron pacientes mayores de 65 años con ICFER que se siguen en forma ambulatoria en el programa de insuficiencia cardíaca de una institución. Se realizó medición basal de BNP, IL-6 y TnI-us. Utilizando el área bajo la curva ROC se establecieron los puntos de corte de cada biomarcador. Se dividió la población en tres grupos: grupo 1: ningún biomarcador elevado (BNP < 442 pg/ml, IL-6 < 7.6 pg/ml y TnI-us < 0.1 pg/ml); grupo 2: uno de los tres marcadores elevados; grupo 3: dos de tres biomarcadores elevados y grupo 4: todos los marcadores elevados. Se consideró el punto final combinado de mortalidad de cualquier causa e internación por insuficiencia cardíaca descopensada (ICD).

	Grupo 1 (ningún marcador) (n=60)	Grupo 2 (solo un marcador) (n=62)	Grupo 3 (dos marcadores) (n=50)	Grupo 4 (tres marcadores) (n=28)	p [chi de tendencia]
Combinado - n(%)	3 (6.2)	5 (8.3)	13 (26)	13 (46.4)	<0.001
Muerte - n(%)	7 (8.7)	18 (16.1)	23 (46)	21 (75)	<0.001

Resultados: Se incluyeron 220 pacientes con una edad de 74 ± 7 años, 27% mujeres y FE de 33 ± 11%. Con una mediana de seguimiento de 430 (rango intercuartilo 320-620) días el punto combinado ocurrió en el 27.7% (n=61) con una mortalidad del 15.5% (n=34). En la tabla se muestran los diferentes grupos y la distribución del punto combinado y la mortalidad global. En el análisis multivariado, el BNP y la IL-6 fueron predictores independientes del punto primario (HR 1.04 (IC95% 1.01-1.09), p<0.001, ABC 0.71 y HR 1.12 (IC95% 1.08-1.23), p = 0.03, ABC 0.73; respectivamente), mientras que la TnI-us fue limítrofe: HR 1.3 (IC 95% 1.00 – 1.67) p=0.05 ABC 0.69. Al ajustar por FEy, función renal, edad y natremia, la combinación de biomarcadores fue predictora independiente del punto combinado con un HR: 2.81 (IC95% 1.32-4.72), p<0.001, presentando un ABC de 0.81; mayor a la del BNP aislado (p=0.03).

Conclusiones: La estrategia de combinar biomarcadores fue predictora independiente del punto combinado con una adecuada capacidad predictiva, superior al BNP aislado. Presentar los tres biomarcadores elevados represento un subgrupo de muy alto riesgo de eventos

0478. FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR POSTOPERATORIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Andrea CRUZ ROMERO | Neyda Daniela CONTRERAS BARRETO | María Belen ROSELL | Beymar FLORES OMONTE | Nicolas MIRAGAYA | Javier DUVAL | Alejandra Inés CHRISTEN | Alejandro TRAININI

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: La fibrilación auricular es la arritmia más común en el postoperatorio de cirugía cardíaca con una incidencia reportada de 10– 30%, asociándose a mayor morbilidad y tiempo de internación, con el consiguiente uso de recursos hospitalarios.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo para la aparición de Fibrilación Auricular Postoperatoria (FAP) y su evolución en pacientes operados de cirugía cardíaca en un Hospital público de tercer nivel de la provincia de Buenos Aires.



Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes operados en el Servicio de Cirugía Cardíaca entre enero 2016 y febrero 2024. Se excluyeron aquellos pacientes que tenían FA previa y se analizaron factores clínico-quirúrgicos preoperatorios como postoperatorios. Se dividió la población con FAP y sin FAP. Se utilizó para analizar dichos datos el paquete estadístico SPSS v25.

DIAS DE INTERNACION:	SIN FA	CON FA
RCV	4,2	7,5
SALA	4,6	6,4
TOTAL	9	13

Resultados: Entre enero 2016 y febrero 2024 fueron operados 1072 pacientes (P), luego de la exclusión de los pacientes con FA previa, quedaron 976 P de los cuales 201 son mujeres (M) (20.6%) y 775 hombres (H) (79.4%), edad 59 ± 11 (M:59, 1 ± 11 vs H:59, 8 ± 11) años. Intercurrieron con FAP 138 P (14.1%). Dentro de los antecedentes prequirúrgicos se observó mayor FAP en pacientes con EPOC (FA 10% vs No FA 3%; $p < 0.0001$), Ex tabaquismo (FAP 49% vs No FAP 34%; $p < 0.005$) y Arteriopatía periférica (FA 14% vs No FA 7%; $p = 0.005$). La cirugía que demostró diferencias estadísticas fue la Cirugía de recambio valvular aórtico (FA 22% vs No FA 13%; $p = 0.001$). Se evidenció mayor incidencia de FAP en pacientes que recibieron transfusiones en sala (FA 38% vs No FA 29%; $p < 0.05$) y en el quirófano (FA 14% vs No FA 8%; $p = 0.01$), al igual que aquellos pacientes que tuvieron requerimiento de drogas inotrópicas durante el postoperatorio (FA 72% vs No FA 61%; $p = 0.01$). Se observó mayor tiempo de internación en aquellos pacientes con FAP en recuperación cardiovascular (FA 7.5 días vs No FA 4.2 días; $p < 0.00001$), sala general (FA 6.4 días vs No FA 4.6 días; $p = 0.002$) e internación total (FA 13 días vs No FA 9 días; $p < 0.0001$). Como complicaciones postoperatorias con mayor incidencia significativa se observaron el ACV (FA 7% vs No Fa 2% $P = 0.002$), las infecciones respiratorias (FA 17% vs No FA 5%; $p < 0.00001$) y el sangrado postoperatorio (FA 13% vs No FA 5%; $p < 0.001$).

Conclusiones: Los pacientes que presentaron FAP después de cirugía cardíaca tenían como factor de riesgo prequirúrgico el ser Ex tabaquistas, EPOC y/o arteriopatía periférica. Las únicas cirugías que resultaron como factor de riesgo para presentar la arritmia eran cirugías de reemplazo valvular aórtico. El tiempo de internación fue mayor en los pacientes con esta arritmia y se evidenció que los pacientes que requirieron más inotrópicos y/o transfusiones presentaron mayor incidencia. Las complicaciones que más se asociaron a la arritmia fueron el ACV, el sangrado postoperatorio y las infecciones respiratorias.

0481. EVALUACION DEL SCORE POAF COMO PREDICTOR DE FIBRILACION AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE REEMPLAZO VALVULAR AORTICO TRANSCATETER

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Arritmias y Electrofisiología

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Sofía Candela CUENCA | Alejandro David MANSUR | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Miguel Oscar PAYASLIAN | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una complicación común después de la cirugía de reemplazo de válvula aórtica transcáteter (TAVI) y está asociada con resultados clínicos adversos. El score POAF fue inicialmente desarrollado para predecir el riesgo de desarrollo de FA en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Es una herramienta de fácil obtención al lado de la cama del paciente y con una buena capacidad predictiva. Su utilidad en el contexto de la TAVI ha sido menos estudiada

Objetivos: Evaluar la utilidad del score POAF para predecir FA en el posoperatorio en pacientes sometidos a TAVI.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes a los que se realizó TAVI por estenosis aórtica severa en un solo centro. Se incluyeron pacientes consecutivos a los que se realizó TAVI, excluyendo a los pacientes con historia previa de FA. Se calculó el score POAF a todos los pacientes utilizando las variables incluidas, a todos los pacientes se les consideró 1 punto por cirugía valvular, por lo que el menor puntaje fue 1. Se realizó seguimiento intrahospitalario y se consideró el punto final de nueva FA durante la internación (FApop). Se realizó análisis multivariado por regresión logística, se confeccionó curva ROC para evaluar la capacidad de discriminación del score y el test de hosmer-lemeshow para evaluar la calibración con nuestra población

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes de 81 ± 5 años, 64% mujeres. El 50% ($n=82$) presentaba POAF > 3 , el 15% ($n=25$) antecedente de EPOC, el 18% ($n=30$) clearance < 15 ml/min y el 10% ($n=16$) presentaba Fey $< 30\%$. Durante la internación el 8.6% ($n=14$) desarrollaron FApop. En el análisis univariado, el área de aurícula izquierda y el POAF score fueron predictores de desarrollo de FApop. Sin embargo, en el multivariado sólo es POAF score fue predictor independiente de FApop (OR: 2.05 (IC95% 1.10-3.82), $p=0.02$). El área bajo la curva ROC fue de 0.67 y se estableció un punto de corte POAF > 4 con un OR 4.01 (IC95% 1.12 - 14.7), $p=0.03$). La calibración según la prueba de hosme-lemeshow fue adecuada ($p=0.72$).

Conclusiones: En nuestra población de TAVI la incidencia de FApop fue menor al 10%. El POAF score fue predictor independiente de FApop con una pobre capacidad de discriminación y una adecuada calibración.

0482. IMPLEMENTACIÓN, EVOLUCIÓN Y RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDÍACA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS | Marilyn Eugenia TORO CARDENAS | Andrea CRUZ ROMERO | Maria Belén ROSELL | Antonella INZAURRALDE | Nicolas MIRAGAYA | Alejandra Inés CHRISTEN | Alejandro TRAININI

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

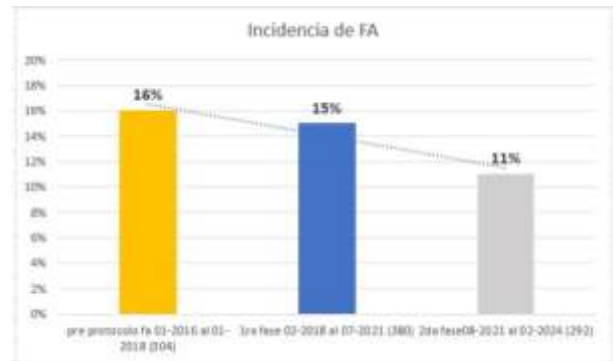
Introducción: La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en el periodo posquirúrgico de la cirugía cardíaca, asociándose frecuentemente con insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y embolismo sistémico, lo cual puede determinar una mayor duración de la estancia hospitalaria y un aumento en la mortalidad. Esto llevó a la implementación de un protocolo de prevención de fibrilación auricular postoperatoria (FAP).

Objetivos: Analizar la implementación, evolución y resultados de un protocolo de prevención de fibrilación auricular postoperatoria en cirugía cardíaca en un hospital público de tercer nivel.

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas consecutivas de los pacientes operados en el servicio de Cirugía Cardíaca entre enero de 2016 y febrero de 2024 para evaluar la implementación de un protocolo farmacológico basado en la implementación de betabloqueantes, amiodarona y estatinas en el periodo postoperatorio.

Resultados: Entre enero de 2016 y febrero de 2024, fueron operados 976 pacientes de cirugía cardíaca, 201 mujeres (20,59%) y 775 hombres (79,40%), con una edad promedio de 59,47 ($\pm 10,89$) años. Presentaron fibrilación auricular postoperatoria (FAP) 138 pacientes (14%). Durante los periodos analizados Pre - PFAP, 1° PFAP y 2° PFAP, se evidenció una disminución de la incidencia de FAP (16% vs. 15% vs. 11%). Se observó una relación entre el uso de inotrópicos durante el intraoperatorio y una mayor incidencia de FAP; sin embargo, una vez instaurada la 2° PFAP, este factor no resultó determinante para la presencia de FAP (CON FAP 81,6%; 94,82% 93,5% vs SIN FAP 62%; 90,68%; 97,30% < 0,05). Se detectó una disminución en el número total de días de internación relacionada con la implementación del 1° PFAP en comparación con el 2° PFAP en pacientes que no presentaron FAP, siendo estadísticamente significativa (1° PFAP 11,7 días vs 2° PFAP 6,26 días, $p < 0,001$). Del total de pacientes con fibrilación auricular, el 31,88 % revirtió al ritmo sinusal, siendo esta reversión mayor durante el periodo de 2° PFAP en comparación con el 1° PFAP (22,41% vs 38,70%). El 75,36% de los pacientes que presentaron FAP fueron dados de alta con anticoagulación oral. Se observó una disminución en el porcentaje de pacientes anticoagulados a lo largo de la implementación de los protocolos (Pre-PFAP 93,87%; 1° PFAP 62,06%; 2° PFAP 70,96%). Al analizar las complicaciones postoperatorias, se demostró una mayor incidencia de FAP en pacientes que presentaron alguna infección; sin embargo, ninguna infección específica resultó estadísticamente significativa y no se encontró relación con la implementación de los protocolos. No se halló una relación estadísticamente significativa entre la FAP y la mortalidad.

Conclusiones: Los resultados de este estudio indican una disminución en la incidencia de FAP a lo largo de la implementación de los protocolos de manejo perioperatorio en cirugía cardíaca. Se observó una relación entre el uso de inotrópicos intraoperatorios y la incidencia de FAP, aunque esta relación no fue determinante una vez instaurado el 2° PFAP. Además, se evidenció una reducción en los días totales de internación asociada con la implementación de estos protocolos. La reversión al ritmo sinusal fue más frecuente durante el periodo de aplicación del 2° PFAP. A pesar de una menor incidencia de FAP en pacientes extubados en quirófano, esta relación no estuvo asociada directamente con la implementación de los protocolos. Las complicaciones postoperatorias, incluyendo infecciones, mostraron una asociación con la presencia de FAP, aunque ninguna infección específica resultó estadísticamente significativa. Aunque no se encontró una relación significativa entre la FAP y la mortalidad.



0483. PREVALENCIA DE ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA Y SU IMPLICANCIA PRONOSTICA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA₁ | Facundo Catriel BURQUET₁ | María GUTHMANN₁ | Daniel IGLESIAS₂ | Mariela Susana LEONARDI₂ | Claudio DIZEO₂ | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN₁

Sanatorio Franchini₁; Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)₂

Objetivos: Evaluar la prevalencia de elevación de transaminasas en pacientes internados por ICA y su valor pronostico de mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva pacientes ingresados por ICA en dos unidades coronarias de alta complejidad. En el registro se incluyen antecedentes, datos clínicos de ingreso, laboratorio, función ventricular y la evolución intrahospitalaria. Se analizaron los valores de TGP y GOT del ingreso, se consideró elevación de transaminasa a una elevación > 2 veces el valor normal de alguna de las dos. Se considero el punto final de mortalidad intrahospitalaria. Para evaluar el impacto pronostico de mortalidad se utilizó un modelo de regresión logística

Resultados: Fueron incluidos 1229 pacientes con una edad de 66 ± 8 años, el 35 % mujeres. El 47 % presentó IC fracción de eyección (FE) reducida ($FE < 40\%$), el 23 % conservada ($FE > 50\%$) y el 30 % levemente deteriorada (FE entre 40 y 49%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 5.1% ($n=63$). EL 15 % ($n=185$) presentó elevación de transaminasas. En la tabla se muestran las características de los grupos con y sin elevación de transaminasas. En el análisis multivariado fueron predictores independientes de mortalidad la elevación de transaminasas (OR 3.4 (IC95% 2.8 – 8.9), $p < 0.01$), el GWTG-HF score (OR 1.34 (IC95% 1.12 – 2.13), $p < 0.01$) y la natremia (OR 0.94 (IC95% 0.90 – 0.98), $p = 0.02$).

	Transaminasa Elevada (n=185)	Transaminasa normal (n=1044)	P
Edad	58 ±11	56 ±14	0.34
TAS (mmHg)	127± 39	135± 62	0.02
FC (lpm)	105 ± 28	98 ±27	0.03
Creatinina (mg/dL)	1.38 ± 0.8	1.36 ± 1.1	0.33
Uremia (mg/dL)	62 ± 35	53± 25	0.04
Natremia (mEq/L)	135 ± 5	137 ± 3	0.01
GWTG-HF score	41 ± 7	38 ± 7	<0.01
Mortalidad - n(%)	21 (11.3)	42 (4.0)	<0.001

Conclusiones: EN nuestra población encontramos un 15% de elevación de transaminasas. Este grupo de pacientes presentó diferencias en los diferentes parámetros clínicos y de laboratorio al ingreso y mayor GWTG-HF score. Sin embargo, la elevación de transaminasas fue predictor independiente de mortalidad, junto con el GWTG-HF score y la Natremia.

0484. PREDICTORES DE REQUERIMIENTO DE MARCAPASOS EN EL POSOPERATORIO DE REEMPLAZO VALVULAR AORTICO TRANSCATETER

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Sergio CANDIA SANTOS | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Miguel Oscar PAYASLIAN | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) es un procedimiento cada vez más utilizado en el tratamiento de la estenosis aórtica severa, tanto en pacientes de alto como de intermedio y bajo riesgo quirúrgico. Entre las principales complicaciones de este procedimiento, una de las más frecuentes es el desarrollo de trastornos de conducción que requieren el implante de un marcapasos definitivo (MPD). Esta complicación puede afectar significativamente el pronóstico y la recuperación del paciente. La evaluación de esta complicación en nuestro medio puede ser de gran utilidad para mejorar los resultados clínicos y la atención de los pacientes.

	Univariado	Multivariado
Uso de Betabloq.	OR 4.1 (IC95% 1.33-9.9), $p < 0.01$	OR 3.97 (IC95% 1.69 -9.32), $p < 0.01$
Bloq Rama Derecha	OR: 6.7 ((IC95% 1.-22.2), $p = 0.01$	OR: 3.9 (IC95% 1.08-16.3), $p = 0.02$
QRS > 120 ms (trast. conduccion)	OR: 2.6 (IC95% 1.1-6.9), $p = 0.03$	OR: 2.1 (IC95% 0.98- 7.1), $p = 0.08$
FA previa	OR 2.5 (IC95% 1.12-5.77), $p = 0.02$	OR: 1.12 (IC95% 0.45-7.15), $p = 0.8$
CCV previa	OR: 1.3 (IC95% 1.04-4.4), $p = 0.04$	OR 1.04 (IC95% 0.76 -4.33), $p = 0.56$

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar la incidencia de requerimiento de MPD en el postoperatorio de TAVI en un centro de alta complejidad y los factores asociados a dicha complicación.

Materiales y Métodos: En un registro prospectivo realizado en una institución de alta complejidad, se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a TAVI por estenosis aórtica severa entre el año 2020 y 2023. Se analizaron los antecedentes, medicación, datos clínicos previos, al ingreso, el procedimiento y la evolución intrahospitalaria. El punto final de requerimiento de MPD durante la internación fue considerado. Para establecer las variables predictoras se realizó análisis multivariado por regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 217 pacientes con una edad de 81 ± 5 años, 61 % mujeres ($n = 128$). El punto final de requerimiento de MPD se observó en el 12.9% de los pacientes ($n = 28$). El grupo que requirió MPD presentó mayor antecedente de uso de betabloqueantes (60% vs 28%, $0 < 0.01$), mayor BRD previo (28% vs 7%, $p < 0.03$), mayor presencia de trastornos de conducción (35% vs 17%, $p = 0.02$),

mayor QRS (99 ± 28 ms vs 88 ± 17 ms, $p=0,02$) y mayor antecedente de FA (43% vs 22%, $p=0,02$) y mayor antecedente de CCV previa (17% vs 10%, $p=0,04$) sin diferencias en el resto de los antecedentes. En la tabla se muestra en análisis univariado y multivariado.

Conclusiones: En nuestro registro la incidencia de requerimiento de MPD fue menor al 15%. En el análisis multivariado el tratamiento previo con betabloqueantes y el BRD fueron predictores independientes del requerimiento de MPD posoperatorio.

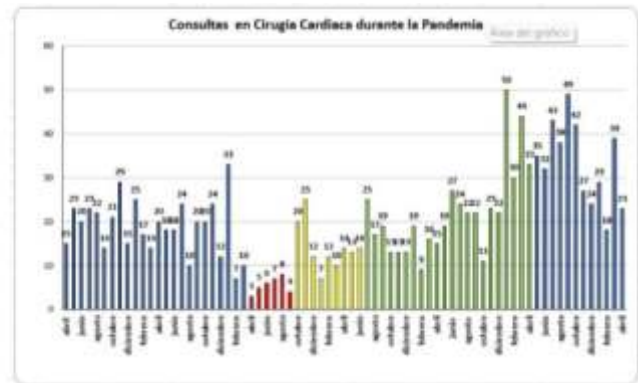
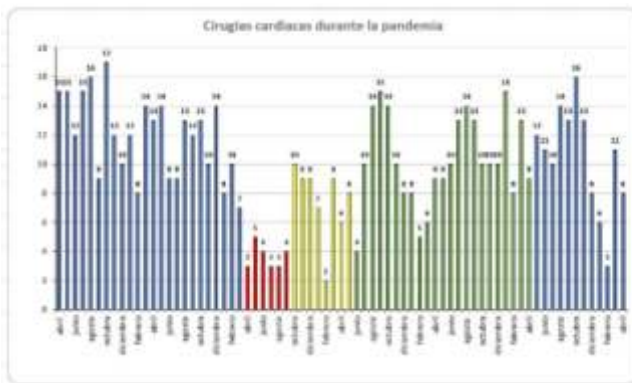
0485. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDÍACA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Beymar FLORES OMONTE | Antonella INZAURRALDE | Andrea CRUZ ROMERO | Marilyn Eugenia TORO CARDENAS | María Belén ROSELL | Nicolás MIRAGAYA | Alejandra Inés CHRISTEN | Alejandro TRAININI

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: En los últimos cuatro años, el impacto causado por la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) ocasionó una adaptación en el funcionamiento en los centros de salud en forma funcional y estructural para dar continuidad con la asistencia sanitaria durante las distintas fases de la pandemia.



Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la pandemia en la atención ambulatoria e intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía Cardíaca de un Hospital público de Tercer Nivel de la provincia de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva las historias clínicas consecutivas de 723 pacientes operados y los registros de consultorio de 1476 pacientes atendidos durante el periodo de Marzo de 2018 a Abril de 2024. Se analizaron las cantidades de consultas y cirugías, los parámetros epidemiológicos y las evoluciones postoperatorias. Para este estudio, se consideraron tres periodos: pre pandemia (PrP), pandemia (PP) y post pandemia (PstP).

Resultados: Durante el periodo de PP, se observó una disminución significativa en el número mensual de consultas (18,9 vs 14,8; $p < 0,05$) y de cirugías (12 vs 8,3; $p < 0,0001$) con respecto a PrP. Se registró un aumento significativo del número de consultas en el periodo PstP en comparación con PrP (33,3 vs 18,9; $p < 0,000005$) y PP (33,3 vs 14,8; $p < 0,00001$). También se observó un aumento significativo de pacientes referidos durante PP desde la Unidad de Cuidados Intensivos previo a la cirugía con respecto a PrP (PrP 3,48% vs PP 9,49%; $p < 0,005$), pero fue menor en comparación con PstP (Pd 9,49% vs PstP 20,81%; $p < 0,001$). Entre los factores de riesgo prequirúrgicos, se encontró una mayor prevalencia significativa de Infarto Agudo de Miocardio en PstP en comparación con PrP (PstP 60,8% vs PrP 56,57%; $p < 0,000005$). Las infecciones totales disminuyeron significativamente en PstP respecto a PP (PstP 9,6 vs Pd 15,33; $p < 0,01$), mientras que las infecciones respiratorias aumentaron durante PP (PrP 8,71 vs PP 9,49; $p < 0,05$). Sin embargo, solo un paciente estuvo asociado a COVID-19.

Conclusiones: En el Servicio de Cirugía Cardíaca, durante la pandemia se observó una disminución en el número de consultas y cirugías, mientras que durante el periodo post pandemia aumentó significativamente el número de consultas en comparación con la prepandemia y la pandemia. Se observó un mayor porcentaje de pacientes derivados desde áreas cerradas durante el post pandemia. Los pacientes operados durante el post pandemia tenían un mayor antecedente de Infarto Agudo de Miocardio. Durante la pandemia, aumentaron las infecciones, principalmente de causa respiratoria, aunque no se relacionaron con COVID-19. Se observó una disminución significativa en el número de infecciones totales durante el post pandemia.

0486. MÁS ALLÁ DEL COLESTEROL LDL: VALOR DEL COLESTEROL NO HDL COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES ATROSCLERÓTICOS EN PACIENTES CON INFARTO

Cardiopatía Isquémica

Ormella PACCE | Joaquin PEREA | Evelyn Anabella FIORI | Candelaria RAMOS | Elena VARGAS | Julia JANCHES QUIÑONES | Brenda Gisela CHUEKE | Ricardo Alfredo VILLARREAL

Sanatorio Güemes

Introducción: En la ECV el control de la dislipemia con la consiguiente reducción del LDL como estandarte ha sido el objetivo principal de las diferentes terapéuticas como prevención secundaria para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE), sin embargo aún existe un riesgo residual no abordado con la terapia hipolipemiente actual por las altas tasas de eventos recurrentes.

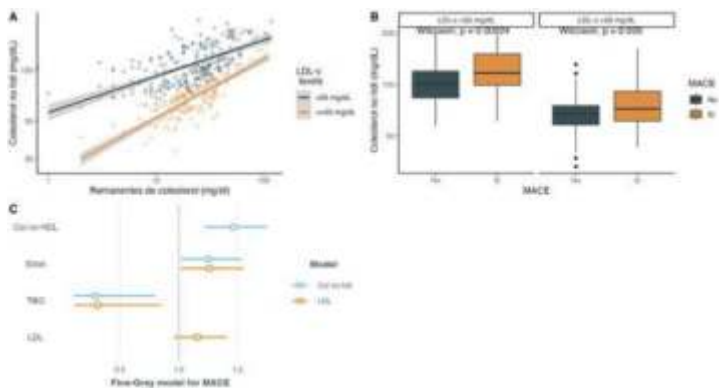
Objetivos: Evaluar el rol del colesterol no HDL y remanentes de colesterol como predictores de reincidencia de eventos cardiovasculares ateroscleróticos en pacientes con infarto con elevación del segmento ST.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico de cohorte retrospectiva. Se analizó una base de datos que incluyó pacientes mayores de 18 años con IAM con elevación del segmento ST con seguimiento a 12 meses desde el evento índice. Se calculó el colesterol no HDL y remanentes del colesterol a partir del lipidograma basal. Al tratarse de paciente de alto riesgo, se definió como LDL objetivo al valor <55mg/dl y remanente de colesterol > 30mg/dl. Se realizó regresión de cox para generar modelos de predicción. Todos los modelos fueron ajustados por edad, género, IMC, HTA, DBT, tabaquismo, remanentes de colesterol, LDL y colesterol no HDL con el objetivo de predecir MACE. Se realizaron curvas de supervivencia a través del estadístico Kaplan y Meier. Se consideró un p valor < 0,05 como estadísticamente significativo.

Resultados: En el estudio se incluyeron un total de 403 pacientes mayores de 18 años con IAM con elevación del segmento ST; el 78.8% correspondía al género masculino y la mediana de edad fue de 64 años (RIC 55,73). De los pacientes incluidos, se analizaron los principales FRCV con una prevalencia de DBT, HTA, dislipemia, y tabaquismo activo en el 16%, 43%, 29% y 12% respectivamente. Se analizó el tratamiento con estatinas durante los primeros 12 meses (± 3 meses) observándose una adherencia al tratamiento del 97.8%. El 23,5% (n=95) de los pacientes desarrollaron MACE durante el seguimiento, principalmente en los primeros tres meses posteriores al evento. Presentaban una mediana de edad superior (67 vs 63 años p=0.009). En relación al lipidograma, los niveles más elevados de colesterol total (138mg/dl vs 121 mg/dl) (p<0.001), triglicéridos (140 mg/dl vs 109 mg/dl) (p<0.001), colesterol no HDL (102 mg/dl vs 84mg/dl) (p<0.001), remanentes de colesterol (29 mg/dl vs 22 mg/dl) (p<0.001) se observó en pacientes que desarrollaron MACE. Sin embargo, no hubo diferencias en cuanto a los niveles de LDL (65mg/dl vs 64 mg/dl). (ver Tabla N° 1) En un análisis estratificado de los pacientes que presentaron MACE a pesar de tener un LDL en objetivo, se comprobó que tenían colesterol no HDL (p= <0.001) y colesterol remanente (p= <0.001) más elevado en comparación a los que no presentaron el endpoint (ver Figura 1 A-B). Se ajustaron dos modelos por regresión de Cox, uno con la variable LDL y otro con la variable no HDL colesterol en donde encontramos que el LDL presentó un HR de 1.15 (0.94, 1.39 IC 95% p= 0.1669) mientras que colesterol no HDL presentó un HR de 1.45 (1.21, 1.73 IC 95% p= <0.001) (ver Figura 1 C). Los modelos ajustados cumplían los supuestos de riesgos proporcionales.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio demuestran que el colesterol no HDL representa mejor el riesgo residual de los pacientes con eventos cardiovasculares, y a su vez, es un mejor predictor de MACE comparado al colesterol no HDL.

	OVERALL	MACE NO	MACE SI	p
n	403	308	95	
sexo = Si (%)	316 (78)	250 (81.7)	66 (69.5)	0.016
edad (median [RIC])	64 [55,73]	63 [54,71]	67.50 [57,77]	0.009
DBT = Si (%)	67 (16.6)	54 (17.5)	13 (13.7)	0.470
TBQ = Si (%)	50 (12.4)	46 (14.9)	4 (4)	0.009
DLP = Si (%)	118 (29)	84 (27)	34 (35.8)	0.143
HTA = Si (%)	175 (43)	127 (41)	48 (50)	0.139
Adherencia estatinas = Si (%)	394 (97.8)	303 (98)	91 (95.8)	0.274
LDL (median [RIC])	64 (50,85)	64 (50,80)	65 (52,94)	0.327
HDL (median [RIC])	36 (30,44)	35 (30,42)	39 (30,48)	0.151
TGL (median [RIC])	114 (84,169)	109 (79,160)	140 (100,196)	< 0.001
Col Total (median [RIC])	124 (103,149)	121 (102,140)	138 (118,177)	< 0.001
Col no HDL (median [RIC])	87 (70,110)	84 (69,105)	102 (75,135)	< 0.001
Remanente Col (median [RIC])	22 (13,33)	20 (14,31)	29 (17,48)	< 0.001
Seguimiento meses (mean (SD))	5.51 (4.80)	6.31 (4.77)	2.88 (3.92)	<0.001



0492. PREVALENCIA DE FERROPENIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Jorge Gabriel CRISTIANI | Bibiana María DE LA VEGA | Ramon Ruben LOPEZ | Santiago Tolentino ORTIZ | Patricio Eduardo David LOBOS

Hospital Centro de Salud "Zenon J. Santillán"

Introducción: El déficit de hierro, con o sin anemia, está siendo reconocido cada vez más como una comorbilidad importante en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Aunque la deficiencia de hierro es fácilmente diagnosticada por medio de dos marcadores (ferritina sérica y saturación de transferrina), es subdiagnosticada en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) y podría afectar hasta el 50% de los mismos.

Objetivos: Identificar la prevalencia de ferropenia en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, internados en servicio de Unidad Coronaria de un hospital público durante el periodo Junio 2023 - Mayo 2024.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, donde se incluyeron 69 pacientes mayores de 16 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada, con valores de Hemoglobina = 15 g/dl, excluyendo a pacientes con enfermedad renal crónica con Clearance de creatinina menor o igual de 30 ml/hr, infecciones activas y/o crónicas, hepatopatía crónica, enfermedad inflamatorias crónicas, colagenopatías, sangrado activo en el último mes y anemias de otra etiología. La anemia se define, según la OMS, como el valor de hemoglobina menor de 12 g/dl en mujeres y menor a 13 g/dl en hombres; Ferropenia como ferritina menor a 100 mcg/L o ferritina entre 100 mcg/L y 299 mcg/L con Saturación de Transferrina Menor a 20%.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 69 pacientes, de los cuales el 61% corresponden al sexo masculino, el promedio de edad fue 54,5 años, con una mediana de 57 años. El 68% eran HTA, el 35,7% DBT y el 21% Tabaquista. El 72,5% presentaba una FEVI <50%. El promedio de Hemoglobina fue de 13,32 g/dl; La prevalencia de pacientes anémicos fue del 49.27%. De la totalidad de los pacientes 43 presentaron ferropenia, de los cuales el 69.76% tuvieron FEVI menor al 50%.

Conclusiones: En este estudio prospectivo, se evidenció una prevalencia significativa de ferropenia en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentaron anemia, y más de dos tercios de ellos también mostraron ferropenia, esto se objetivo predominantemente en hombres y con una FEVI menor al 50%.

0496. DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD. VALOR DE LA CORRECCIÓN DEL VOLUMEN AURICULAR POR ALTURA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Fabian Alejandro AZZARI | Leonardo KRSTICEVIC

Centre Hospitalier Regional de Rimouski

Introducción: La dilatación de la aurícula izquierda (DILAI) es un factor de riesgo de fibrilación auricular, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. Las últimas guías de la ASE/EACVI recomiendan indexar el volumen auricular izquierdo (VOLAI) por superficie corporal (SC) para la precisar el grado de DILAI. Sin embargo, en pacientes con sobrepeso y obesidad, esta relación debe interpretarse con cautela debido a un aumento desproporcionado de la SC.

Objetivos: Evaluar el valor del VOLAI corregido por altura (VOLAIH) para establecer la presencia de DILAI en pacientes con sobrepeso u obesidad. Evaluar las variables que influyen en la DILAI, tanto en hombres como en mujeres, de una población sin cardiopatía estructural significativa.

TABLA 1

	MASCULINO						FEMENINO					
	NoD A	Dil A	p	NoD S	Dil S	p	NoD A	Dil A	p	NoD S	Dil S	p
N	267	243		473	137		391	123		429	85	
%	66.2%	39.8%		77.5%	22.5%		76.1%	23.9%		83.5%	16.5%	
Edad (años)	65.0	67.0	0.008	65.0	68.0	<0.001	65.0	69.0	0.0001	65.0	70.0	<0.001
<50 a	11.0%	3.8%		13.8%	1.0%	<0.001	15.8%	1.9%	<0.001	16.7%	1.0%	0.0001
50-59 a	8.7%	5.7%	ns	11.0%	3.4%	0.007	11.3%	2.3%	0.003	12.3%	1.4%	0.003
60-69 a	21.6%	15.1%	<0.05	28.2%	8.5%	<0.001	23.9%	8.8%	0.0003	26.8%	5.8%	<0.001
70 o más a	18.9%	15.2%	ns	24.6%	9.5%	0.0002	25.1%	10.9%	0.0009	27.6%	8.4%	<0.001
Peso (kg)	81.6	89.8	<0.001	83.9	83.9	ns	66.7	77.1	<0.001	68.9	70.3	ns
Altura (m)	1.75	1.75	ns	1.75	1.75	ns	1.60	1.60	ns	1.60	1.60	<0.05
SC (m ²)	1.97	2.04	<0.001	1.99	2.00	ns	1.72	1.83	<0.001	1.75	1.72	ns
IMC (kg/m ²)	26.6	29.1	<0.001	27.5	28.2	ns	25.8	30.2	<0.001	28.5	27.2	ns
Normal	17.4%	3.8%	<0.001	17.7%	3.4%	<0.001	33.3%	5.1%	<0.001	32.5%	5.8%	<0.001
Sobrepeso	29.5%	18.7%	0.03	36.7%	11.5%	<0.001	25.3%	8.4%	<0.001	26.8%	4.9%	<0.001
Obesidad	9.8%	11.5%	ns	14.9%	6.4%	0.01	11.9%	6.6%	ns	14.8%	3.7%	0.005
Obesidad Sev	3.4%	5.9%	ns	8.2%	1.1%	0.003	5.6%	5.8%	ns	9.3%	2.1%	0.03
VARIABLES ECGCARDIOGRAFIA												
Vol AI (ml)	49.0	70.0	<0.001	52.0	77.0	<0.001	44.0	65.0	<0.001	44.0	66.0	<0.001
Vol AI SC	24.8	34.4	<0.001	26.2	38.5	<0.001	25.0	35.6	<0.001	25.6	37.7	<0.001
Vol AI altura	28.2	40.0	<0.001	29.8	43.8	<0.001	26.9	40.0	<0.001	27.8	42.0	<0.001
Vol AD (ml)	35.0	47.0	<0.001	37.0	49.0	<0.001	27.0	37.5	<0.001	28.0	37.5	<0.001
FEVI (%)	63.0	63.0	ns	63.0	63.0	ns	65.0	65.0	ns	65.0	65.0	ns
Onda E	67.0	72.0	0.0006	68.0	72.5	0.008	75.0	83.5	0.0001	76.0	83.0	0.003
E/A mitral	0.94	1.00	0.01	0.95	1.00	ns	0.95	0.99	ns	0.95	1.00	ns
Onda e' lateral	10	10	ns	10	10	0.02	10	9	0.01	10	9	ns
Onda e' septal	8	8	0.01	8	7.5	0.0006	8	7	0.005	8	7	0.009
E/e' mitral	7.6	8.4	<0.001	7.7	8.7	<0.001	8.3	10.2	<0.001	8.5	10.1	<0.001
Vel IT (m/seg)	2.54	2.64	0.004	2.54	2.69	0.004	2.46	2.64	<0.001	2.47	2.70	<0.001
Vol Latido (ml)	93.0	106.0	<0.001	96.0	107.0	<0.001	82.0	91.0	<0.001	83.0	91.0	0.002

AD=aurícula derecha; AI=aurícula izquierda; Obesidad Sev=obesidad severa; NoD A=AI normal por altura; Dil A=AI dilatada por altura; NoD S=AI normal por SC; Dil S=AI dilatada por SC; Vel IT=velocidad máxima de la insuficiencia tricúspidea; Vol=volumen; Vol Latido=volumen latido aorta.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, entre marzo 2020 y mayo 2024, correspondiente a uno de los autores. Los pacientes fueron referidos por sus médicos para un estudio de ecocardiografía. Se seleccionaron 1124 pacientes de 18 o más años, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\geq 50\%$, sin valvulopatías estenosantes, sin insuficiencia mitral o aortica de grado superior a leve y en ritmo sinusal durante el examen. Los pacientes se clasificaron según su género (MASCULINO – FEMENINO), su grupo etario (<50 , 50-59, 60-69 y ≥ 70 años) y grado de índice de masa corporal (IMC) (NORMAL de 18.5 a <25 , SOBREPESO de 25 a <30 , OBESIDAD de 30 a <35 y OBESIDAD SEVERA a partir de 35 kg/m² de estatura). El VOLAI se evaluó por el método sumatoria de discos en 2 y 4 cámaras apical, y se corrigió tanto por SC (VOLAI SC en ml/m²) como por altura (VOLAI H en ml/m). Las variables continuas se mostraron con su mediana y fueron comparadas por la prueba de Mann-Whitney, mientras que las variables categóricas por la prueba de Chi cuadrado. Las variables se incluyeron en un modelo de regresión logística (MRL) para evaluar su contribución a la DILAI según el VOLAI H.

TABLA 2

	MASCULINO			FEMENINO		
	Coefficiente	p	OR	Coefficiente	p	OR
Edad	0.042	0.004	1.04	0.060	0.0002	1.06
Peso	0.172	<0.0001	1.19	NA		
Superficie corporal	-12.546	0.0001	0.01	NA		
Índice masa corporal	NA			0.111	0.0001	1.11
Volumen aurícula derecha	0.077	<0.0001	1.08	0.086	<0.0001	1.09
FEVI	NA			-0.062	<0.1	0.94
Onda E mitral	-0.058	0.0005	0.94	0.020	0.05	1.02
E/A mitral	1.580	0.0035	4.85	1.233	0.02	3.43
E/a' mitral	0.410	0.0017	1.51	NA		
Onda e' lateral	0.213	0.0151	1.24	NA		
Volumen latido aorta	0.035	0.0003	1.04	0.027	0.02	1.03

Coefficiente=coeficiente de regresión logística; OR=odds ratio o razón de posibilidades; NA=no aplica; FEVI=fracción de eyección ventricular izquierda; IT=insuficiencia tricúspidea.

Resultados: Inicialmente, se obtuvo a partir de la curva ROC el valor de corte del VOLAI H que mejor predecía un VOLAI SC >34 ml/m² en pacientes con IMC NORMAL (área bajo la curva 0.996, sensibilidad 90%, especificidad 98.9%, $p<0.0001$). Así, redefinimos como DILAI al VOLAI H >35 ml/m. En la TABLA 1 se muestran las características antropométricas y ecocardiográficas de los pacientes según se corrigiese el VOLAI por SC o por altura. El uso del VOLAI H incrementó la tasa de pacientes con DILAI (39.8 vs 22.5%, $p<0.0001$ en hombres y 23.9 vs 16.5%, $p=0.003$ en mujeres). Un porcentaje significativo de pacientes con IMC >27.5 (26.4 vs 11.8%, $p<0.0001$ en hombres y 15.0 vs 7.4%, $p<0.0001$ en mujeres) y edad >60 años (29.5 vs 17.5%, $p<0.0001$ en hombres y 18.9 vs 13.9%, $p=0.03$ en mujeres) fueron reclasificados como DILAI. El MRL mostro que las variables que influían en la DILAI fueron diferentes según el género de los pacientes (TABLA 2). Para los hombres el área bajo la curva ROC fue 0.850, 77.4% fueron clasificados correctamente y la p para test de Hosmer-Lemeshow 0.37. Para las mujeres dichos valores fueron de 0.844, 79.5% y 0.96 respectivamente.

Conclusiones: En esta población, el VOLAI SC subestimó la presencia de DILAI en pacientes con sobrepeso u obesidad. El VOLAI H permitió establecer la presencia de DILAI, en un porcentaje significativo de dichos pacientes. Las variables que contribuían a la ocurrencia de DILAI fueron diferentes según el género de los pacientes.

0498. PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN MICROVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES SEGÚN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

María Del Rosario RODRÍGUEZ | María Victoria CARVELLI | Fiorella Sofia CHICOTE | Alejandro MERETTA | Hugo Daniel SANABRIA

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La disfunción microvascular coronaria (DMC) es una complicación precoz en los pacientes con diabetes (DM) que se asocia a un mayor riesgo cardiovascular (RCV). Sin embargo, la prevalencia de esta complicación de acuerdo al riesgo cardiovascular basal no es del todo conocida.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de DMC en una población de pacientes con DM sin eventos cardiovasculares previos de acuerdo a las diferentes categorías de riesgo obtenidas a través del score de riesgo cardiovascular PREVENT.

Materiales y Métodos: Se analizó retrospectivamente una población de pacientes con DM, asintomáticos, sin eventos cardiovasculares previos y sin defectos de perfusión en GATED-SPECT Tc 99-MIBI con dipiridamol, en quienes se evaluó la presencia de DMC mediante la relación flujo pico post dipiridamol/flujo en reposo con el

Cuadro 1. Características de población total

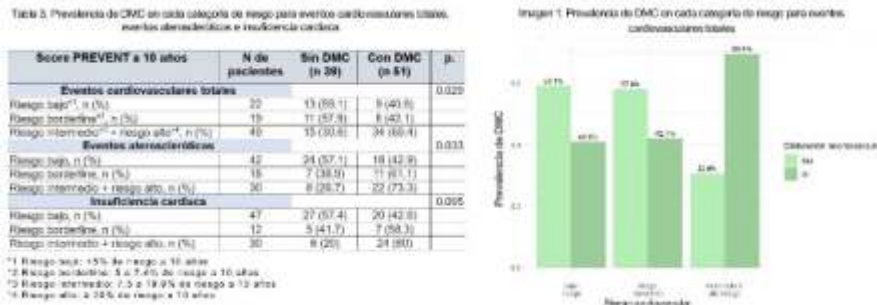
Variables	Población total (n 90)
Sexo masculino, n (%)	57 (63.3)
Edad en años - media (DE)	55.86 (12.71)
SBP ≥ 132 , n (%)	51 (56.7)
DM tipo 2, n (%)	57 (63.3)
Tiempo DM en años - mediana (RQ)	10.50 (5.00, 20.00)
HTA, n (%)	49 (54.4)
DMF, n (%)	81 (90.0)
Tabaquismo y ex tabaquismo, n (%)	34 (37.8)
ESC, n (%)	14 (15.6)
Complicaciones microvasculares, n (%)	39 (43.3)
SBP ≥ 132 en % - media (DE)	7.36 (1.26)
Clasificación riesgo cardiovascular - media (DE)	78.79 (21.64)

Cuadro 2. Características de pacientes sin y con DMC

Variables	Sin DMC (n 39)	Con DMC (n 51)	p
Sexo masculino, n (%)	25 (64.1)	27 (52.9)	0.207
Edad en años - media (DE)	53.94 (12.95)	58.41 (11.85)	0.003
DM tipo 2, n (%)	21 (53.8)	36 (70.6)	0.108
Tiempo DM en años - mediana (RQ)	12.00 (5.00, 18.75)	10.30 (5.00, 20.00)	0.084
Hipertensión, n (%)	17 (43.6)	32 (62.7)	0.111
Diabetes, n (%)	32 (82.1)	39 (76.5)	0.373
Ex tabaquismo, n (%)	6 (15.4)	22 (43.1)	0.019
Clasificación riesgo cardiovascular - media (DE)	85.76 (20.03)	75.37 (21.47)	0.006
SBP ≥ 132 en % - media (DE)	7.47 (1.40)	7.32 (1.25)	0.749
SBP ≥ 132 en % - media (DE)	54.70 (28.20)	17.51 (34.10)	0.046

*Escala de riesgo cardiovascular (ESC): clasificación de riesgo cardiovascular según la presencia de función alterada normalizada ≥ 20 mg/g.
 **SBP ≥ 132 : clasificación de riesgo cardiovascular según la presencia de hipertensión, refuerzo 1: riesgo cardiovascular.
 ***SBP ≥ 132 : relación altura normalizada ≥ 1.26 .

software 4DM® y SPECT con detectores Cadmio Zinc Telurio (CZT-SPECT). Se calculó la reserva de flujo miocárdico (RFM), y se definió como DMC a un RFM ≤ 2.2 . A su vez, a partir de variables clínicas y de laboratorio, se calculó el score de riesgo cardiovascular PREVENT, un predictor a 10 años para eventos cardiovasculares ateroscleróticos (EVCA), para el desarrollo de insuficiencia cardíaca (IC) o para ambos eventos (definidos como eventos cardiovasculares totales - EVC). Se categorizaron cada uno de estos eventos en bajo (<5%), borderline (5 a 7.4%), intermedio (7.5 a 19.9%) y alto ($\geq 20\%$) riesgo. Luego se analizó la relación entre los resultados del score y la presencia o ausencia de DMC.



Resultados: Se incluyeron 90 pacientes con DM, de los cuales el 57% eran de sexo masculino, con una media de edad de 55 ± 12.7 años. Presentaron una mediana de 10 años [5.00, 20.00] de evolución de DM, el 63.3% tenían DM tipo 2, con una HbA1c de $7.36\% \pm 1.28$ y una prevalencia del 32.2% de complicaciones microvasculares (ver tabla 1). El 56.7% tenían DMC, los cuales eran de mayor edad (58.4 vs 50.6 años, p. 0.003), con una mayor prevalencia de ex tabaquismo (43.1 vs 15.4%, p. 0.010) y un menor clearance de creatinina (73.3 vs 85.7 ml/min/1.73m², p 0.006) en comparación con aquellos con RFM normal (ver tabla 2). El 24.4%, 21.1%, 45.5% y 8,8% del total de pacientes, presentaron un riesgo bajo, borderline, intermedio y alto, respectivamente de EVC a 10 años. El 69.4% de los pacientes con intermedio-alto riesgo de EVC presentaron DMC. Sin embargo, una alta proporción de pacientes de riesgo bajo y borderline, 40.9% y 42.1% respectivamente, también presentaron RFM ≤ 2.2 . Similares hallazgos se evidenciaron en las categorías de riesgo para EVCA e IC (ver tabla 3).

Conclusiones: La DMC es una complicación frecuente entre los pacientes con diabetes, incluso en aquellos clasificados como de bajo riesgo por los score de riesgo cardiovascular actuales. La detección de DMC podría considerarse como una nueva variable modificadora de riesgo cardiovascular entre los pacientes con diabetes.

0502. ALTERACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIALISIS, HALLAZGOS INEDITOS EN UN CENTRO DE HEMODIALISIS DE BOLIVIA

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Maria Lorena ROJAS RIVERO | Ana Elizabeth CLAROS RODRIGUEZ | Ronald VILLA | Rubén Moisés VARGAS DORADO |

DIABECOR SRL; Hospital Viedmanz

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una condición de alta prevalencia a nivel mundial, desde sus primeras etapas se encuentra estrechamente relacionada con un incremento significativo en el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (ECV). Esta estrecha interacción entre ambas enfermedades se intensifica en pacientes con ERC en fases avanzadas que requieren hemodiálisis. Ambas enfermedades comparten factores de riesgo y mecanismos de progresión, donde la presencia de una condición parece acelerar la aparición y avance de la otra. Esta asociación ha llevado a postular que el riñón desempeña un papel crucial en la patología vascular, siendo un factor determinante en la morbilidad tanto general como cardiovascular.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es evaluar la prevalencia de alteraciones cardiovasculares en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD), además de identificar los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y no tradicionales; y su asociación con ECV en pacientes en HD

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 60 pacientes en programa de hemodiálisis, por cualquier etiología en el centro medialuna roja de irán de enero a agosto del 2023; Se analizaron los factores de riesgo

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	MEDIA O PORCENTAJE
Edad (años)	58
Tiempo en diálisis (meses)	49,5
Femenino	47%
Masculino	53%
HTA	72%
DM	55%
DLP	45%
Ex TBQ	5%
Obesidad	29%
Laboratorio	
Hiperfosfatemia	52%
Hiperparatiroidismo	62%
Hipertrigliceridemia	36%
Hipercolesterolemia	5%
Hipercalcemia	3%
Anemia	48%
Ecocardiograma Doppler	
HVI	86%
Calcificaciones Valvulares	67%
Difunción diastólica	95%
Tipo I	49%
Tipo II	47%
Tipo III	4%
Difunción sistólica	37%
FEVI 40 - 49%	72.5%
FEVI < 40	27.5%
Derrame Pericárdico	55%
Doppler Vascular	
Enfermedad arterial periférica	62%

cardiovascular presentes en esta población, así como la prevalencia de enfermedad vascular periférica, calcificaciones valvulares, hipertrofia ventricular izquierda, función diastólica y sistólica cardíaca, a todos se les realizó ecocardiograma Doppler y Doppler vascular. Todos los pacientes firmaron su consentimiento. Las características de la población se resumen en la tabla I

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 58.02 ± 14.48 años, con un 53% de individuos de sexo masculino. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue la siguiente: hipertensión arterial en el 72% de los casos, diabetes mellitus en el 55% y dislipemia en el 45%. La enfermedad vascular periférica se observó en el 62% de los pacientes, mientras que el 67% presentó calcificaciones valvulares y el 80% mostró hipertrofia del ventrículo izquierdo. De los pacientes con enfermedad vascular periférica, el 51% eran hombres. La disfunción diastólica fue detectada en el 95% de los casos, mientras que el 37% presentó disfunción sistólica. Se encontró que el 14% de los pacientes diagnosticados con enfermedad vascular periférica también tenían alteraciones en el metabolismo fosfocálcico, mientras que el 19% presentaba enfermedad vascular periférica asociada a dislipemia y el 30% a diabetes mellitus

Conclusiones: Las principales alteraciones cardiovasculares observadas en este estudio incluyen hipertrofia del ventrículo izquierdo, calcificaciones valvulares y enfermedad vascular periférica establecida, identificada en más del 50% de los pacientes analizados, quienes no habían recibido previamente tratamiento adecuado para estas afecciones. Se evidencia que el factor de riesgo cardiovascular predominante en esta población es la hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus y la dislipemia. Además, se observa que la alteración del metabolismo fosfocálcico, la diabetes mellitus y la dislipemia, no representan por sí solas un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular en los pacientes estudiados. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de dirigir el enfoque de tratamiento hacia el control de las diversas patologías asociadas en pacientes con enfermedad renal crónica. Estos hallazgos podrían contribuir al desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas dirigidas a reducir la carga de enfermedad cardiovascular en la población con ERC avanzado en tratamiento con hemodiálisis.

0504. EL ESTADO COGNITIVO SE RELACIONA INVERSAMENTE CON LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN UNA POBLACION ORIGINARIA DE MEDIANA Y ALTA MONTAÑA DE TUCUMAN

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud


Ricardo Sebastián GALDEANO₁ | Oscar Ariel VOGELMANN₁ | Laura ALFIE₂ | Juan BENDER₂ | Rodrigo Oscar MARAÑÓN₃ | Claudio JOO TURON₁

Distrito Tucumán Sociedad Argentina de Cardiología₁; Sociedad Argentina De Cardiología₂; Instituto Superior De Investigaciones Biológicas (INSIBIO), CONICET-UNT₃

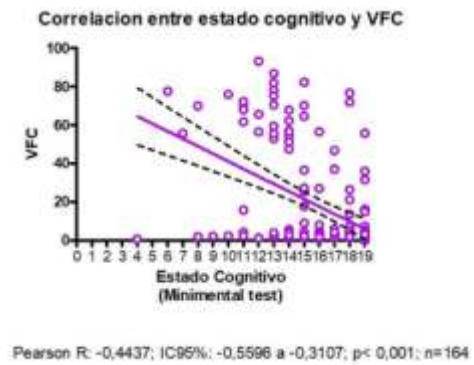
Introducción: En el stress crónico, la estimulación simpática activa mecanismos de defensa en diversos órganos. En el corazón, produce, entre otras acciones, aumento de la frecuencia cardíaca (FC) y disminución de la VFC. Por otro lado, el estado cognitivo es la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente, y es altamente influenciado por múltiples factores como la edad, el stress y el nivel educativo. Existe un preconcepto que las comunidades originarias presentan menores niveles de stress y menor nivel cognitivo que las poblaciones urbanas. Sin embargo, múltiples estudios demostraron que en estas poblaciones existe una occidentalización de los estilos de vida y un aumento de los factores de riesgo cardiovasculares. La comunidad de Quilmes (Tucumán) abarca 2400 habitantes de media y alta montaña. En setiembre del 2022, se realizó el programa SONQO, donde un grupo de cardiólogos de la SAC realizó estudios cardiovasculares a la población Quilmes.

Objetivos: Evaluar si existe interrelación entre el estado cognitivo y la VFC en la comunidad originaria de Quilmes.

Materiales y Métodos: Se efectuó una investigación cuantitativa descriptiva transversal en los pobladores que concurrieron al programa SONQO 2022. Se realizó un trazado electrocardiográfico de 5 minutos (Taurus Touch) y se calculó la

FUNCION CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIFERENTES POBLACIONES DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN	
CUESTIONARIO MINI-MENTAL	
<p>Probable déficit cognoscitivo, hacer pregunta: ¿se te olvidan las cosas con mayor frecuencia que lo que para ti era habitual? En caso afirmativo, aplica la encuesta de "mini examen del estado mental". Si en la escala se obtiene una calificación de 13 ó menos puntos, canalizar con el especialista. El resultado de la pregunta inicial anotarlo en la CNSAM.</p>	
Evaluación cognitiva (MMSE) modificado	
<p>1.- Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondear el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.</p> <p>Mes _____ Día _____ Año _____ Día de la semana _____ Total: <input type="checkbox"/></p>	
<p>2.- Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos por que se los voy a preguntar más adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra por dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones), registre el número de repeticiones que debió leer.</p> <p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Número de repeticiones _____ Total: <input type="checkbox"/></p> <p>Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p>	
<p>3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se menciona, o por cada número que se repite, o por cada número que se menciona fuera del orden indicado.</p> <p>Repuestas del paciente _____ Respuesta correcta: 12531 Total: <input type="checkbox"/></p>	
<p>4.- Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> <p>Toma papel _____ Doble _____ Coloca _____ Total: <input type="checkbox"/></p>	
<p>5.- Hace un rato le leí una serie de 3 palabras y ud. repitió las que recordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.</p> <p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Total: <input type="checkbox"/></p>	
<p>6.- Por favor copie este dibujo.</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto está correcto.</p> <p> Correcto: <input type="checkbox"/></p>	
<p>Sume los puntos anotando los totales de las preguntas 1 a 6, puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.</p> <p>Suma total: <input type="checkbox"/></p>	

VFC con el software Jotatec. Se descartaron los trazados con arritmias, de mala calidad técnica ó menores a 5 minutos, ya que dificultan la evaluación de la VFC. Se utilizó el Minimental test modificado (Figura 1) que valora diferentes aspectos del estado cognitivo (orientación, registro, atención/cálculo, recuerdo, denominación, repetición, lectura, escritura, comprensión de órdenes y dibujo), mediante 6 preguntas diferentes (puntaje de 0 a 19 puntos). Consideraciones Éticas: El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) dependiente de la Dirección de Investigación del SI.PRO.SA (Dictamen 34/2022). Todos los participantes dieron el correspondiente Consentimiento Informado para participar del presente estudio.



Resultados: La edad promedio fue $44,8 \pm 1,3$ años ($n=164$ pobladores). La FC promedio fue $66,9 \pm 0,8$ latidos/min y la VFC $22,9 \pm 2,7$. El Minimental test arrojó un valor de $15,7 \pm 0,2$ (sin deterioro cognitivo). El área mejor respondida fue la orientación temporal (99% de los pacientes) y la menos respondida la correspondiente a realizar un dibujo (65% de los pobladores). La edad no se correlacionó con la FC (Pearson R: $-0,009$; IC95%: $-0,1646$ a $0,1467$; p : NS) pero se correlacionó en forma negativa con el estado cognitivo (Pearson R: $-0,3650$; IC95%: $-0,4890$ a $-0,2265$; $p < 0,001$). La VFC no se correlacionó con la edad de los pobladores (Pearson R: $-0,04703$; IC95%: $-0,1070$ a $0,1989$; p : NS) pero se correlacionó en forma negativa con el estado cognitivo (Figura 2).

Conclusiones: Novedosamente se observó que la FC y la VFC no se modifican con la edad, hecho que indicaría la ausencia de exacerbación del sistema simpático descrita en poblaciones urbanas, aunque este rol protector no alcanza a evitar el deterioro cognitivo. Por otro lado, se encontró que a mayor estado cognitivo los pobladores presentan menor VFC. Se puede hipotetizar que existe un mayor stress en los pobladores con mejor estado cognitivo, debido a la percepción de falta de acceso a oportunidades de crecimiento laboral y/o personal en esta población que está siendo "occidentalizada". Creemos, por lo tanto, que se debe profundizar el estudio sobre el stress en estas poblaciones originarias.

0507. ¿CÓMO EVALUAMOS LOS MÉDICOS LA FUNCIÓN RENAL? UN LLAMADO DE ATENCIÓN Y OPORTUNIDAD DE MEJORA EDUCATIVA Y ASISTENCIAL

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Marco SCAMPITELLI | Camila SCARPONI | Juan María IROULART | Pilar DOMENECH | Guido ROVEDA | Marco Antonio BORJA YENCHONG | Florencia CANTORA | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El daño renal es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardíaca, al cual debido al surgimiento de tratamientos que pueden reducir eventos clínicos se le da una importancia creciente.

Objetivos: Determinar cómo los médicos evalúan la función renal de sus pacientes y el grado de apego a las guías de práctica clínica.

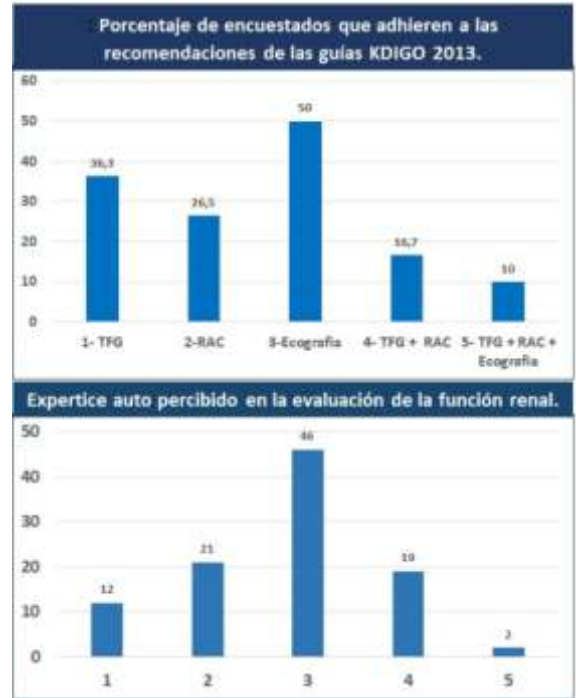
Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado mediante una encuesta auto administrada diseminada mediante un muestreo mixto por conveniencia y "bola de nieve". Se evaluaron las tres dimensiones sugeridas por las guías KDIGO: 1) la evaluación de la tasa de filtrado glomerular; 2) la evaluación de la presencia de albuminuria; y 3) la presencia de daño estructural renal mediante una ecografía renal. Finalmente se incluyó una pregunta optativa de autoevaluación sobre la idoneidad percibida de cada médico en la evaluación de la función renal.

Resultados: Se obtuvieron 408 respuestas válidas. La mayoría de los quienes respondieron la encuesta fueron cardiólogos (62%), seguidos por clínicos (25%) y médicos de familia (8%) y un 5% de otras especialidades. El 76% de

Estrategias de valoración de la TFG y proteinuria					
Estrategia de valoración de la TFG	n (%)				
Fórmula CKD-EPI	86 (21,1 %)				
Fórmula MDRD	62 (15,2 %)				
Medición creatinina	154 (37,7 %)				
Fórmula de Cockcroft-Gault	47 (11,5 %)				
Cl Cr 24 horas	56 (13,7 %)				
Uremia	3 (0,7 %)				
Estrategia de valoración de proteinuria					
Microalbuminuria de 24 horas	88 (21,6 %)				
Microalbuminuria spot	33 (8,1 %)				
Proteinuria de 24 horas	65 (15,9 %)				
Proteinuria en muestra spot	4 (1,0 %)				
Relación albúmina creatinina Urinaria de 24 horas	70 (17,2 %)				
Relación albúmina creatinina Urinaria spot	108 (26,5 %)				
Relación proteínas creatinina urinaria spot	30 (7,3 %)				
Relación proteínas creatinina urinaria de 24 horas	10 (2,5 %)				
Frecuencia con la que solicitaría diferentes estudios complementarios.					
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Eco Doppler Renal	11,0 %	19,4 %	39,5 %	15,9 %	14,2 %
Ecografía renal	4,2 %	6,4 %	18,1 %	21,3 %	50,0 %
Ionograma urinario	12,0 %	12,0 %	21,8 %	19,6 %	34,6 %
Orina completa	10,1 %	8,8 %	10,5 %	13,0 %	57,6 %
Proteinuria	1,2 %	3,4 %	7,1 %	15,7 %	72,6 %

los encuestados se desempeña en centros privados 24% en instituciones públicas. Tan solo un tercio de los encuestados evalúa la función renal mediante las fórmulas de MDRD o CKD-EPI recomendada por las guías KDIGO. En cuanto a la evaluación de proteinuria, tan solo el 26,5% de los encuestados refirió utilizar la relación albúmina creatinina urinaria (RAUu) y tan solo 50% de los médicos evaluaría la estructura renal mediante una ecografía. Tan solo 16,7% de los encuestados evaluaría la TFG y la presencia de albuminuria acorde a la recomendación de las guías de práctica clínica. Esta proporción disminuye a solo el 10,4% de los encuestados si incluimos quienes realizarían también una ecografía renal. La mayoría de quienes contestaron acerca de cómo auto-evaluaba su idoneidad para valorar la función renal reconocieron desconocer las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Conclusiones: La mayoría de los médicos no evalúa la función renal acorde a las guías KDIGO. Existe una necesidad y oportunidad de mejora en la formación médica la cual podría abortar la inercia terapéutica y favorecer la implementación de intervenciones de alto valor.



0510. PRONOSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PORTO PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar

Ignacio BLURO | María Eugenia KNORRE | Anabella ORELLANO | Graciela SVETLIZA | Norberto O. VULCANO | Sonia VILLARROEL | Juan PEKOLJ | Sebastian MARCIANO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La hipertensión porto pulmonar (HTPoP) es una forma de hipertensión pulmonar que se produce en el 1 al 5% de los pacientes con hipertensión portal. Existe escasa información en nuestro medio acerca de la evolución y pronóstico de estos pacientes.

Objetivos: Determinar el pronóstico de una cohorte de pacientes con HTPoP y cómo el trasplante hepático (TxH) afecta la evolución de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica. Los pacientes ingresaron a la cohorte al momento del diagnóstico hemodinámico de la HTPoP mediante cateterismo derecho y fueron seguidos hasta su muerte o al 1 de mayo de 2024. Se determinaron 3 grupos de pacientes: I: pacientes trasplantados; II pacientes evaluados para TxH que no se trasplantaron y III: pacientes que por sus comorbilidades no fueron considerados candidatos a TxH. Se realizó un análisis de sobrevida en función del grupo.

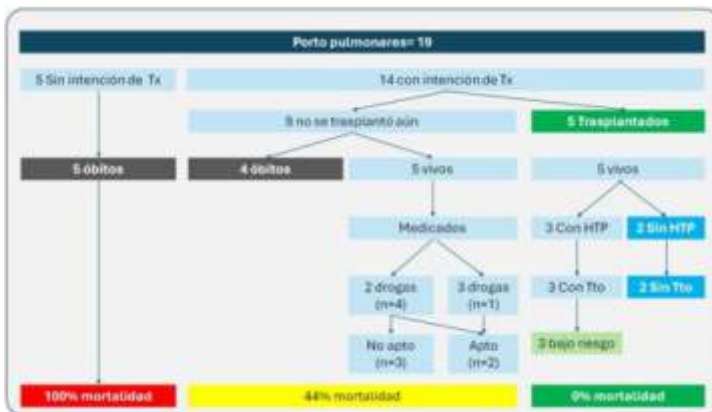
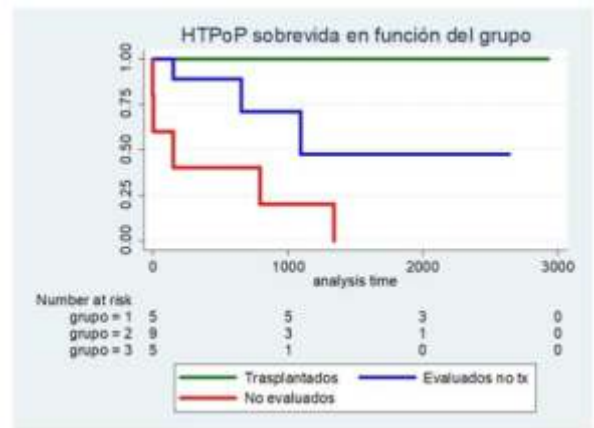


Tabla 1: Características basales (n=19)

Sexo femenino (n)	13 (68%)
Edad (iq ₂₅₋₇₅)	52 (37-64) años
Etiología	
Autoinune (%)	8 (42%)
Viral (%)	6 (32%)
Alcohólica (%)	2 (11%)
NASH (%)	1 (5%)
Otra (%)	2 (11%)
Child Pugh	
A	4 (21%)
B	7 (37%)
C	8 (42%)
MELD	
Mediana (iq ₂₅₋₇₅)	16 (12-21)
Complicaciones hepáticas previas	
Varices esofágicas	15 (83%)
Sme. Ascítico edematoso	14 (74%)
Hemorragia digestiva	12 (63%)
Encefalopatía	8 (42%)
Hepatocarcinoma	6 (32%)
Clase funcional	
I (%)	2 (11%)
II (%)	7 (39%)
III (%)	7 (39%)
IV (%)	2 (11%)
Predictores de riesgo	
NT-pro-BNP pg/dl (RIC 25-75)	192 (69 - 1083)
Marcha 6 min; metros (RIC 25-75)	352 (327 - 450)
Hemodinamia basal	
Aurícula der. mmHg (RIC 25-75)	9 (7 - 11)
Presión pulm media (RIC 25-75)	40 (35 - 47)
Resit. Vasc. Pul dynas (RIC 25-75)	348 (288 - 446)
Presión enclavamiento (RIC 25-75)	11 (8-14)
Riesgo Basal	
N/A	6 (46%)
Bajo	3 (23%)
Moderado-bajo	7 (54%)
Moderado-alto	1 (8%)
Alto	2 (15%)
REVEAL Mediana (iq ₂₅₋₇₅)	8 (7-9)

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, los cuales fueron seguidos por una mediana de 27,2 (RIC 25-75: 6,1-63) meses de seguimiento. Las características basales de la población se describen en la tabla 1. Cinco pacientes no fueron considerados candidatos a recibir un TxH y fallecieron en el seguimiento. De los restantes 14 pacientes evaluados para recibir un TxH, 5 fueron trasplantados y continúan vivos luego de 65 (RIC 25-75: 50-77) meses de seguimiento; 4 fallecieron en lista de espera y 5 continúan en lista de espera. De estos, 2 pacientes alcanzaron las condiciones hemodinámicas como para recibir un órgano (presión pulmonar media (PPm) < 35 mmHg y resistencia vascular pulmonar < 2 unidades Wood) y se les dio el apto para el TxH; al tiempo que 3 pacientes continúan en bajo tratamiento de cara a alcanzar las condiciones hemodinámicas que los habilite a ingresar a la lista de TxH.



Conclusiones: La HTPoP es una patología de mal pronóstico, determinado tanto por la HTP por como por el daño hepático. El tratamiento de la HTP debe tener como objetivo posibilitar el TxH. Aquellos pacientes que no logran someterse a un TxH tienen un muy mal pronóstico a corto / mediano plazo. Es por esto que el alcanzar las condiciones terapéuticas que posibilitan el TxH debe ser considerada una ventana de oportunidad por la comunidad trasplantológica y las autoridades regulatorias. Estos resultados deberían ser tenidos en cuenta al momento de considerar la posibilidad de asignarle a esta población puntos extras a fin de darles prioridad en la lista de espera.

0518. ¿EXISTE ENVEJECIMIENTO VASCULAR ACELERADO ASOCIADO A INFECCIÓN POR COVID 19?

Medicina Vascular

Maria Cecilia MOLINA | Judith Miriam ZILBERMAN | Victor Fabián CONTRERAS | Neiva MACIEL | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital De Agudos Dr. Cosme Argerich

Introducción: La infección por COVID 19 genera una enfermedad aguda de vías respiratorias con afección sistémica y a nivel cardiovascular. La disfunción endotelial causada por el desarrollo de una reacción inflamatoria es uno de los mecanismos fisiopatológicos del COVID 19. La rigidez arterial es un marcador de enfermedad aterosclerótica, daño vascular predictor de eventos cardiovasculares y puede estratificarse de manera no invasiva mediante la medición de la velocidad de onda de pulso (VOP). En ese contexto nos interesó conocer si los pacientes que cursaron una infección por COVID 19 presentan un envejecimiento vascular acelerado.

Objetivos: Evaluar en pacientes con antecedentes de COVID 19 el daño y envejecimiento vascular.

Materiales y Métodos: Se evaluaron pacientes adultos mayores de 18 años con antecedentes de COVID 19 que estuvieron internados en nuestro Hospital. Se analizaron sus antecedentes cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad, tabaquismo). Se evaluaron datos sobre su internación y tiempo de estadía en unidad de terapia intensiva. Se comparó con un grupo ambulatorio control que asistía a consultorios externos de cardiología, que no habían tenido COVID 19 e internación en el mismo periodo. En ambos grupos se midió la VOP (Mobil-O-Graph 24h PWA) y se analizaron los resultados obtenidos: Presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), frecuencia cardíaca (FC), presión de pulso, VOP, presión arterial central (PAC) y edad vascular.

Tabla 1. Características de los grupos

	COVID (n=43)	CONTROL (n=33)	p
Edad (años)	51,7 ± 14	57,4 ± 11,6	0,06
Sexo (n: %)	41,9 (n=19)	54,5 (n=18)	0,14
Internación	90,7 (n=39) UTI=56,4	0	
HTA	45,5 (n=20)	66,7 (n=22)	0,028
Dislipidemia	11,6 (n=5)	72,7 (n=24)	<0,001
Diabetes	13,6 (n=6)	18,2 (n=6)	0,3
Obesidad	31,8 (n=14)	23,5 (n=12)	0,17

HTA: Hipertensión arterial

Tabla 2. Resultados de medición de VOP en ambos grupos

	COVID	CONTROL	P
PAD	126,1 ± 13	124,5 ± 12,6	0,59
PAS	82,9 ± 9,6	77,4 ± 9,8	0,01
FC	77,3 ± 13,4	73 ± 11,5	0,15
PP	43,2 ± 9,9	47,1 ± 10,2	0,10
VOP	7,7 (5,1 – 14,6)	7,5 (5,7 – 11,2)	0,18
PAC	115,8 ± 10,9	114,6 ± 12	0,67
Edad Vascular	52 ± 13,7	58,6 ± 12,3	0,03

PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; FC: frecuencia cardíaca; PP: presión de pulso; VOP: velocidad de onda de pulso; PAC: presión arterial central.

Resultados: De un total de 94 pacientes estudiados, 43 presentaban como antecedente infección por COVID 19 de los cuales el 90% (n=39) requirió internación, el 56% de ellos (n=22) en unidad de terapia intensiva. El estudio se realizó con una mediana de 8 l días luego del alta hospitalaria. Se comparó con un grupo control de 33 adultos. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al sexo, edad, antecedente de diabetes mellitus y obesidad. El grupo control presentaba significativamente más hipertensión arterial y dislipemia ($p=0,03$ y $p<0,005$ respectivamente). No hubo diferencias significativas en los registros de presión arterial, los cuales fueron de normotensión sistodiastólica, con valores de VOP normales para ambos grupos. La edad vascular no presentó diferencias significativas, y era acorde con la edad promedio de los individuos en ambos grupos.

Conclusiones: El antecedente de infección por COVID 19 no se correlacionó con incremento de la rigidez arterial en la cohorte estudiada cuando se comparó con un grupo control. Estudios a largo plazo en cohortes más grandes podrían dar respuesta a si existe un daño vascular en pacientes que hayan atravesado una infección por COVID 19.

0523. EVALUACIÓN DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN EL MÚSCULO ESQUELÉTICO EN UN MODELO DE OBESIDAD: DIFERENCIAS DE SEXO

Investigación Básica / Hipertensión Arterial

Damián Ariel SORIA | Santiago NOVAKOSKY | Valeria ZAGO | Rosana ELESGARAY | Analía TOMAT | Cristina ARRANZ | Mariela GIRONACCI | Carolina Cecilia CANIFFI

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)

Introducción: El sobrepeso y la obesidad son altamente prevalentes y constituyen uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial. El sistema renina angiotensina poseen efectos vasoactivos, además puede modular el desarrollo y el metabolismo del músculo esquelético (ME), que es uno de los principales tejidos involucrados en el balance energético. Sin embargo, la implicancia del ME en los efectos cardiovasculares de la obesidad ha sido poco estudiada.

Objetivos: Evaluar la expresión de angiotensina II (ANGII), angiotensina I-7 (ANGI-7) y los receptores tipo 1 y 2 (AT1; AT2), así como la expresión de neprilisina (NEP) en el ME de ratas Wistar macho (m) y hembra (h).

Materiales y Métodos: Ratas Wistar m y h recibieron, desde el destete (semana 3) y hasta la semana 14 de vida, dieta alta en grasas (HFD, 60% de las calorías provenientes de grasas) o estándar (SD). Al finalizar el período experimental, se registró el peso corporal y la presión arterial sistólica (PAS). Se extrajo y pesó el ME, se evaluó el área de las fibras musculares y se cuantificó la expresión de NEP, AT1 y AT2 por inmunohistoquímica y la de ANGI y ANGI-7 por radioinmunoensayo. Además, se evaluó la expresión del ARNm de NEP. Los resultados se expresan como media \pm ESM. Análisis estadístico: ANOVA de dos vías (n=12 ratas/grupo; interacción sexo x dieta (i); * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$ vs. SDm; ## $p<0,01$; ### $p<0,001$ vs. SDf; & $p<0,05$; && $p<0,01$; &&& $p<0,001$; vs. HFDm.

	SDm	HFDm	SDh	HFDh
Peso corporal (g)	492,3 \pm 9,5	553,4 \pm 8,0 ***	347,8 \pm 4,9 ***	420,1 \pm 9,8 ### &&&
PAS (mmHg)	127,2 \pm 3,4	131,6 \pm 1,1	126,6 \pm 2,7	128,6 \pm 2,6
Me/Tibia (g/cm)	49,89 \pm 1,42	50,06 \pm 0,75	38,05 \pm 1,17***	40,83 \pm 1,269 &&&
NEP/GAPDH	0,6289 \pm 0,0686	1,0860 \pm 0,0528 ***	0,5264 \pm 0,0175	0,7988 \pm 0,0921 # &&
NEP (% , área/área total)	8,741 \pm 1,314	26,580 \pm 2,587***	10,000 \pm 1,823	22,640 \pm 2,869 ##
AngII (pg/100mg ME)	11,51 \pm 2,05	17,37 \pm 1,22*	14,64 \pm 1,01	11,61 \pm 0,81 &
Ang1-7 (pg/100mg ME)	20,02 \pm 0,54	19,87 \pm 0,42	19,61 \pm 0,73	20,14 \pm 0,51
AT1R (% , área/área total)	3,723 \pm 0,668	7,425 \pm 0,675**	5,993 \pm 0,661*	5,917 \pm 0,614 : \$\$
AT2R (% , área/área total)	7,397 \pm 1,214	3,965 \pm 0,730*	4,277 \pm 0,796*	3,475 \pm 0,509

Resultados: Tras 11 semanas de consumo de HFD, aumentó el peso corporal en m y h, siendo mayor en HFDm. No hubo diferencia en la PAS al finalizar el período experimental entre los grupos estudiados. Las ratas h mostraron menor relación ME/tibia, sin diferencias entre dietas, con respecto a los m. En ME la inmunomarcación y ARNm de NEP aumentó en los grupos HFD, siendo menor el incremento en HFDh. El consumo de HFD aumento la concentración ANGI en las ratas m y con respecto a la ANGI-7 no hubo diferencias. Por último con respecto a sus receptores la inmunomarcación de AT1 fue mayor en las ratas m y para AT2 fue menor en los m. No se observaron diferencias entre los grupos h.

Conclusiones: La HFD induce cambios morfológicos en el ME, con menor expresión de AT2, mayor expresión de AT1 y concentración de ANGI en las ratas m. Además, ambos sexos presentaron cambios en NEP ante el consumo de HFD. Sin embargo, las ratas h parecen mostrar menos alteraciones en el sistema renina angiotensina en comparación con las ratas m en un modelo de obesidad sin aumento de PA. Estos resultados evidencian diferencias de sexo que podrían ser clave en el vínculo temprano entre el desarrollo de enfermedad metabólica y cardiovascular.

0528. PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES CON DIFERENTES REGÍMENES DE SEMAGLUTIDA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META ANALISIS

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Lorenzo LOBO¹ | Walter MASSON² | Graciela Beatriz MOLINERO³ | Augusto Maria LAVALLE COBO² | Juan Patricio NOGUEIRA² | Leandro BARBAGELATA⁴ | Julia Daniela DELGADO RIVEROS¹ | Maria Del Carmen V. SARLI BALDOVINO

Hospital Militar Campo de Mayo¹; Sociedad Argentina De Lípidos²; Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"³; Hospital Italiano de Buenos Aires⁴

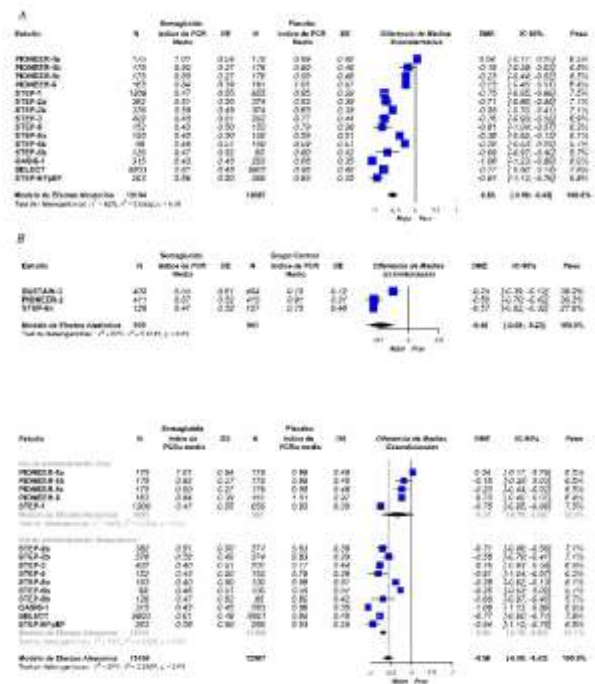
Introducción: La pancreatitis aguda es una enfermedad impredecible y potencialmente mortal. Las causas más comunes de pancreatitis aguda son los cálculos biliares y el abuso de alcohol. Sin embargo, también se han reportado otros factores como el uso de ciertos medicamentos. Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón 1 (AR GLP-1) como la semaglutida, han demostrado efectos hipoglucemiantes, reductores de peso, antiinflamatorios y metabólicos favorables, reduciendo los eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que tienen un alto riesgo cardiovascular o tienen enfermedad cardiovascular establecida. Persisten algunas preocupaciones con respecto a la seguridad de la semaglutida y una posible asociación con la pancreatitis aguda. En este sentido, el siguiente meta análisis tiene como objetivos.

Objetivos: Determinar el riesgo de pancreatitis aguda con el uso de semaglutida, con un enfoque específico en la evaluación de los resultados según los diferentes regímenes de administración, a través de una revisión sistemática y meta análisis.

Materiales y Métodos: Este meta-análisis se realizó de acuerdo con las guías de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) para la presentación de informes de revisiones sistemáticas. Se realizó una búsqueda bibliográfica que identificó ensayos clínicos de semaglutida publicados hasta el 12 de noviembre de 2023. Dos revisores independientes realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas PubMed/MEDLINE, Scielo, Embase y Cochrane Controlled Trials. Se estimó el efecto resumido de la semaglutida en el punto final de la pancreatitis aguda. Las medidas del tamaño del efecto se expresaron como odds ratios (OR) y se calculó el estadístico I² para cuantificar la heterogeneidad y la inconsistencia de los ensayos. Debido a que la heterogeneidad era baja, se optó por un modelo de efectos fijos. Para comparar los efectos medios entre los subgrupos, se utilizó una prueba Z. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R para computación estadística versión 3.5.1. Se realizaron pruebas de sesgos, sensibilidad y análisis de subgrupos.

Resultados: Se identificaron veintiún ensayos que sumaron 34.721 pacientes, de los cuales 19.023 sujetos fueron asignados para recibir semaglutida y 15.688 sujetos fueron asignados al respectivo grupo de placebo. Globalmente, este metaanálisis mostro que el tratamiento con semaglutida no se asocia con un mayor riesgo de pancreatitis aguda (OR 0,7; IC del 95%: 0,5- 1,2; I²: 0%). FIG 1 El analisis en función de los diferentes esquemas de administración, fueron consistentes con el análisis global (Grupo con semaglutida oral: OR 0,4; IC del 95% 0, 1- 1,6, I² 0%; grupo con dosis subcutáneas bajas de semaglutida: OR 0,8; IC del 95% 0,4- 1,9, I² 0%; grupo con dosis subcutáneas altas de semaglutida: O 0,7; IC del 95%: 0,5- 1,2, I²: 0%; valor de p de interacción = 0,689). FIG 2 El análisis de sensibilidad mostro robustes de los resultados.

Conclusiones: El presente metaanálisis actualizado de ensayos clínicos aleatorizados demostró que el uso de semaglutida en pacientes con o sin DM2 no se asoció con un mayor riesgo de pancreatitis aguda en comparación con placebo. En el análisis estratificado, los resultados fueron similares con los diferentes regímenes de semaglutida analizados.



0529. REVASCULARIZACIÓN CORONARIA COMPLETA VERSUS VASO CULPABLE EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA Y ENFERMEDAD MULTIVASO: UN METANÁLISIS ACTUALIZADO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Lorenzo LOBO¹ | Alfredo Matías RODRIGUEZ GRANILLO² | Walter MASSON³ | Graciela Beatriz MOLINERO⁴ | María Del Carmen V. SARLI BALDOVINO¹ | Julia Daniela DELGADO RIVEROS¹

Hospital Militar Campo de Mayo¹; Sanatorio Otamendiz²; Sociedad Argentina de Lípidos³; Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"⁴

Introducción: En los pacientes que presentan infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y enfermedad de vasos múltiples (EVM), las guías actuales recomiendan la revascularización de la lesión culpable con intervención coronaria percutánea (ICP) con tratamiento posterior de las lesiones coronarias significativas no culpables, que representan aproximadamente el 50% de los casos. Sin embargo, el beneficio de la revascularización completa fue impulsado principalmente por los criterios de valoración compuestos más que por los eventos clínicos duros. Recientemente, el ensayo FFR-Guidance for Complete Nonculprit Revascularization no mostró diferencias en el criterio principal de valoración de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio o revascularización no planificada.

Objetivos: Analizar si la revascularización multivaso se asocia con una disminución de la mortalidad general y de los criterios de valoración clínicos duros en comparación con la ICP solo de los vasos culpables en pacientes con IAMCEST sin shock cardiogénico.

Materiales y Métodos: Este meta-análisis se realizó de acuerdo con las guías PRISMA. Se realizó una búsqueda bibliográfica que identificó ensayos clínicos de intervención coronaria percutánea publicados entre enero de 1990 y abril de 2024. Dos revisores independientes realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas PubMed/MEDLINE, Embase y Cochrane Controlled Trials. Se excluyeron los estudios que utilizaron stents farmacológicos en menos del 50% de los casos. Los resultados primarios fueron todas las causas de muerte, mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio y revascularización coronaria por isquemia. Las medidas del tamaño del efecto se expresaron como odds ratios (OR) y se calculó el estadístico I² para cuantificar la heterogeneidad y la inconsistencia de los ensayos. Dependiendo de la heterogeneidad ($I^2 \geq 0$ o $< 40\%$), se seleccionaron modelos aleatorios o fijos. Para comparar los efectos medios entre los subgrupos, se utilizó una prueba Z. Se realizó un análisis de sensibilidad para cada evento de forma individual. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R para computación estadística versión 3.5.1.

Resultados: Se identificaron ocho ensayos elegibles para el análisis. Hubo un total de 4.916 sujetos asignados para recibir revascularización de la lesión culpable y 4.599 sujetos asignados para recibir revascularización completa. Globalmente, este metaanálisis muestra que la revascularización de la lesión culpable se asoció con un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio (OR: 1,38; IC 95%: 1,05 a 1,81, I² 42%), revascularización guiada por isquemia (OR: 2,81; IC 95%: 1,86 a 4,26; I² 80%) y mortalidad cardiovascular (OR: 1,35; IC 95%: 1,08 a 1,68, I² 0%), en comparación con la estrategia basada en la revascularización completa. Sin embargo, la diferencia encontrada entre ambas estrategias en la mortalidad total no fue estadísticamente significativa (OR: 1,15; IC 95%: 0,98 a 1,36, I² 2%). El análisis de sensibilidad mostró la misma direccionalidad y magnitud de los resultados globales cuando se excluyeron los estudios uno por uno.

Conclusiones: En pacientes con IAMCEST y enfermedad multivaso sin shock cardiogénico, nuestra metanálisis mostró que la revascularización completa con ICP redujo significativamente el riesgo de reinfarcto de miocardio no fatal y de revascularización isquémica en comparación con la revascularización solo del vaso culpable, sin diferencias en la mortalidad global.

0541. REGISTRO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE 30 NECROPSIAS

Valvulopatías

Lucía Raquel KAZELIAN | Hassan CHABAN | Horacio Germán CESTARI | Mariela Eugenia TOLUSSO | Sofia Ileana MATTI | María Inés LESPADA | Andrea ZAPPI | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad compleja de baja prevalencia y con elevada morbimortalidad, cuya forma de presentación, así como las técnicas diagnósticas y el tratamiento se ha ido modificando con el paso de los años.

Objetivos: Analizar los hallazgos de las necropsias realizadas a un grupo de pacientes internados con diagnóstico de EI que fallecieron como complicación de la misma.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo realizado en un centro de alta complejidad del GCBA entre enero de 1988 y diciembre de 2023. Se incluyeron los casos de acuerdo a criterios de definición de Von Reyn hasta enero de 1994, cuando se comenzaron a incluir según

los criterios de Duke y posteriormente desde el año 2012 se utilizaron los criterios de Duke modificados. Se analizaron los estudios de anatomía patológica de los pacientes a los que se les realizó necropsia. Se analizaron las siguientes variables: peso, cardiopatía subyacente, presencia de vegetaciones, compromiso miocárdico y extracardiaco.

Resultados: Se registraron 296 pacientes con diagnóstico de EI a lo largo de 35 años. Edad promedio de 47 ± 17 años, predominio de sexo masculino (76,7%). La mortalidad hospitalaria fue del 28% (83 pacientes), se realizó necropsia y estudio anatomopatológico a 30 pacientes. El peso promedio del corazón fue de 543 ± 128 gr. La cardiopatía subyacente más frecuente fue la dilatada (54,4%), con baja frecuencia de la reumática (13,6%). El 70% presentaba vegetaciones, más frecuente a nivel de la válvula aórtica (47,6%), seguida por la mitral (19,1%), la tricúspide (14,3%) y la pulmonar (9,5%). El 13% presentó vegetación en más de una válvula, siendo la combinación mitral y aórtica la más frecuente (50%). La perforación valvular se observó en el 13%, más frecuente a nivel de la válvula aórtica (75%). El 9,5% presentó endocarditis asociada a dispositivo. Se observó compromiso miocárdico con hallazgo de miocarditis en el 42,3% de los casos, y presencia de microabscesos en el 7,7%. Se observó hipertrofia del ventrículo izquierdo en el 23%. El 10% presentaba infarto reciente y el 6% antiguo. En cuanto al compromiso extra cardíaco, a nivel renal se observó presencia de necrosis tubular aguda en el 13% y glomerulonefritis en el 6%; a nivel esplénico el 6% presentaba absceso y el 13% congestión; a nivel hepático se observó congestión en el 33%, a nivel pulmonar el 7% presentaba focos de necrosis y el 53% congestión, el 20% tromboembolismo pulmonar y el 30% hipertensión pulmonar.

Hallazgo en necropsia	N=30 (%)
Presencia de vegetaciones	21 (70%)
Mitral	4 (19,1%)
Aórtica	10 (47,6%)
Tricúspide	3 (14,3%)
Pulmonar	2 (9,5%)
En dispositivo (CDI)	2 (9,5%)
Ausencia de vegetaciones	9 (30%)
Cardiopatía asociada	22 (73%)
Reumática	3 (13,6%)
Congénita	4 (18,2%)
Dilatada	12 (54,4%)
Degenerativa	3 (13,6%)
Sin cardiopatía	8 (27%)
Compromiso cardíaco	26 (87%)
Miocarditis	11 (42,3%)
Pericarditis	5 (19,2%)
Microabscesos	2 (7,7%)
Foco necrótico	8 (30,8%)
Sin compromiso cardíaco	4 (13%)

Conclusiones: La endocarditis infecciosa (EI) presenta una alta mortalidad y complicaciones significativas según los hallazgos anatomopatológicos. En este estudio, la mayoría de los pacientes mostró vegetaciones, especialmente en la válvula aórtica, con frecuentes complicaciones miocárdicas (sobre todo miocarditis) y extracardiacas. Estos resultados enfatizan la importancia de diagnósticos y tratamientos tempranos y efectivos para mejorar el manejo de esta enfermedad.

0542. DETERIORO DE LA ACTIVIDAD ANTIOXIDANTE DE LAS HDL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON OBESIDAD

Investigación Básica

Belen DAVICO¹ | Laura GAETE² | Ezequiel LOZANO CHIAPPE¹ | Amanda YÁNEZ¹ | María Soledad SÁEZ³ | Leonardo GÓMEZ ROSSO¹ | Fernando BRITES¹ | Maximiliano MARTÍN¹

¹Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA); ²Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez; ³Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La obesidad infantil es un importante factor de riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica en la vida adulta y se encuentra estrechamente relacionada con alteraciones en el metabolismo de los lípidos y las lipoproteínas. Estas alteraciones incluyen modificaciones en las lipoproteínas de alta densidad (HDL), únicas lipoproteínas con capacidad antiaterogénica, la cual es atribuida, al menos en parte, a su actividad antioxidante que protege a las lipoproteínas de baja densidad (LDL) del daño oxidativo. Distintas apolipoproteínas (apo), proteínas transportadoras de lípidos y enzimas asociadas a las HDL, entre las cuales se encuentran la apo A-I, la proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP), la enzima lecitina:colesterol aciltransferasa (LCAT) y la enzima paraoxonasa (PON) I, contribuyen a esta actividad antioxidante.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la actividad antioxidante de las HDL y sus factores determinantes en niños y adolescentes con obesidad.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 15 niños y adolescentes con obesidad [z-índice de masa corporal (IMC): 2,99 (2,55 – 3,50)] y 15 controles sanos normopeso [z-IMC: 0,46 (0,23 – 1,32)] de ambos sexos con edades comprendidas entre 9 y 17 años. Se registraron sus parámetros antropométricos y su estadio de Tanner. Se evaluó el perfil de lípidos y lipoproteínas mediante métodos estandarizados automatizados. La actividades de CETP y de LCAT se evaluaron mediante métodos radiométricos desarrollados, las de PON I [PON y arilesterasa (ARE)] mediante ensayos espectrofotométricos desarrollados, y la actividad antioxidante total de las HDL mediante un ensayo fluorométrico desarrollado.

Resultados: El sexo, la edad y el estadio de Tanner fueron similares en los grupos evaluados. El grupo de niños y adolescentes con obesidad mostró menores niveles de C-HDL y apo A-I ($p < 0,01$), acompañados de menores actividades de CETP ($119,0 \pm 4,8$ vs. $122,8 \pm 5,8$ %/mL.h; $p < 0,05$), de LCAT [$10,0$ ($8,0 - 12,8$) vs. $12,7$ ($9,6 - 18,3$) $\mu\text{mol/dL.h}$; $p < 0,05$] y de ARE ($93,5 \pm 12,9$ vs. $108,9 \pm 18,9$ $\mu\text{mol/mL.min}$; $p < 0,05$). El mismo grupo también mostró menor actividad antioxidante total de las HDL [$18,46$ ($12,35 - 23,83$) vs. $24,72$ ($20,96 - 26,42$) %; $p < 0,05$], que a su vez correlacionó con los niveles de C-HDL ($r = 0,49$; $p < 0,01$). No se observaron diferencias en la actividad de PON entre ambos grupos.

Conclusiones: El grupo de niños y adolescentes con obesidad presentó reducción de la actividad antioxidante total de las HDL, así como de los distintos componentes moleculares que individualmente contribuyen a sus propiedades antioxidantes. Estas alteraciones disminuyen las propiedades antiaterogénicas, particularmente de la función antioxidante, de las partículas de HDL y podrían aumentar el riesgo cardiovascular de los niños y adolescentes con obesidad a largo plazo.

0543. MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON DENGUE INTERNADOS EN UNIDAD CORONARIA DURANTE EL BROTE EPIDEMICO 2023/2024 EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Investigación Básica

Leandro Martín CARDOZO | Gisella Paola LEMOS | Andrea Carolina ALVARENGA | Geronimo Tomas I | Maria Norali MIRANDA | Miguel Angel FREIS | Ricardo Mario IGLESIAS

Hospital de Alta Complejidad Juan Domingo Perón - Formosa

Introducción: En comparación con otros años la epidemia de dengue (D) en Argentina se caracterizó por mayor diseminación territorial y complicaciones poco frecuentes. Si bien resulta ser una enfermedad prevalente en nuestro país, a la fecha no contamos con estudios que muestren o evalúen su relación y frecuencia con manifestaciones cardiovasculares (CV).

Objetivos: Describir las características clínicas de una serie de pacientes con dengue y evidencia de afección cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, retrospectivo, de pacientes admitidos al servicio de cardiología de un centro de referencia cardiovascular. Criterio de inclusión; 1) serología positiva para D al momento de su ingreso por criterios clínicos (plaquetopenia y/o fiebre); 2) admitidos en el servicio de cardiología por motivos CV y que tuvieran serología positiva para D al momento de su ingreso o en su evolución, durante la epidemia del virus 2023-2024. Se evaluaron variables clínicas y paraclínicas.

Resultados: Entre el 19/01/2023 y el 23/03/2024, en el Hospital de Alta Complejidad Pte. Juan D. Perón de Formosa, se internaron 4409 pacientes (P), de los cuales en 379 P (9%) se solicitó serología para D por sospecha clínica, 71 P (19%) fueron positivos. Presentaron algún compromiso cardiovascular 25 P (35%), 9 (36%) mujeres y 16 (64%) varones, edad media 68 años (50/93). La reacción PCR fue positiva para DEN 1 en 10 P (40%), DEN 2 en 8 P (32%) no se detectaron DEN 3 y DEN 4, en 7 P (28%) se realizó el diagnóstico con anticuerpos o antígeno NSI. Los factores de riesgo cardiovasculares más prevalentes fueron: hipertensión arterial en el 84% (21 P), diabetes en el 36% (9 P), tabaquismo 24% (6 P) y en 16% (4 P) presentaron antecedentes de enfermedad vascular (IAM/ACV). Las manifestaciones cardiovasculares fueron sospecha de SCA 7 P (28%), arritmias 6 P (24%), (3 con bloqueo AV completo y 3 fibrilación auricular una de ellas complicada con embolia periférica), 2 P (8%) insuficiencia cardiaca descompensada (diagnóstico final de miocarditis), síndrome febril en 1 P (4%) post implante de marcapaso y 9 P (36%) en el post operatorio de cirugía cardiovascular fiebre persistente y/o plaquetopenia. En 16 P (64%) se realizó dosaje de troponina ultrasensible, con una mediana de 26.5ng/l (3/4222) y en 14 P (56%) se solicitó NT-proBNP, con una mediana de 761pg/ml (135/15827). El 80% (20 P) desarrollo plaquetopenia, en 25% (5 P) fue leve, 55% (11 P) moderada, y 20% grave (4 P). De ellos, el 15% (3 P) tuvieron una complicación hemorrágica sin riesgo de vida. El promedio de internación fue de 12 días. La mortalidad fue del 20% (5 P): 3 P shock séptico y 2 P con shock mixto (cardiogénico y séptico). La edad media 65 años (50 - 74), el 80% (4 P) de sexo masculino. El serotipo identificado fue D2 en el 40% (2 P) y D1 20% (1 P).

Conclusiones: Las manifestaciones CV en los pacientes con D no son consideradas ni son buscadas activamente. En el presente estudio, realizado en un centro de referencia cardiovascular se encontró una frecuencia de alteraciones cardiacas en un 35%, con una alta incidencia de D grave.

0545. RIESGO EN HIPERTENSION PULMONAR. MAS ALLA DE LAS HERRAMIENTAS PRONOSTICAS DE LAS GUIAS

Enfermedad Vascular Pulmonar

Guillermina SORASIO¹ | Julieta SORICETTI¹ | Nicolas SILVA CROOME² | Paul VARGAS MIELES² | Tomas VANEGA¹ | Pablo COSTAS¹ | Nicolas CARUSO¹ | Adrian LESCANO²

Centro Gallego de Buenos Aires¹; Sanatorio Trinidad Quilmes²

Introducción: En la hipertensión arterial pulmonar (HP) la estratificación de riesgo constituye el primer paso para definir la estrategia terapéutica. Las escalas internacionales no incluyen ciertas variables de fácil disponibilidad y acceso, que pueden ser de utilidad en el tratamiento y valoración del deterioro de la función del ventrículo derecho.

Objetivos: Valorar el impacto pronóstico de variables de riesgo no incluidas en los scores internacionales en pacientes con hipertensión pulmonar de nuestro medio asistencial.

Materiales y Métodos: Multicéntrico, analítico, prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo derecho entre 2012 a 2024. Se recolectaron datos demográficos, subgrupos de HP y variables de riesgo reconocidas por las guías internacionales y otras no incluidas como: sexo, edad, ángor, clase funcional avanzada (CF III/IV), excursión sistólica del anillo tricúspideo (TAPSE) disminuido, relación TAPSE/presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), índice de volumen sistólico (IVS) reducido, presión pulmonar media (PPM) elevada, entre otras. La variable dependiente pronostica se definió como mortalidad global. Se aplicó test de t o Chi² según variable continua o categórica. El análisis multivariado se realizó con regresión logística. Para definir el ajuste del modelo a regresión logística se definió el área bajo la curva ROC. Significancia estadística: p < 0.05.

Resultados: 381 pacientes, media de edad de 61 años (DE ± 17.00), sexo femenino (65.3 %), subgrupo I de HP (58.8%), CF avanzada en el 50.9%. La mortalidad total fue del 21%. En el análisis univariado, los factores asociados a mortalidad fueron: sexo masculino (28.2 versus 18.1 %, p 0.023) CF avanzada (OR 2.97, IC 95% 1.52-5.95, p 0.001), ángor (51.3% vs 19.3%, p 0.001), insuficiencia cardíaca (28.2% vs 14.6%, p 0.003), síncope (39.6% vs 20.2%, p 0.003), metros en test de caminata de 6 minutos (260 vs 350 metros, p 0.0001), NTProBNP (2578 vs 1031 pg./ml, p 0.0004) y BNP elevados (382 vs 75 pg./ml, p 0.0003) área de aurícula derecha dilatada (26.1 vs 21.6 mm, p 0.0001), mayor diámetro diastólico de ventrículo derecho (46.3 vs 44.4, p 0.01), deterioro de la función sistólica del VD (28 vs 11.4%, p 0.001) menor TAPSE (16.8 vs 20 mm, p 0.0001), menor relación TAPSE/PSAP (0.24 vs 0.33 mm/mm Hg, p 0.0001), menor cambio del área fraccional (27 vs 30%, p 0.01), y strain de la pared libre VD (-14.5 vs -19, p 0.0008), mayor velocidad pico de regurgitación tricúspidea (3.9 vs 3.6 m/seg, p 0.002) menor índice cardíaco (1.2 vs 1.1 l/min/m², p 0.02) y derrame pericárdico (26 vs 19.7%, p 0.01) mayor PPM (48.2 vs 38.6 mm Hg, p 0.0001), mayor resistencia vascular pulmonar (9.2 vs 6.6 unidades Wood (UW), p 0.0003) gradiente transpulmonar elevado (35.8 vs 27.9, p 0.0001) menor índice cardíaco (2.5 vs 2.8 l/min/m², p 0.0018) e IVS (29.5 vs 35.6 ml/m², p 0.0001) y menor compliance de la arteria pulmonar (1.47 vs 2.54 ml/mm Hg, p 0.0001) y con respecto al tratamiento: monoterapia (24.8 vs 13.7%, p 0.018) En la tabla 1 se destacan las variables pronosticas en el análisis multivariado. El valor del área bajo la curva ROC fue de 0.82 (gráfico 1)

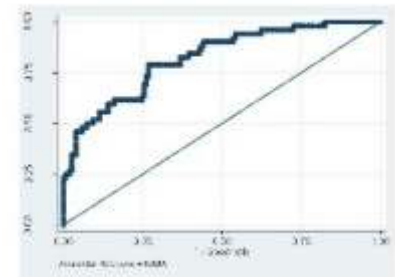
Conclusiones: Se observó una asociación significativa entre variables de riesgo no convencionales, como mayor edad, ángor, clase funcional avanzada, HP grupo I, presión pulmonar media elevada y menor índice de volumen sistólico. con mortalidad en pacientes con HP, con elevada discriminación del modelo. Estos parámetros de fácil valoración y disponibilidad podrían contribuir con una mejoría en la estimación del riesgo. Además, propone un modelo basado en pacientes de nuestro medio asistencial, no incluidos en los scores.

Tabla número 1: Análisis Multivariado

Variable	OR	IC 95%	Valor de P
Edad (años)	1.03	1.012-1.064	0.003
Ángor	4.55	1.75-11.84	0.002
HP grupo I	2.78	1.18-6.72	0.001
FC inicial (ppm)	1.89	1.11-3.19	0.017
IVS < 30 (ml/m ²)	2.70	1.26-5.78	0.011
PmAP (mm Hg)	1.04	1.017-1.077	0.001

(P) Presión Pulmonar, FC Frecuencia cardíaca, IVS: índice de volumen sistólico, PmAP: Presión media de la arteria pulmonar

Gráfico número 1: Área bajo la curva ROC



0547. CARACTERÍSTICAS FENO Y GENOTIPICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Eduardo N. ORTUÑO CAMPOS | Sergio Juan BARATTA | María Victoria PIOVANO

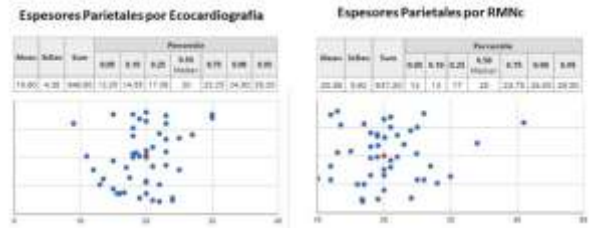
Hospital Universitario Austral

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) representa la cardiopatía hereditaria más frecuente que el cardiólogo enfrenta en la práctica clínica. Si bien existen numerosas publicaciones a nivel internacional, desafortunadamente todavía no existen demasiados datos sobre la misma en Argentina. Por otro lado, con el advenimiento de los estudios de secuenciación, la información del genotipo de estos pacientes es otra herramienta que el cardiólogo debe incorporar dentro de su práctica cotidiana. Con respecto a este último punto, es aún menor la evidencia disponible en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo sobre las principales características fenotípicas y genotípicas en la cohorte de pacientes con diagnóstico de MCH que se encuentran en seguimiento en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de MCH que realizan seguimiento en el servicio de patología cardiovascular hereditaria del instituto de cardiología del hospital universitario austral. Se recabaron datos clínicos, ecocardiográficos, de resonancia cardiaca (RMNc) y resultados de estudios de secuenciación disponibles.

Resultados: Nuestra cohorte presenta una edad media de 44 años, siendo un 80% varones. El 34% de los pacientes tiene antecedentes familiares de 1er grado con diagnóstico confirmado de MCH y el 20% refiere antecedentes de muerte súbita (MS) en familiares menores de 50 años. Con respecto a los hallazgos ecocardiográficos, la media del espesor parietal es de 19.6 mm, siendo el segmento basal anteroseptal el más afectado (55.1%). 5 pacientes presentaron obstrucción dinámica del tracto de salida (ODTSVI) de más 35mmHg en reposo y 2 presentaron ODTSVI mayor a 50 mmHg en reposo. Con maniobra de valsalva 8 pacientes superaron los 35 mmHg y 1 superó los 100 mmHg. Con respecto a la RMNc la media del espesor parietal es de 20.3 mm, siendo el segmento basal anteroseptal el más afectado (54.3%). Con respecto al realce tardío con gadolinio (RT), 32 pacientes presentan RT intramiocárdico, 5 transmural y 2 subepicárdico. En el caso de los estudios de secuenciación, se secuenciaron 40 pacientes. 11 pacientes presentan variantes en MYBPC3, 9 en MYH7, 2 en TNNT2, 1 en TNNI3, 1 TNNC1, 1 en MYL3, 1 en TPM1 y 1 en FLNC. Diez de estas variantes fueron clasificadas como patológicas, 11 como posiblemente patológicas y 5 como variantes de significado incierto.



Conclusiones: La cohorte en seguimiento en nuestro centro presenta una mayoría de casos en varones, siendo la edad media al diagnóstico de 44 años. La media de los espesores parietales fue de aproximadamente 20 mm con una adecuada correlación entre el ecocardiograma y la RMNc. El segmento más comprometido fue el segmento basal anteroseptal. Al igual que en otras series, los principales genes vinculados con el desarrollo de MCH fueron MYBPC3 y MYH7. En nuestra cohorte, del total de pacientes secuenciados el 52% presentó variantes patológicas o probablemente patológicas en genes sarcoméricos.

0553. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES SOMETIDOS A REPARACIÓN DE LA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE MEDIANTE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR (TEVAR). SEGUIMIENTO A MÁS DE 1 AÑO

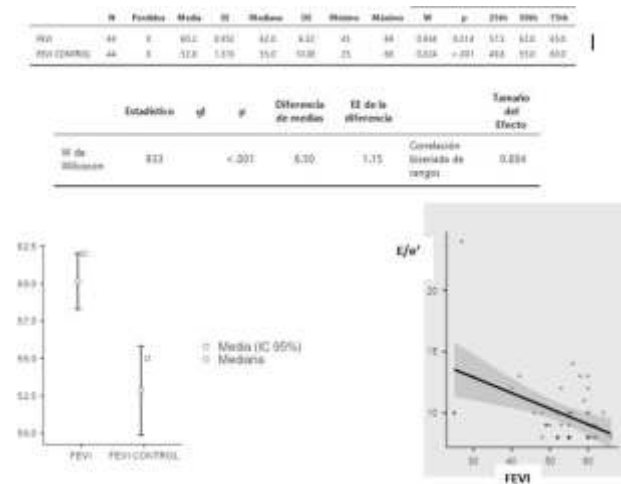
Medicina Vascul ar / Cardiopatía Intervencionista y Estructural
Julian FEDER | Maximiliano VILLAGRA | Ignacio DE LUCA | Mariano Andrés CASTELLI | Camila BATTU | Melina LIMA | Belcastro FERNANDO
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica descendente, ya sea crónica o aguda, ha demostrado una menor tasa de complicaciones en comparación con el tratamiento abierto convencional, debido a su naturaleza menos invasiva. Esto ha generado una expansión del método. Se ha podido observar que las propiedades físicas del material protésico condicionan una menor complacencia aórtica, con el consiguiente aumento de las cargas de presión en el ventrículo izquierdo. En relación con estos cambios hemodinámicos, se ha observado la estimulación de un remodelado cardíaco negativo en modelos animales, con el subsiguiente deterioro de la función sistólica. Por último, la escasa evidencia disponible, condiciona la impicancia clínica de estos hallazgos, haciendo imprescindible la ampliación del estudio en este campo.

Objetivos: Evaluar si el tratamiento endovascular de la aorta torácica descendente se asocia significativamente con el deterioro de la función ventricular medida por medio de la ecocardiografía de Simpson biplano y la medicina nuclear (GATED SPECT) en el seguimiento a 1 año.

Variables	N=44
Edad - años, mediana (P25-75)	69 (66-74)
Hombres - n (%)	35 (80)
HTA - n (%)	34 (77.3)
DiBT - n (%)	6 (13.6)
DLP - n (%)	31 (70.5)
TBQ - n (%)	6 (13.6)
Ex TBQ - n (%)	28 (63.6)
EPOC - n (%)	6 (13.6)
ERC - n (%)	5 (11.4)
ACO - n (%)	7 (15)
Marfan - n (%)	2 (4.5)
FEVI pre %; mediana (P25-75)	62 (57-65)
FEVI post %; mediana (P25-75)	52 (48-60)

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un análisis observacional retrospectivo en pacientes tratados tanto de forma aguda como programada para TEVAR en un instituto de alta complejidad de CABA desde el año 2009 hasta el 2020. De un total de 150 pacientes, se seleccionaron aquellos que contaban con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo estimada tanto antes del procedimiento (mediante ecocardiografía Doppler color por Simpson biplano o GATED SPECT) como después del mismo, con al menos 1 año de seguimiento mediante ecocardiografía Doppler color por Simpson biplano, lo que dio un total de 44 pacientes. Además, se recopilaron datos sobre factores de riesgo cardiovascular, aneurismas de la aorta torácica y antecedentes cardiovasculares. Para el análisis estadístico, se utilizó el test de Wilcoxon por presentar muestras de bajo volumen con una distribución anormal, mediante el software Jamovi versión 2.3.28.



Resultados: De un total de 150 pacientes, se incluyeron 44 que contaban con FEVI tanto antes como después del procedimiento, con al menos 1 año de seguimiento. La mediana de edad fue de 69 años (66-74). El 20% eran mujeres, el 77,3% eran hipertensos, el 13.6% diabéticos, el 70% dislipémicos, el 63.6% ex fumadores, el 13.6% fumadores actuales y el 13.6% con EPOC. Además, el 11.3% presentaba ERC y solamente un paciente tenía enfermedad de Marfan (2.4%). Se analizó la FEVI mediante la mediana y el rango intercuartílico debido a la distribución anormal de la muestra. Se evidenció una FEVI previa al procedimiento del 62% (57-65) y posterior al TEVAR de 52% (49-60) con al menos un año de seguimiento con una diferencia estadísticamente significativa con valor P de 0.001. Por último se realizó una correlación entre el deterioro de FEVI y el aumento de las presiones de lleno mediante E/e' con diferencia estadísticamente significativa mediante el test de Spearman.

Conclusiones: En este estudio observacional realizado con un pequeño número de pacientes, se observó un cambio ligeramente menor pero estadísticamente significativo en la FEVI de los pacientes sometidos a TEVAR con al menos 1 año de seguimiento. Queda por determinar si estos cambios podrían acentuarse o detenerse con el tiempo, así como si representan un estadio evolutivo y final en los cambios en la carga del ventrículo izquierdo.

0554. CLASIFICACIÓN DE LAS CONCLUSIONES DE ESTUDIOS DE ECOSTRESS A TRAVÉS DE TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL. COMPARACIÓN DE 3 METODOLOGÍAS

Medicina Digital e Inteligencia artificial

Gustavo STAMPONE | Santiago LYNCH | Gerardo MASSON | Julián CASTRO | Pablo Guillermo STUTZBACH

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: El desarrollo de la informática en salud nos ha permitido almacenar y procesar grandes volúmenes de información. Gran parte de estos datos se encuentran guardados en documentos en forma no estructurada como texto libre lo que dificulta la extracción de estos datos para darles valor. Es el caso de los estudios de ecocardiograma con estrés realizados en nuestro centro.

Objetivos: Comparar 3 estrategias de aprendizaje supervisado para automatizar la interpretación de las conclusiones de estudios de ecostress.

Materiales y Métodos: Recolectamos todos los estudios de ecostress realizados desde el año 2012, se etiquetó en forma semiautomática la presencia o ausencia de isquemia y/o necrosis. Se crearon tres modelos de aprendizaje automático, uno utilizando vectorización (TF-IDF) y regresión logística, otro con una combinación de TF-IDT y redes neuronales recurrentes, y un modelo utilizando una técnica de procesamiento del lenguaje preentrenado basada en redes neuronales llamado BERT. Se utilizó 80% de la muestra para entrenamiento y 20% para evaluación. Se evaluaron la precisión, recall, F1-Score, curva ROC y matriz de confusión de cada modelo para determinar la presencia de isquemia. Se monitoreó el tiempo que requiere el entrenamiento y evaluación de cada modelo.

Modelo	Exactitud	Precisión	Recall	F1-Score	ROC	Tiempo de Entrenamiento (minutos)
BERT	0.998	0.97	0.946	0.959	0.999	960
Regresión	0.99	0.951	0.622	0.75	0.995	69
RNN	0.991	0.94	0.67	0.78	0.994	126

Resultados: Se entrenaron los modelos con 40000 estudios previamente clasificados como con presencia o ausencia de isquemia. Se encontró para el modelo que utilizó BERT una exactitud de 0.998 (IC 0.997 - 0.999) precisión de 0.97 (IC95 0.968 - 0.97), Recall 0.946

(IC95 0.941 - 0.95), F1-Score 0.959 (IC95 0.954 - 0.963) y ROC 0.999. El modelo de regresión logística tuvo una exactitud de 0.99 (IC95 0.988-0.992), precisión de 0.951 (IC95 0.946-0.955), Recall 0.622 (IC95 0.611-0.63) F1 Score 0.75 (IC95 0.742-0.761) con ROC 0.995. El modelo con RNN tuvo una exactitud de 0.991 (IC95 0.989-0.989), precisión de 0.94 (IC95 0.935-0.945), Recall 0.67 (IC95 0.659-0.68) F1 Score 0.78 (IC95 0.77-0.79) con ROC 0.994. Los modelos tardaron 960, 69 y 126 minutos respectivamente.

Conclusiones: Los tres modelos tuvieron buena precisión para interpretar las conclusiones del ecostress, pero el modelo que utilizó BERT fue marcadamente superior en identificar correctamente los casos positivos (con isquemia). Sin embargo, esto se logró a costa de un mayor requerimiento computacional y tiempo de entrenamiento

0558. UTILIDAD DEL MACHINE LEARNING PARA PREDECIR AUSENTISMO EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Medicina Digital e Inteligencia artificial / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

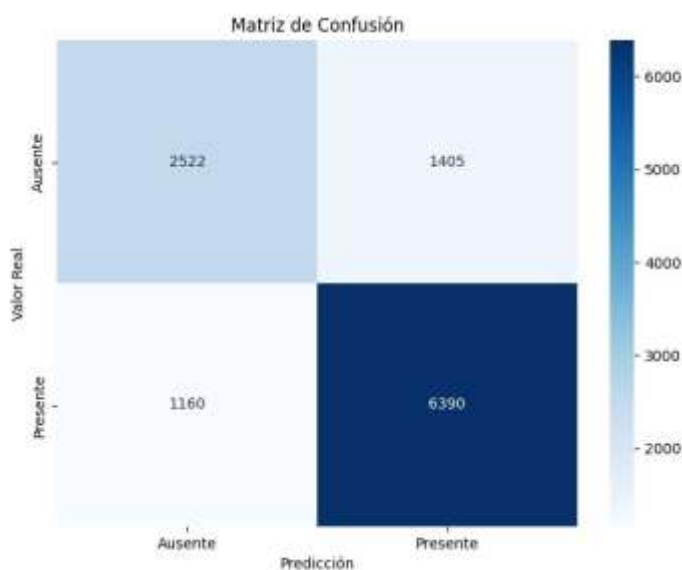
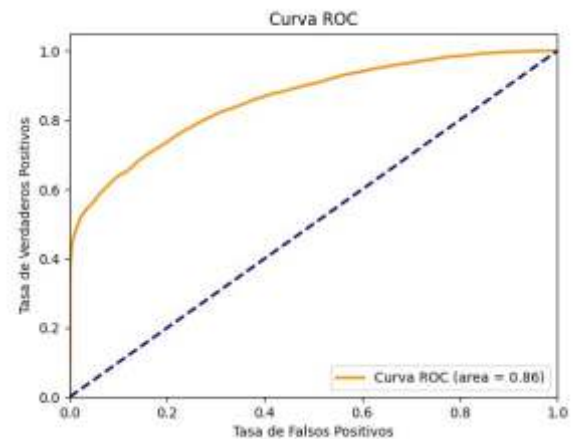
Diego Maximiliano LOWENSTEIN HABER | Rosina ARBUCCI | Ramiro SANTOS | Antonela Romina POLICHISO | Claudia Jesica VARGAS ESTRADA | Ignacio Nicolas ISQUIERDO | Jorge A. LOWENSTEIN | Pablo Esteban BONELLI

Bioimágenes Centro Diagnóstico

Introducción: El ausentismo en citas médicas, estimada en nuestro medio es del 15 al 20% y se transformó en un problema recurrente en los servicios de cardiología, causando ineficiencias en la utilización de los recursos y afectando negativamente la continuidad del cuidado del paciente. La capacidad de predecir qué pacientes son más propensos a faltar a sus citas permitiría implementar intervenciones preventivas, optimizando así la gestión del servicio.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar un modelo predictivo basado en técnicas de machine learning para identificar a los pacientes con mayor probabilidad de ausentismo en un servicio de cardiología.

Materiales y Métodos: Se recopiló un conjunto de datos de 30.000 pacientes de un servicio de cardiología. Se incluyeron todas las variables que en el análisis univariado resultaron predictoras de ausentismo con una $p < 0.05$. Se entrenó el modelo de machine learning utilizando random forest clasified. La muestra de entrenamiento consistió en 21.000 pacientes, de los cuales 14.000 fueron presentes y 7.000 ausentes. La validación se realizó con un conjunto de datos independiente de 9000 pacientes. Se evaluó la precisión, sensibilidad, especificidad, Valor predictivo positivo y el área bajo la curva ROC (AUC-ROC) del modelo.



Resultados: Las variables predictoras de ausentismo en el análisis univariado fueron ($P < 0.05$): edad, tiempo de espera hasta la cita de más de 10 días, cita confirmada previamente, la autoasignación del turno, el ausentismo previo, si es consulta de primera vez, que no se trate de pacientes de PAMI y presión atmosférica menor a 1000 hpa como subrogante de precipitación. El modelo de random forest clasified logró una precisión predictiva significativa en la validación del 78%, con un AUC-ROC de 0.86 (IC 95% 0.855-0.868), con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 64%. Valor Predictivo Positivo del 82%.

Conclusiones: Los resultados indican que los modelos de machine learning pueden predecir con precisión el ausentismo en un servicio de cardiología. La implementación de estos modelos en la práctica clínica podría permitir la identificación temprana de pacientes con alto riesgo de ausentismo,

facilitando la adopción de medidas proactivas como recordatorios personalizados y ajustes en la programación de citas. Esto no solo mejoraría la eficiencia del servicio, sino que también potenciaría la adherencia al tratamiento, beneficiando tanto a los pacientes como a los proveedores de salud.

0559. AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA: DESARROLLO DE UN MODELO DE PREDICCIÓN Y ESCALA DE PUNTUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Magali GOBBO | Alejandro Horacio MERETTA | María Victoria CARVELLI | Pablo ELISSAMBURU | Ana SPACCAVENTO | Néstor PÉREZ BALIÑO | Osvaldo H. MASOLI
ICBA

Introducción: En los últimos años, el creciente interés en la amiloidosis cardíaca por transtiretina (AC-TTR) junto con el surgimiento de una terapia específica, generó un incremento en el diagnóstico. Un gran avance en este sentido, fue la identificación de ciertas señales de alerta o "banderas rojas" para orientar la sospecha e intentar identificar a los pacientes en etapas más precoces de la enfermedad. Sin embargo, hasta el momento, contamos con escasa evidencia a cerca de la sensibilidad y especificidad diagnóstica de cada bandera roja o de si existe alguna combinación de variables que pueda predecir en forma confiable la presencia de AC-TTR.

Objetivos: Desarrollar un modelo de predicción basado en variables clínicas, electrocardiográficas y/o ecocardiográficas que permita establecer una escala de puntuación para guiar el diagnóstico de la AC-TTR.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 342 pacientes remitidos a nuestro servicio para la realización de centellograma cardíaco con hidroximetil-difosfonato (CC-HMDP) por sospecha de AC-TTR: 171 pacientes con diagnóstico positivo (CC-HMDP grado 2-3 y cadenas livianas negativas), fueron comparados con igual número de pacientes con diagnóstico negativo (CC-HMDP grado 0). Se analizaron datos clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos de ambos grupos, incluidas todas las banderas rojas, a excepción de proteinuria, strain longitudinal global y realce tardío con gadolinio (excluidos por alta pérdida de datos). Las variables cuantitativas se expresaron como media o mediana de acuerdo a su distribución, con su correspondiente rango intercuartilo y fueron comparadas con prueba de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y fueron comparadas mediante Chi-square test múltiple. Todos los datos recopilados, fueron incluidos en modelos de regresión logística uni y multivariados para evaluar su valor predictivo en el diagnóstico de AC-TTR. Se construyó una escala de puntuación de 0-8 puntos, que incluyó las variables identificadas como predictoras en los modelos. Para determinar la capacidad predictiva de la escala, se generó una curva de característica operativa del receptor (ROC) y se calculó el área bajo la curva (AUC) con su IC del 95%. Se estableció el nivel de significancia estadística como $p < 0.05$. El software utilizado fue SPSS Statistics.

Resultados: Las características basales de ambos grupos se muestran en la Tabla 1. En modelos de regresión logística uni y multivariados, se identificaron como predictores de AC-TTR: el septum interventricular ≥ 16 mm (OR 3.64, IC 95% 1.87-7.1), sexo masculino (OR 7.91, IC 3.7-17.1), el patrón de relajación pseudonormal o restrictivo (OR 12.7, IC 95% 6.1-26.3) y el antecedente de túnel carpiano bilateral (OR 24.4, IC 95% 6.1-97.9). En función de los OR obtenidos se creó la escala de puntuación (Fig 1 A). Mediante el análisis de la curva ROC, la escala mostró un AUC 0.88 (IC 95% 0.84-0.91), $p < 0.001$ (Fig 1B) y se identificó el valor ≥ 3 en la escala de puntuación con alta sensibilidad y especificidad para predecir AC-TTR (AUC 0.82 IC 95% 0.77-0.87), existiendo en estos casos un riesgo de 22.9 (IC 95% 12,3-42,5 $p < 0.001$) de padecer la enfermedad (Fig 1C).

Conclusiones: El modelo de predicción obtenido permitió desarrollar una escala de puntuación que demostró una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de AC-TTR, combinando datos simples que pueden extraerse de la consulta cardiológica y un ecocardiograma basal.

0560. ALTA EL MISMO DÍA LUEGO DE UNA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DE MIEMBROS INFERIORES

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Medicina Vascular

Federico LIBERMAN | Pablo Damián MASCOLO | Pablo Marcelo SPALETRA | Santiago ORDOÑEZ | Lucio Tiburcio PADILLA (H) | Fernando CURA | Gustavo Omar PEDERNERA
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La evidencia disponible demuestra que un programa de alta el mismo día (AMD) luego de una angioplastia transluminal coronaria electiva es una estrategia segura que permite optimizar el uso de los recursos hospitalarios. Sin embargo existe escasa evidencia disponible en tratamientos endovasculares de miembros inferiores.

Objetivos: Evaluar seguridad y eficacia del programa de angioplastia de miembros inferiores (ATP) en nuestra institución: Tasa de AMD y eventos mayores (EM) (mortalidad intrahospitalaria y re-intervención a 30 días).



Figura 1 – Mortalidad total y tasa de re-intervención a 30 días de seguimiento.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional tipo cohorte retrospectiva en un centro cardiovascular donde se incluyeron consecutivamente pacientes sometidos a una ATP electiva entre enero 2015 y diciembre 2023. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica digitalizada y de los informes de procedimientos.

Tabla 1 – Vaso intervenido mediante angioplastia transluminal

Íliaca Común	75 (17.2%)
Íliaca Externa	34 (7.8%)
Femoral Superficial	229 (52.6%)
Infrapatelar	143 (32.9%)

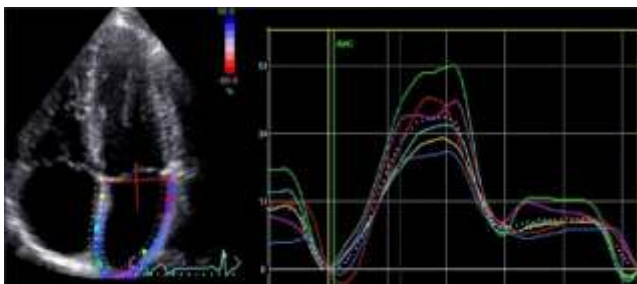
Resultados: Se incluyeron 435 procedimientos de ATP electivas. La edad media de los pacientes fue de 70.3 (\pm 10.2) años y 311 fueron de sexo masculino (71.5%). La distribución por vaso tratados se presenta en la tabla 1. La tasa de AMD fue 71.5%. Se reportaron 5 casos de nueva intervención, 3 muertes por todas las causas y ningún caso de accidente cerebrovascular a 30 días. Al analizar el sub-grupo de AMD, no se encontró una mayor incidencia de EM durante el seguimiento (figura 1).

Conclusiones: El programa de ATP con AMD representó la mayor proporción de ATP realizadas desde 2015 en nuestro centro y demostró ser seguro en relación a EM considerados en pacientes adecuadamente seleccionados.

0563. UTILIDAD DEL STRAIN AURICULAR IZQUIERDO PARA CARACTERIZAR LA FUNCIÓN DIASTÓLICA EN UN GRUPO DE PACIENTES AMBULATORIOS QUE CONCURREN A UN SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA HOSPITALARIO

Multimagen

Carolina Elizabeth FOGAR | Ariel Karim SAAD | Carolina CHAVIN | Barbara Gabriela LUX | Juan Manuel CAPARROS | Ricardo Alfredo PEREZ DE LA HOZ
Hospital de Clinicas Jose de San Martin



Introducción: La evaluación de la función diastólica (FD) del ventrículo izquierdo por Ecocardiografía Doppler, continúa siendo un desafío. De acuerdo a las últimas guías de práctica clínica, la evaluación de la FD debe basarse en cuatro parámetros principales: Relación E/e', velocidad de onda E' septal y/o lateral, velocidad pico de insuficiencia tricuspídea y el volumen de aurícula izquierda. No obstante, más de un tercio de los pacientes pueden tener FD indeterminada. El Strain Auricular (SA) puede resultar útil en ese grupo de pacientes.

Objetivos: Determinar la utilidad del SA para caracterizar la FD en un grupo de pacientes ambulatorios con diferente perfil de riesgo y fracción de eyección preservada.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 97 pacientes con edad promedio de 59.8 (DS) (Sexo femenino: 59%) años, que concurrieron al servicio de Ecocardiografía de un hospital universitario entre los meses de Enero y Mayo de 2024. Se incluyeron sólo pacientes con fracción de eyección preservada, sin cardiopatía estructural ni patologías agudas. Se evaluó la función diastólica según la guía de función diastólica de la AHA/ESC del 2016. El Strain Auricular se midió por la técnica de 2D Speckle Tracking. El índice de rigidez (IR) de la AI se estimó mediante el cociente entre la Relación E/e' y el SA de reservorio.

CARACTERÍSTICAS BÁSALES DE LA POBLACIÓN					
	GRUPO 1 NORMAL N: 60	GRUPO 2 INDETERMINADO N: 25	GRUPO 3 DISFUNCIÓN DIASTÓLICA N: 12	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA (p)	
Edad (años)	54 +/- 15	67 +/- 11	68 +/- 13	0,0001	
IMC	25 +/- 5	27 +/- 5	30 +/- 8	0,008	
TA sistólica (mmHg)	122 +/- 16	129 +/- 16	129 +/- 21	0,18	
TA diastólica (mmHg)	74 +/- 11	74 +/- 9	73 +/- 17	0,93	
FEY (%)	63 +/- 5	62 +/- 5	59 +/- 7	0,122	
Onda E' septal (cm/s)	9 +/- 2	7 +/- 2	6 +/- 1	0,0001	
Onda E' lateral (cm/s)	12 +/- 3	11 +/- 1	8 +/- 0,1	0,30	
Vol AI (ml/m2)	28 +/- 6	39 +/- 11	48 +/- 11	0,0001	
LAS-r (%)	32 +/- 6	25 +/- 7	21 +/- 6	0,0001	
LAS-cd (%)	16 +/- 7	11 +/- 5	9 +/- 2	0,0001	
LAS-cl (%)	15 +/- 3	13 +/- 5	12 +/- 4	0,01	
Relación E/E' / Las-r	0,26 +/- 0,11	0,40 +/- 0,17	0,50 +/- 0,33	0,0001	

Resultados: En base al análisis de los parámetros de FD, se dividieron a los pacientes en tres grupos: Grupo 1: pacientes con patrón normal o retraso en la relajación (< 50% de los parámetros de FD), grupo 2: función diastólica indeterminada (50% de los parámetros presentes) y grupo 3: disfunción diastólica (> 50% de los parámetros presentes). Las variables más relevantes se detallan en la Tabla. No se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo y al perfil de factores de riesgo entre los diferentes grupos. Por el contrario sí se evidenciaron diferencias en la edad y el índice de masa corporal. Desde el punto de vista ecocardiográfico se observaron diferencias significativas en la onda e' septal, el volumen de la AI, los diferentes parámetros de SA en las diferentes fases: reservorio, conducto y contracción y la rigidez

auricular (Tabla). El strain de reservorio correlacionó de manera significativa con la edad ($r: -0,55$; $p < 0,001$), el volumen de AI ($r: -0,41$; $p < 0,001$), la relación E/A ($r: -0,31$; $p = 0,002$) y la relación E/e' ($r: -0,20$; $p = 0,04$). Se realizó una curva ROC con el strain del reservorio para determinar el mejor punto de corte asociado a una presión de fin de diástole normal (Grupo I), resultado el valor de 26.7% (ABC 0.80 IC 95% 0,71-0,89), con una sensibilidad del 78% (IC 95% 70-85%), especificidad del 68% (IC 95% 54-78%), VPP 80% (IC 95% 71-86%) y VPN 96% (IC 95% 85-99%). Tomado este valor, en los 25 pacientes del G2, el 60% tenía un strain de reservorio menor a 26.7%, lo cual los acerca más al grupo con disfunción diastólica.

Conclusiones: El SA es una herramienta factible que resulta de utilidad en la práctica diaria para una mejor caracterización de la función diastólica de los pacientes, particularmente en aquel grupo con FD indeterminada.

0567. NIVELES BAJOS DE T3 AL INGRESO EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: EL ENEMIGO ESTÁ OCULTO ENTRE NOSOTROS

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Pablo Alejandro KLIN | Martín SCHITTER | María Florencia RENEDO | Francisco KLEIN | Liliana FAVALORO

Fundación Favaloro

Introducción: Se han identificado varios predictores para estimar el pronóstico en pacientes (P) que se internan por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD). Los niveles séricos de T3 bajos al ingreso (T3 baja) son prevalentes en este contexto, pero habitualmente no reconocidos y no han sido caracterizados en forma completa. No disponemos de evidencia de alta calidad vinculada a este fenómeno. La escasa información disponible proveniente de estudios observacionales tiene sesgos por confusión y de selección.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar incidencia, pronóstico y potenciales predictores de T3 baja en internaciones por ICAD.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohortes, retrospectivo y analítico que incluyó P > 18 años, internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Telemétricos de la Fundación

Predictor	HR crudo	IC95%	p	HR ajustado	IC95%	p
T3 baja	2.13	1.72 - 2.63	< 0.001	1.78	1.43 - 2.22	< 0.001
Empeoramiento IC	3.18	2.58 - 3.93	< 0.001	1.85	1.43 - 2.42	< 0.001
Resistencia a diuréticos	3.09	2.45 - 3.88	< 0.001	1.74	1.33 - 2.28	< 0.001
PSVD > 60 mmHg	1.62	1.28 - 2.05	< 0.001	1.44	1.13 - 1.84	0.003
Enfermedad coronaria	1.39	1.13 - 1.71	0.02	1.40	1.13 - 1.72	0.002
Uso de Inotrópicos	2.59	2.12 - 3.16	< 0.001	1.53	1.19 - 1.96	< 0.001

Favaloro entre Julio de 2011 y Diciembre de 2023 por ICAD. Se excluyeron P que recibieron un trasplante cardíaco o bajo diálisis crónica. El punto de corte para definir T3 baja se definió a partir de un modelo de regresión logística, con mortalidad hospitalaria como variable de respuesta. La selección de predictores relevantes se alcanzó por random forest y regularización. Se usó pareamiento por puntaje de propensión para generar dos grupos con similares características basales. El análisis estadístico se realizó con R (R Core Team, 2023).

Resultados: Se definió T3 baja ante T3 al ingreso < 0.50 ng/ml (AUCROC 0.85). Se incluyeron 1445 P; la incidencia de T3 baja fue de 21.2% (307 P). No hubo diferencias en el género ($p = 0.5$), valores de TSH ($p = 0.1$), fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($p = 0.9$) y presiones pulmonares ($p = 0.2$) entre los grupos. Los P con T3 baja fueron más añosos (74 ± 14 vs 71 ± 15 años; $p = 0.002$) y su creatinina al ingreso fue mayor (1.3 vs 1 mg/dl; $p < 0.001$). Hubo diferencias en los fenotipos clínicos, siendo hipoperfusión (32 vs 12%; $p < 0.001$) y anasarca (14.3 vs 8.3%; $p = 0.002$) más frecuentes en T3 baja. Estos P tuvieron internaciones más prolongadas (8 vs 7 días; $p < 0.001$), mayor uso de inotrópicos (28.7 vs 19.2%; $p < 0.001$), más frecuente empeoramiento de la ICAD (EIC) (23.8 vs 13.3%; $p < 0.001$) y resistencia a los diuréticos (24.8 vs 8.8%; $p < 0.001$). Tanto la mortalidad hospitalaria (11.8 vs 3%; $p < 0.001$); a 6 meses (40.1 vs 18.7%; $p < 0.001$) y 1 año (47 vs 27.8%; $p < 0.001$); como las tasas de reinternación a 6 meses (27.6 vs 15.8%; $p < 0.01$) y 1 año (43.8 vs 29.8%; $p < 0.01$) fueron mayores en P con T3 baja. Un modelo de regresión múltiple de Cox identificó a EIC, T3 baja, resistencia a los diuréticos, necesidad de soporte inotrópico, presión sistólica de arteria pulmonar > 60 mmHg y enfermedad coronaria como predictores independientes de mortalidad hospitalaria. Se identificó al clearance de creatinina al ingreso < 30 ml/min/1.73m² (OR 3.3; IC95% 2.26-4.8; $p < 0.001$), fenotipos de anasarca (OR 2.2; IC95% 1.4-3.3; $p < 0.001$) e hipoperfusión (OR 2.12; IC95% 1.4-3.1; $p < 0.001$), edad > 80 años (OR 2.1; IC95% 1.4-3.1; $p < 0.001$), natremia al ingreso < 130 mEq/L (OR 1.81; IC95% 1.3-2.5; $p = 0.001$) y uso previo de amiodarona (OR 1.52; 95%CI 1.1-2.1; $p = 0.01$) como predictores independientes de la presencia de T3 baja al ingreso.

Conclusiones: En nuestro estudio, los niveles bajos de T3 al ingreso en internaciones por ICAD fueron prevalentes y se asociaron fuertemente con mortalidad por todas las causas y reinternaciones por ICAD en el primer año. Su condición de punto surrogante de mal pronóstico podría ser confirmada en ensayos clínicos randomizados, así como la oportunidad y eventuales eficacia y seguridad de la terapia sustitutiva en subgrupos específicos.

0568. EFECTO ANGIOGÉNICO Y PROLIFERATIVO DE LA MEMBRANA AMNIÓTICA HUMANA DESCELULARIZADA EN CULTIVO DE CARDIOMIOCITOS

Investigación Básica

Pilar FERRER¹ | María Del Rosario BAUZÁ¹ | Francisco Stefano CIMBARO¹ | Agustina SCHARN¹ | Mariano BERRA² | Alberto CROTTOGINI¹ | Alejandro BERRA³ | Fernanda Daniela OLEA¹

IMETTYB-universidad Favaloro-CONICET¹; AMNIOSBMA²; UNIDAD 4, Centro de Medicina Traslacional (CEMET), Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce"³

Introducción: Entre las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte a nivel mundial. Su complicación más severa, el infarto agudo de miocardio (IAM), y su consecuencia la insuficiencia cardíaca, son responsables del 31% de las muertes en Argentina. En las últimas décadas, se han investigado terapias que intenten reducir el tamaño del infarto a través de la inducción de diversos mecanismos como ser la angiogénesis y la cardiomiogénesis. Se ha demostrado que la terapia de biomateriales que utiliza membrana amniótica humana descelularizada (dhAM) tiene un gran potencial terapéutico en la regeneración de diferentes tejidos, lo que la convierte en una candidata posible como terapia cardioregenerativa.

Objetivos: En el presente trabajo nos propusimos evaluar el efecto de dhAM sobre la angiogénesis y la proliferación celular en cultivo de cardiomiocitos (CMs).

Materiales y Métodos: CMs neonatales de rata fueron co-cultivados con dhAM (grupo CM-dhAM), o sin dhAM (CM-control). A los 3 días post-tratamiento, se midió en ambos grupos: a) la proliferación celular, mediante el ensayo de MTS (reportado como porcentaje relatibizado al grupo control), b) la inducción de la angiogénesis in vitro, mediante ensayo de tubulogénesis (reportado como cantidad de coronas formadas/mm² en cultivo de HMEC1 co-cultivadas con sobrenadantes de CMs de ambos grupos), y c) la expresión de genes relacionados con la proliferación celular (Ciclina D1 y Ciclina A2) y con la angiogénesis (Vegf y Angiogenina) mediante RT-qPCR (reportado como niveles relativos de mRNA). Los datos son expresados como Media ± DE, se utilizó test-t considerando P < 0,05.

Resultados: La proliferación celular fue mayor en el grupo CM-dhAM en comparación con CM-control (130,14 ± 20,08 vs 100 ± 3,48, P=0,025). Estos resultados fueron acompañados con una tendencia en el aumento de la expresión génica de Ciclina D1 (2,71 ± 1,62 vs 1,08 ± 0,46, P= 0,099) y Ciclina A2 (4,52 ± 4,89 vs 1,55 ± 1,56, P=NS). Respecto a la inducción de angiogénesis, se observó un aumento significativo en la formación de coronas en el grupo CM-dhAM respecto al grupo control (1,24 ± 0,48 vs 0,53 ± 0,12, P=0,027), a su vez la expresión génica de Vegf fue significativamente mayor en el grupo CM-dhAM (3,93 ± 1,53 vs 1,25 ± 1,03, P= 0,027), y en angiogenina se observó una tendencia (1,69 ± 1,14 vs 0,98 ± 0,69, P=NS).

Conclusiones: El uso de la dhAM en cultivo de cardiomiocitos estimuló la proliferación celular y la angiogénesis. Estos resultados preliminares sugieren que dhAM podría ser utilizada como terapia en futuros estudios de regeneración cardíaca.

0574. UTILIDAD DEL ARGENSORE Y DEL STS SCORE PARA PREDECIR MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

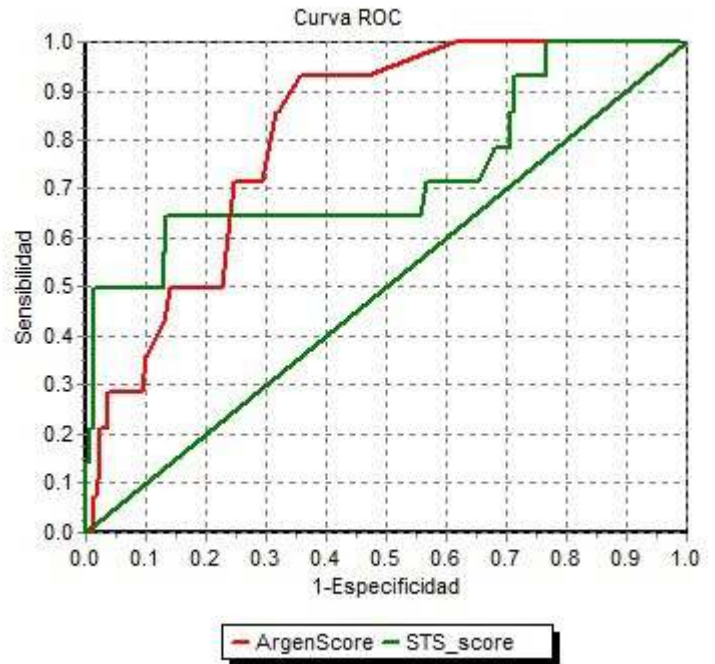
Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Sol SUSHEK | Mariela Susana LEONARDI | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Cristian ZGRABLICH | Claudio DIZEO
Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La cirugía cardiovascular (CCV) continúa siendo un pilar fundamental en el tratamiento tanto de la enfermedad coronaria y valvular, como de otras enfermedades cardiovasculares. Se han desarrollado puntajes para predecir la mortalidad intrahospitalaria en CCV, uno de los más utilizados en el mundo es el STS score (Society of Thoracic Surgeons score). Por otro lado, el argenScore es un puntaje simple que se ha desarrollado a partir de datos de nuestro país y es cada vez más utilizado en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad del clásico STS score y el ArgenScore como predictores de mortalidad intrahospitalaria en el posoperatorio de CCV en un centro de alta complejidad.

Materiales y Métodos: En forma retrospectiva se incluyeron pacientes a los que se realizó CCV en un centro de alta complejidad entre 2022 y 2023. Se analizaron variables clínicas, antecedentes, tipo de cirugía y la evolución intrahospitalaria. Con los datos de ingreso, se calcularon los scores STS y ArgenScore. Se consideró el punto final primario de mortalidad intrahospitalaria y como punto secundario el punto combinado de mortalidad intrahospitalaria y necesidad de reoperación. Se realizó análisis multivariado por regresión logística. Para establecer la capacidad de discriminación de los scores se evaluó el área bajo la curva ROC (ABC) y la comparación entre las curvas se realizó mediante la prueba de homogeneidad de áreas Ji-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes con una edad de 74 ± 8 años, 41% mujeres. El 63% (n=117) fueron By pass aorto-coronarios puros, el 22% (n=41) cirugías valvulares puras (16 mitrales, 14 aórticas y 12 bi-valvulares). Se utilizó circulación extracorpórea en el 71% (n=135) de los pacientes, el 27% (n=51) presentaba $Fey < 40\%$ y el 36% (n=65) antecedente de revascularización previa. La mortalidad intrahospitalaria fue de 7.5% (n=14) y el punto combinado se presentó en el 11.8% (n=22). En el análisis multivariado, ambos fueron predictores de mortalidad intrahospitalaria. ArgenScore: OR 1.08 (IC95% 1.02 - 1.16), $p < 0.01$ y STS score: OR 1.64 (IC95% 1.24 - 2.17), $p < 0.001$. El área bajo la curva ROC del ArgenScore fue 0.81 versus 0.73 del STS ($p = 0.052$). Ver figura. Respecto al punto combinado, ambos fueron predictores independientes (ArgenScore OR 1.05 (IC95% 1.02-1.11), $p = 0.04$ y STS: OR 1.56 (IC95% 1.23 - 2.04), $p = 0.02$). El área bajo la curva ROC del ArgenScore fue 0.72 versus 0.70 del STS ($p = 0.22$).



Conclusiones: En nuestra población de pacientes sometidos a CCV, la mortalidad fue menor al 10% y el punto combinado se observó en menos del 15% de los pacientes. Ambos scores fueron predictores independientes de mortalidad, el argenscore con una tendencia a presentar mejor capacidad de discriminación que el STS. Respecto al punto combinado, ambos fueron predictores, con una aceptable capacidad de discriminación.

0576. RÉDITO DEL ESTUDIO GENÉTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Multimagen

Josefina PARODI | Florencia MANDÓ | Lucila María CAROSELLA | Martín Alejandro MUNIN | Michael SALAMÉ | Jorge THIERER | Javier GUETTA

CEMIC

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía genética más frecuente. La mayoría de las variantes o mutaciones detectadas son en genes de proteínas que conforman el sarcómero. Aunque el rédito del estudio genético (EG) es variable según el fenotipo, puede llegar al 70%. Identificar la base genética en la MCH nos permite realizar estudios en cascada a familiares y aporta valiosa información pronóstica. No obstante, esta herramienta aún no se utiliza de manera rutinaria por su alto costo y difícil acceso. Seleccionar pacientes que pueden obtener mayor rédito del EG puede ser de utilidad para abordar esta dificultad.

Objetivos: Analizar las características clínicas y de estudios por imágenes que se asocian con un EG positivo para las mutaciones sarcoméricas más frecuentes, en una cohorte de pacientes con MCH.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes evaluados en un consultorio de miocardiopatías desde enero 2022 a abril 2024, con diagnóstico de MCH por ecocardiograma transtorácico (ETT). Se analizaron los datos clínicos, ECG, Holter, ETT y resonancia cardíaca (RMC). Se excluyeron los pacientes en los que no se realizó EG, y los pacientes portadores de fenocopias.

Resultados: De los 55 pacientes en seguimiento por MCH se realizó EG en 33 pacientes (60%). La media de edad fue $54,1 \pm 12,9$ años,

VARIABLE	N=33
Edad (años - media(DE))	54,06 (12,88)
Sexo Masculino (%)	28 (84,8)
Antecedentes familiares (%)	11 (33,3)
HTA (%)	22 (66,7)
Diabetes (%)	6 (18,2)
Fibrilación Auricular (%)	9 (27,3)
CDI (%)	6 (18,2)
Síntomas (%)	23 (69,7)
ECG Signos HVI (%)	13 (39,4)
ECG T negativas (%)	16 (48,5)
ETT máximo espesor (mm - media(DE))	18,37 (4,13)
ETT obstrucción dinámica (%)	14 (42,4)
ETT FEY (%) - media(DE))	58,24 (12,76)
ETT Movimiento anterior sistólico VM (%)	12 (36,4)
ETT diámetro AI (mm - media(DE))	43,24 (5,13)
RMN anomalía VMitral (%)	11 (37,9)
RMN Gadolinio Presente (%)	21 (75,0)
SCORE HCM Risk-SCD (media-DE)	2,75 (2,10)
RESULTADO GENETICO POSITIVO (%)	10 (30,3)

85% eran de sexo masculino. Las características basales de la población se describen en tabla I. El 30% de los pacientes evaluados presentó un resultado positivo en el EG (G+) para variantes sarcoméricas. Los pacientes G+ eran más jóvenes (47,9 +/- 13,6 vs 56,7 +/- 11,9 años, p=0,04). El sexo, factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes y presencia de síntomas fueron similares en ambos grupos. En el ECG hubo más frecuencia de ondas T negativas en pacientes con G+ (90 vs 30,4%, p<0,01), y mayor incidencia de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) en el Holter ECG (60% vs 5,9%, p<0,01). En el ETT, los pacientes con G+ presentaron más frecuentemente fenotipo de hipertrofia tipo septum reverso (80% vs 8,7%), mientras que en los G- fue más prevalente el fenotipo septum sigmoideo (10 vs 82,6%), p<0,01. Los G+ presentaron mayor espesor parietal máximo, con mediana de 20.5 (17.9-22.2) mm en G+ vs 17 (16-18) mm en G-, p=0,01, y menor diámetro auricular izquierdo (39,6 +/- 4,74 mm vs 44,9 +/- 4,52 mm, p=0,01). Se obtuvo información de la RMC en 28 de los 33 pacientes. El 100% de los pacientes con G+ presentaron algún grado de realce tardío con gadolinio (RTG), frente al 61,1% de los G- (p=0,02). Respecto del riesgo de muerte súbita, los pacientes con G+ presentaron mayor valor del Score Europeo HCM Risk-SCD, con mediana de 2,9 (2-5,4) vs 2,1 (1,4-2,7) puntos, p=0,03. El 60% de los pacientes G+ tenían colocado un cardiodesfibrilador (CDI), vs 0% de los pacientes con G- (p<0,01). En una regresión logística múltiple que incluyó los datos con significación estadística, solo la presencia de septum reverso se asoció de manera independiente con un EG positivo.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con MCH evaluada genotípicamente presentan resultado positivo para variantes sarcoméricas. Las variables asociadas con un G+ son la menor edad, portación de CDI, mayor score de riesgo de muerte súbita, T negativas en ECG y TVNS en Holter; septum tipo reverso, mayor espesor septal y menor diámetro auricular izquierdo en el ETT, y RTG+ en la RMC. La presencia de septum reverso parece ser la variable más fuertemente asociada. Ante la escasa disponibilidad del EG en nuestro medio, conocer las variables que predicen un mayor rédito diagnóstico del estudio resulta indispensable para una selección más eficiente de los candidatos al mismo.

0578. ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/GLUCEMIA: PREDICTOR COSTO-EFECTIVO DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS

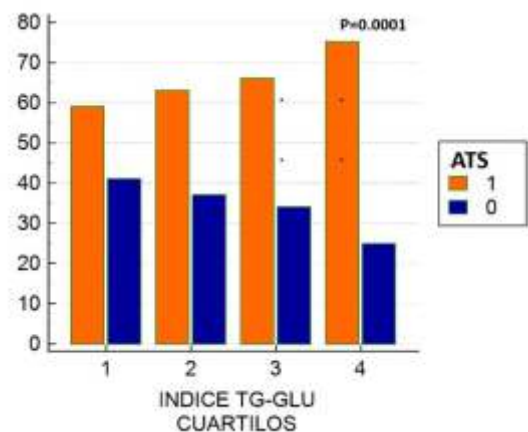
Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Cecilia SPARNOCHIA | María Noelia BRENZONI | Susana Beatriz APOLONI | Julieta María BUSTAMANTE | Renzo Eduardo MELCHIORI | Fabian Edie FERRONI | Carlos CASTELLARO | Sergio Ariel GONZÁLEZ
Hospital Universitario Austral

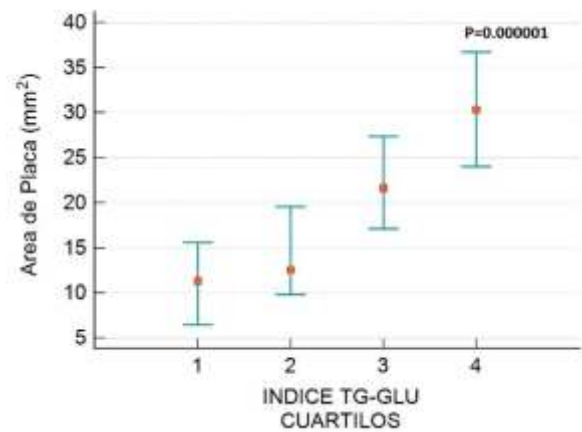
Introducción: El incremento de los eventos cardiovasculares en la mujer postmenopáusica es un fenómeno que debe ser observado con especial atención por el impacto en la mortalidad y en la discapacidad que generan en esta población, siendo en la mayoría de los casos de etiología aterosclerótica. El desarrollo de insulinoresistencia (IR) -como expresión de alteración en el metabolismo de los estrógenos- podrían ser clave en el desarrollo de aterosclerosis vulnerable. En tal sentido, la utilización del índice triglicéridos/glucemia (ITG), una herramienta accesible por su bajo costo, podría ser útil en la caracterización metabólica y su vinculación con aterosclerosis en este grupo de pacientes.

Objetivos: 1-Evaluar la asociación entre el ITG y la aterosclerosis subclínica (ATS). 2-Determinar si el ITG es un predictor independiente de ATS ajustado por factores de riesgo cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte trasversal para evaluar la variación del ITG en función de la ausencia/presencia de ATS. Por tal motivo se evaluaron 2925 mujeres que concurren consecutivamente al Centro Cardiometabólico del Hospital Austral (01/2016-10/2023) para realizarse un control cardiovascular estructurado (antropometría, determinación de presión arterial, laboratorio metabólico que incluyó medición de glucosa (Glu) y triglicéridos (Tg), rastreo de ATS carótido-femoral por ultrasonografía según Consenso de Manheim), en el marco del registro CARFARE (Cardiometabolic Factors Risk Evaluation). Se excluyeron del presente análisis pacientes <55 años, con antecedente de infarto, accidente cerebrovascular, revascularización coronaria y aquellas tratadas con terapia de reemplazo hormonal al momento del estudio. Se calculó el ITG a través de la siguiente fórmula: $\text{Ln}(\text{Tg} [\text{mg/dl}] \times \text{Glu} [\text{mg/dl}] / 2)$. La población fue clasificada en 4 grupos por cuartiles (Q) de ITG. Se realizó un análisis exploratorio de la presencia y carga de aterosclerosis (en mm²) a través cuartiles de ITG (Chi²/Kruskal Wallis, respectivamente). Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para evaluar el ITG como predictor independiente de ATS.



Resultados: Se incluyeron 1209 mujeres postmenopáusicas en prevención primaria cardiovascular (63.7 ± 7.66 años). Se observó un aumento progresivo de la prevalencia de ATS a través de los cuartiles crecientes de ITG ($P=0.0001$) (Grafico1). En el mismo sentido, se evidenció un aumento sostenido de la carga de ATS del 1er al 4to cuartile de ITG ($P = 0.000005$) (Grafico2). En el análisis multivariado el ITG se comportó como un factor independiente de ATS ajustado por edad, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad: OR 1.50 (IC 95% 1.12-2.0, $p 0.005$), test de Hosmer y Lemeshow $P=0.3$, $\chi^2 8.55$, ROC 0.72 (IC 95% 69-75).



Conclusiones: En nuestra población de mujeres postmenopáusicas, el ITG presentó correlación con la presencia/carga de ATS y se comportó como un predictor independiente de ATS carótido-femoral ajustado por factores de riesgo cardiovascular clásicos. Son necesarios más estudios para confirmar la utilidad de este índice.

0579. ESTIMACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS EN PREVENCIÓN, COMPARACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DE RIESGO CLÁSICOS Y LOS NUEVOS PUNTAJES 2023

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Lorenzo LOBO¹ | Walter MASSON² | Graciela Beatriz MOLINERO³ | Julia Daniela DELGADO RIVEROS¹ | Maria Del Carmen V. SARLI BALDOVINO¹ | Javier BARBARA¹ | Alejandro FELICI¹ | Gustavo DIAZ¹

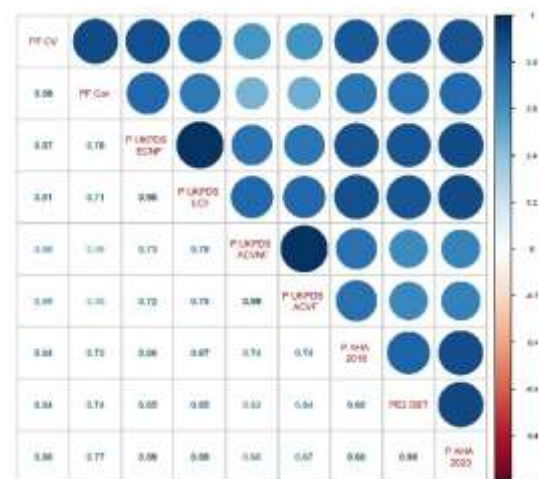
Hospital Militar Campo de Mayo¹; Sociedad Argentina de Lipidos²; Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"³

Introducción: La diabetes es una de las grandes epidemias a nivel mundial, junto con la obesidad, este incremento exponencial de la diabetes genera un gran impacto sanitario, ya que esta, aumenta casi al doble la mortalidad de los pacientes. Se sugiere evaluar el riesgo en estos pacientes para intensificar el tratamiento con estatinas. De las nuevas funciones 2023, PREVENT (AHA) y SCORE2-DBT (ESC) solo esta ultima fue diseñada para esta población.

Objetivos: 1-Estimar el riesgo cardiovascular en lo pacientes diabéticos en prevención primaria utilizando distintas funciones de riesgo. 2-Estimar la correlacion entre las funciones utilizadas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte transversal, multicentrico donde fueron evaluados pacientes que concurrían a consultorio de prevención cardiovascular de cinco centros de CABA y de la Provincia de Buenos Aires . Se incluyeron los pacientes con diabetes en prevención primaria, según definición glucémica actual. Se excluyeron: insuficiencia renal (clearance < 30 ml/min), y pacientes tratados con estatinas. Se calcularon los puntajes de riesgo a 10 años de Framingham para enfermedad cardiovascular (PF CV), enfermedad coronaria (PF Cor), el puntaje de riesgo del ACC/AHA 2018 (P AHA 2018), el puntaje de riesgo PREVENT (P AHA 2023), el SCORE2-DBT (PE2 DBT) y el puntaje de riesgo del estudio prospectivo en diabetes del Reino Unido (UKPDS) para enfermedad coronaria y ACV fatal y no fatal (P UKPDS ECF, P UKPDS ECNF, P UKPDS ACVF, P UKPDS ACVNF). Las variables continuas fueron expresadas como media (\pm desvío standard) y la comparación entre grupos se realizo con el test de Student o Mann Whitney Wilcoxon según la distribución. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y el análisis entre grupo se efectuo con el test de Chi2. La correlacion entre las funciones de riesgo se realizo con el test de Pearson´s. Se considero como significativo un valor de $p < 0.05$.

Variables Continuas, Media (\pm DS)	Sexo			Global
	Hombre	Mujeres	P	
Edad(Años)	61.0(11.3)	61.5(10.1)	0.76	61.2(11)
CT(mg/dl)	202.7(40.2)	197.8(29.3)	0.38	200.7(36.2)
LDL(mg/dl)	126.3(37.5)	113.9(27.4)	0.02	121.1(34.1)
TG(mg/dl)	184.3(115.7)	155.4(73.4)	0.07	172.4(101.2)
HDL(mg/dl)	41.8(10.4)	51.3(15.2)	0.00	45.7(13.4)
IMC(Kg/m2)	29.9(5.2)	31.7(6.1)	0.04	30.6(5.7)
HbA1c(%)	7.1(1.2)	6.9(1.4)	0.33	7.1(1.3)
Duración DBT(Años)	7.8(7.0)	6.2(5.8)	0.10	7.1(6.6)
Variables Categoricas %	n=100	n=70	P	
TBQ	25.0	10.0	0.00	18.8%
AHF	23.0	10.0	0.05	17.6%
PLACA	60.0	37.1	0.01	50.1%
FA	6.1	0.0	0.10	3.6%
INSULINA	18.2	10.1	0.22	14.9%



Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, edad media $61.2 (\pm 11)$ años, 58.8% hombres. La media de Hemoglobina glicosilada fue de $7.1\% (1.3)$,

el 15% recibía tratamiento insulínico, la evolución de la diabetes era de 7.2 (±6.6) años. El 64.1 % era hipertenso, 18.8% tabaquista y el 3.6% tenía antecedentes de fibrilación auricular. Ver características basales Tabla 1. Los promedios de SFCV, SFEC y NP fueron 33.4%(±21.1%), 20.5%±12.1% y 24.3%±17.9% respectivamente. Los puntajes de riesgo del UKPDS para enfermedad coronaria fatal y no fatal y ACV fatal y no fatal fueron de 15% ± 13.8%, 22% ± 16.3 %, 2.1% ± 2.8% y 14.2% ± 18.7 %, respectivamente. Puede observarse la densidad de distribución de las funciones en la Fig. 1. Hubo una buena correlación entre la mayoría de las funciones comparadas con valores de "R" entre 0.46 a 0.98. Los puntajes 2023, P AHA23 y PE2 DBT fueron de 11.2% ± 5.7 y 10.4 ± 5.5 respectivamente respectivamente. Puede observarse la densidad de distribución de las funciones en la Fig. 1. Hubo una buena correlación entre la mayoría de las funciones comparadas con valores de "R" entre 0.46 a 0.98. Fig 1

Conclusiones: Las funciones utilizadas, categorizaron en general a nuestros pacientes como de alto riesgo, pero dicha categorización fue heterogénea, con buena correlación entre las distintas funciones. Las funciones específicas para esta población, y validadas para la población donde se quieran utilizar podrían mejorar en gran medida estos resultados.

0580. PREDICCIÓN DE LA PLACA ATEROSCLERÓTICA CAROTÍDEA EN PACIENTES DIABÉTICOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN FUNCIÓN DE LOS PUNTAJES DE RIESGO CLÁSICOS Y LOS NUEVOS PUNTAJES 2023

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Lorenzo LOBO¹ | Walter MASSON² | Graciela Beatriz MOLINERO³ | Julia Daniela DELGADO RIVEROS¹ | María Del Carmen V. SARLI BALDOVINO¹ | Javier BARBARA¹ | Alejandro FELICI¹ | Gustavo DIAZ¹

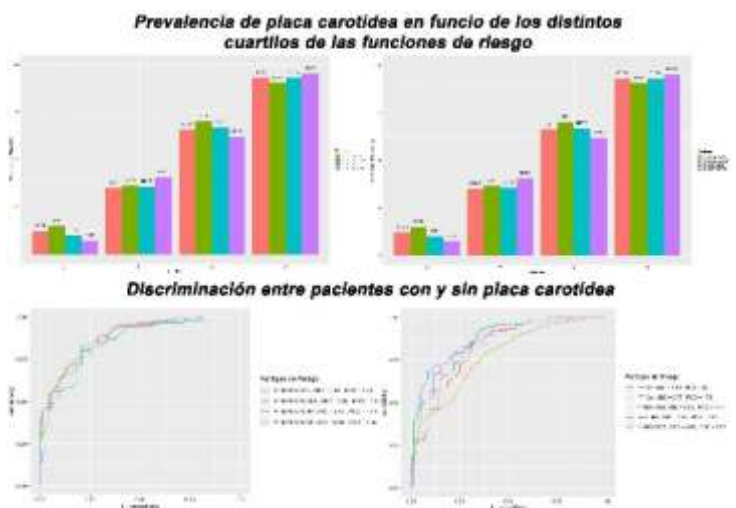
Hospital Militar Campo de Mayo¹; Sociedad Argentina de Lípidos²; Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"³

Introducción: La diabetes es una de las grandes epidemias a nivel mundial junto con la obesidad, adjudicándole casi al doble la mortalidad a los pacientes. Las funciones de riesgo clásicas no fueron diseñadas para esta población, y de las nuevas funciones 2023, PREVENT (AHA) y SCORE2-DBT (ESC) solo esta última fue diseñada para esta población.

Variables Continuas, Media (±DS)	Sexo									Global
	Población sin placa			Población con placa			Población general			
	Hombre	Mujer	P	Hombre	Mujer	P	Hombre	Mujer	P	
Edad(Años)	52.4(9.8)	57.7(9.7)	0.02	66.8(8.0)	68.1(7.0)	0.42	61.0(11.3)	61.5(10.1)	0.76	61.2(11)
CT(mg/dl)	203.4(42.3)	195.0(28.7)	0.29	202.3(39.0)	202.5(30.9)	0.99	202.7(40.2)	197.8(29.3)	0.38	200.7(36.2)
LDL(mg/dl)	120.8(36.1)	111.3(29.1)	0.19	129.8(38.2)	118.3(24.3)	0.16	126.3(37.5)	113.9(27.4)	0.02	121.1(34.1)
TG(mg/dl)	225.4(155.3)	149.5(74.6)	0.01	156.9(67.9)	165.4(71.3)	0.60	184.3(115.7)	155.4(73.4)	0.07	172.4(101.2)
HDL(mg/dl)	41.2(11.0)	52.7(15.6)	0.00	42.3(10.1)	48.6(14.3)	0.02	41.8(10.4)	51.3(15.2)	0.00	45.7(13.4)
IMC(Kg/m2)	30.6(5.5)	31.8(6.0)	0.38	29.4(5.0)	31.5(6.32)	0.11	29.9(5.2)	31.7(6.1)	0.04	30.6(5.7)
HbA1c(%)	7.0(1.5)	6.8(1.3)	0.53	7.2(0.9)	7.2(1.4)	0.81	7.1(1.2)	6.9(1.4)	0.33	7.1(1.3)
Duración DBT(Años)	4.7(4.3)	5.2(4.3)	0.60	10.0(7.7)	7.9(7.4)	0.24	7.8(7.0)	6.2(5.8)	0.10	7.1(6.6)
Variables Categoricas %	n=40	n=44		n=60	n=26		n=100	n=70	P	
TBQ	15.5	6.8	0.24	30.0	15.4	0.03	25.0	10.0	0.00	18.8%
AHF	25	11.4	0.18	21.7	7.7	0.21	23.0	10.0	0.05	17.6%
PLACA	0	0		100	100		60.0	37.1	0.01	50.1%
FA	2.6	0	0.96	8.3	0.0	0.31	6.1	0.0	0.10	3.6%
INSULINA	12.8	11.6	1.00	21.7	7.7	0.21	18.2	10.1	0.22	14.9%

Objetivos: 1-Describir la prevalencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC) en las diferentes categorías de riesgo determinada por los puntajes utilizados. 2-Establecer el punto de corte óptimo (PCO) de cada función que permita discrimina en sujetos con y sin PAC.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte transversal, multicéntrico. Se incluyeron los pacientes con diabetes en prevención primaria según la definición actual. Se excluyeron pacientes con clearance de creatinina < 30 ml/min, y pacientes tratados con estatinas. Se determinó la presencia de PAC por ultrasonido. Se calcularon los puntajes de riesgo a 10 años de Framingham para enfermedad cardiovascular (PF CV), enfermedad coronaria (PF Cor), el puntaje de riesgo del ACC/AHA 2018 (P AHA 2018), el puntaje de riesgo PREVENT (P AHA 2023), el SCORE2-DBT (PE2 DBT) y el puntaje de riesgo del estudio prospectivo en diabetes del Reino Unido (UKPDS) para enfermedad coronaria y ACV fatal y no fatal (P UKPDS ECF, P UKPDS ECNF, P UKPDS ACVF, P UKPDS ACVNF). Se evaluó la prevalencia de placa según los



distintos cuartiles de los puntajes de riesgo, se realizó una curva ROC para evaluar la predicción de placa, evaluar el área bajo la curva y calcular el PCO por el índice de youden. Las variables continuas fueron expresadas como media (\pm desvío standard) se realizaron test de hipótesis según el tipo y distribución de las variables.

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, edad media 61.2 (\pm 11) años, 58.8% hombres. La media de Hemoglobina glicosilada fue de 7.1% (1.3), la evolución de la diabetes era de 7.2 (\pm 6.6) años. Ver Tabla 1. Los sujetos con PAC eran de mayor edad (67.2 \pm 7.7 vs. 55.1 \pm 10.0 años, $p < 0.001$) y en estos se observó mayor prevalencia de sexo masculino (69.8% vs. 47.6%, $p = 0.004$), de tabaquismo (25.6% vs. 11.9%, $p = 0.002$) y de tratamiento antihipertensivo (79.1% vs. 48.8%, $p < 0.001$) que en los pacientes sin PAC. Los valores de las puntuaciones medias fueron significativamente mayores en los pacientes con PAC (PF CV: 44.6% \pm 20.0% vs. 22.0% \pm 15.3%, $p < 0.001$; PF Cor: 26.1% \pm 12.5% vs. 14.8% \pm 8.7%, $p < 0.001$; PAHA 2018: 35.2% \pm 16.5% vs. 13.7% \pm 11.9%, $p < 0.001$; P UKPDS ECNF: 31.1% \pm 17.0% vs. 12.5% \pm 7.9%, $p < 0.001$; P UKPDS ECF: 22.8% \pm 15.0 frente a 6,8% \pm 5,5%, $p < 0.001$; P UKPDS ACVNF: 22.8% \pm 22.6 frente a 5.2% \pm 4.8%, $p < 0.001$; P UKPDS ACVF: 3.3% \pm 3.4 frente a 0.78% \pm 0.97 %, $p < 0,001$). En general, la prevalencia de PAC fue del 50.1% (hombres: 60.0%; mujeres 37.1%), siendo mayor en los estratos de mayor riesgo (cuartiles) en todas las puntuaciones evaluadas Fig 1 El análisis ROC mostró un buen poder de discriminación entre los sujetos con o sin PAC. Pueden verse los puntos de cortes óptimos, el ABC, la sensibilidad y especificidad en la Fig 1

Conclusiones: La prevalencia de PAC aumentó significativamente en los estratos más altos de riesgo estimado. La comprensión de la relación entre la presencia de PAC y las puntuaciones de riesgo, podría mejorar la estimación de este en los pacientes con diabetes en prevención primaria.

0582. IMPACTO DEL FOTOPERIODO EXTREMO Y EL AISLAMIENTO PROLONGADO SOBRE LOS PARÁMETROS CARDIOVASCULARES

Investigación Básica

Martin Carlos PUIGDOMENECH¹ | Ricardo Mario IGLESIAS² | Juan Antonio BERTARINI³ | Brian SILVAN SCHACHTEL⁴ | Santiago PEREZ LLORET⁵ | Ana AZARA⁶ | Roxana RATTO⁶ | Matías DEPRATI⁶

Hospital Militar Regional Mendoza "Cirujano Primero Diego Paroissien"¹; Hospital de Alta Complejidad de Formosa²; Hospital Central de Mendoza³; División Sanidad Comando Conjunto Antártico⁴; Observatorio de Salud, Universidad Católica Argentina, CONICET⁵; Dir. Asuntos Medicos. Laboratorio Eleas⁶

Introducción: La sincronización del reloj biológico, encargado de la regulación temporal de las funciones fisiológicas, está dada principalmente por las variaciones en la luz que se produce cada día. Además, las relaciones sociales cumplen un papel organizador en la sincronización del marcapaso central. Se dispone de escasa información sobre la fisiología cardiovascular bajo condiciones extremas respecto al fotoperíodo, al aislamiento y zonas sin contaminación ambiental, contextos habituales en sitios inhóspitos como en la Antártida.

Objetivos: Estudiar el impacto del fotoperíodo extremo, el aislamiento social en una zona sin contaminación ambiental sobre los parámetros cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y longitudinal llevado a cabo en la Base Antártica Argentina Belgrano II. La cual se caracteriza por poseer un fotoperíodo extremo que está compuesto por cuatro meses de luz y cuatro meses de oscuridad constantes. Y cuya población se encuentra aislada durante 12 meses en un espacio sin contaminación ambiental. Un grupo de 23 militares entrenados y sanos, aceptaron participar en el proyecto. A los cuales se le realizaron ergometrías (TA basal, Mx esfuerzo, recuperación, Mets alcanzados, saturación de oxígeno basal, Mx esfuerzo) y holter de 24 horas (FC Máx y Min, variabilidad de la FC (SDNN), arritmias). Se controló además peso y composición corporal por impedanciometría, temperatura corporal y ambiental. Las

	Basal	Meses de Oscuridad	Meses de Luz	p
Ergometría (basal)				
Sat O2	97.8 \pm 1.38	97.9 \pm 1.42	97.8 \pm 1.28	
Frecuencia Cardíaca	79.8 \pm 12.9	74.3 \pm 11.4	74.0 \pm 11.3	<0.05
Sistólica	118 \pm 11.5	112 \pm 7.15	113 \pm 8.76	<0.01
Diastólica	76.1 \pm 6.56	68.2 \pm 8.11	69.9 \pm 9.15	<0.01
Ergometría (máx)				
Sat O2	96.8 \pm 1.76	96.2 \pm 2.14	96.1 \pm 2.43	<0.05
Frecuencia Cardíaca	177 \pm 10.8	169 \pm 11.7	168 \pm 11.0	<0.01
Sistólica	164 \pm 15.6	153 \pm 13.3	159 \pm 14.3	<0.01
Diastólica	88.7 \pm 6.94	91.6 \pm 6.14	95.4 \pm 7.97	<0.01
Ergometría (recup 1 min)				
Sat O2	97.7 \pm 1.18	96.2 \pm 2.09	96.2 \pm 2.15	<0.01
Frecuencia Cardíaca	147 \pm 16.6	149 \pm 13.6	151 \pm 12.8	
Sistólica	153 \pm 19.4	145 \pm 13.3	153 \pm 14.9	<0.05
Diastólica	78.7 \pm 9.68	81.2 \pm 8.56	74.9 \pm 8.51	<0.05
Ergometría (recup 3 min)				
Sat O2	98.1 \pm 1.24	97.8 \pm 1.25	97.3 \pm 1.40	<0.01
Frecuencia Cardíaca	116 \pm 15.0	108 \pm 15.4	107 \pm 15.1	<0.01
Sistólica	129 \pm 13.2	125 \pm 14.0	125 \pm 11.7	<0.05
Diastólica	77.0 \pm 5.59	74.4 \pm 8.87	73.2 \pm 8.65	<0.01
Mets alcanzados	9.76 \pm 1.51	10.0 \pm 1.64	10.2 \pm 1.42	
Holter				
FC mínima	45.5 \pm 10.3	42.0 \pm 4.84	41.1 \pm 4.17	<0.05
Horario (hs)	5.56 \pm 0.76	5.91 \pm 0.79	5.62 \pm 0.69	
FC máxima	126 \pm 14.3	129 \pm 17.0	131 \pm 17.6	<0.01
Horario (hs)	13.27 \pm 1.44	12.84 \pm 1.13	13.63 \pm 1.01	
FC diferencial	80.1 \pm 19.1	86.6 \pm 17.2	89.5 \pm 16.7	
SDNN	155.0 \pm 37.7	164.0 \pm 38.7	177.0 \pm 33.3	<0.05

mediciones se realizaron durante los meses de marzo (basal), mayo, junio, julio, agosto (meses de oscuridad-noche polar), y septiembre noviembre y enero (meses de luz). Cada individuo fue control de sí mismo. Se compararon los estudios basales con los períodos de oscuridad y luz, además de ambos períodos entre sí. Análisis estadístico: Se empleó un análisis de Ecuaciones de Estimación Generalizada, para el análisis de las variaciones de las variables en las diferentes instancias de evaluación.

Resultados: Todos los participantes son hombres, edad media 34.7 ± 5.07 años (27-43), único factor de riesgo tabaquismo en 7 individuos (30%). Con una temperatura ambiental de 23.1 ± 0.718 centígrados y la misma alimentación y exigencias físicas diarias durante 12 meses. Se muestran las diferencias estadísticas de cada evaluación respecto de la evaluación inicial como * o **, $p < 0.05$ o $p < 0.01$ respectivamente (Tabla 1). El análisis estadístico reveló, además, diferencias entre el periodo de oscuridad y de luz en las siguientes variables: TA sistólica y diastólica en Mx esfuerzo, en TA diastólica (recuperación 1 min), sat. O₂ (recuperación 3 min), FC máxima y SDNN (holter). No se encontraron diferencias en la composición corporal, (IMC, % grasa corporal, % masa muscular, cintura abdominal) durante el seguimiento de la población.

Conclusiones: En una población joven y sana, bajo las mismas condiciones de temperatura ambiental, alimentación y actividad física, el fotoperiodo extremo, el aislamiento prolongado en un espacio libre de contaminación ambiental podrían generar un incremento fisiológico del tono vagal. La importancia de este hallazgo en condiciones extremas debiera generar nuevas hipótesis de trabajos en el futuro.

0583. PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EN LA DEMORA AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE URGENCIA, SEGÚN LA ADMINISTRACIÓN PREVIA DE ESTREPTOQUINASA

Cardiopatía Isquémica

Federico Ivan WECKESSER | Carolina GALVEZ GIL | Mercedes QUIROGA | Alejandro KIM | Analía ALONSO | Vielka YURKO | Rodrigo Ignacio BLANCO | Gerardo Esteban GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Los fibrinolíticos constituyen una alternativa terapéutica para el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar características clínicas, demora al llamado al interconsultante de guardia, tiempos de isquemia y resultado de la angioplastia coronaria (AC) de urgencia en pacientes (ptes) que recibieron estreptoquinasa previo a la realización de la intervención.

n= 1486	Pacientes que no recibieron fibrinolíticos (n=1456)	Pacientes que recibieron fibrinolíticos (n=30)	p valor
Edad (años)	60 +- 11	55 +- 8	n.s
Hipertensión arterial (%)	823 (56.5)	13 (43.3)	n.s
Dialipemia (%)	444 (30.5)	6 (20)	n.s
Diabetes (%)	253 (17.4)	8 (26.6)	n.s
Tabaquismo activo (%)	669 (45.9)	15 (50)	n.s
Antecedentes heredo-familiares (%)	310 (21.3)	7 (23.3)	n.s
Sedentarismo (%)	881 (60.5)	18 (60)	n.s
Obesidad (%)	407 (27.9)	11 (36.6)	n.s
Enfermedad coronaria previa (%)	173 (11.8)	0	<0.05
Killip y Kimball B,C o D	315 (22.1)	13 (43.3)	<0.01
ATC exitosa	1109 (89.5)	26 (86.6)	n.s
Muerte	66 (4.5)	2 (6.6)	n.s
Demora consulta llamada	40 (19-87)	130 (46-230)	<0.01
Demora dolor consulta	95 (48-195)	122 (77-270)	n.s

Materiales y Métodos: Estudio observacional de ptes que ingresan aun hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por IAMCEST para la realización de una AC de urgencia entre 2014 y 2023. Se dividió a la población según hubiesen recibido estreptoquinasa. Se analizaron datos demográficos, clínicos, éxito de la AC y tiempos en mediana y cuartil 25%-75% (expresadas en minutos): demora al llamado (desde la consulta a la llamada al interconsultante de guardia), tiempo de isquemia (desde el inicio del dolor a la reperusión con balón). Análisis estadístico: Test de chi cuadrado para datos cuantitativos, ANOVA o Kruskal Wallis para datos cualitativos y $p < 0.05$ para significancia estadística.

Resultados: Se analizaron los datos de 1486 ptes, de los cuales el 2 % recibieron estreptoquinasa. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en edad y factores de riesgo cardiovasculares. En pacientes con antecedentes coronarios previos hubo menor uso de fibrinolíticos. El estadio de Killip y Kimball, la demora al llamado y el tiempo de isquemia fue peor en pacientes que recibieron fibrinolíticos.

Conclusiones: Los ptes con diagnóstico de IAMCEST que reciben fibrinolíticos presentaron una mayor demora al llamado, probablemente a la espera de la reperusión con trombolíticos, lo cual condicionó un mayor tiempo de isquemia y una peor condición clínica.

0584. BENEFICIOS CARDIOMETABÓLICOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y COMPORTAMIENTO DE LA ENZIMA ANTIOXIDANTE ASOCIADA A HDL

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Ezequiel LOZANO CHIAPPE¹ | Maximiliano MARTINI¹ | Leonardo GÓMEZ ROSSO¹ | Belen DAVICO¹ | Axel Federico BESKOW² | Susana GUTT² | Dong Hoon WOO² | Fernando BRITES¹

FFYB-UBA¹; Hospital Italiano de Buenos Aires²

Introducción: La obesidad es un reconocido factor de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECA) y se asocia a una serie de comorbilidades, entre las cuales se distingue la presencia de alteraciones de los niveles plasmáticos y de la calidad de las lipoproteínas circulantes. Asimismo, la obesidad mórbida representa la forma más extrema y la intervención quirúrgica es la opción terapéutica más exitosa. Particularmente, la cirugía bariátrica disminuye el potencial aterogénico del perfil lipídico y también podría mejorar la funcionalidad de las lipoproteínas, especialmente de aquellas de alta densidad (HDL), únicas con capacidad cardioprotectora.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo consistió en evaluar el efecto de la cirugía bariátrica (CB) sobre la actividad de la enzima antioxidante asociada a HDL, paraoxonasa (PON) I, y su asociación con distintas modificaciones lipoproteicas.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 29 pacientes adultos de ambos sexos con obesidad provenientes del Equipo Multidisciplinario de Cirugía Bariátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, los cuales fueron sometidos a un bypass gástrico en Y de Roux y evaluados 6 y 12 meses después de la intervención, y además subclasificados usando como punto de corte la mediana del índice de masa corporal (IMC), una concentración de triglicéridos (TG) en ayunas de 150 mg/dL y niveles de colesterol-HDL (C-HDL) de 40 mg/dL en hombres y 50 mg/dL en mujeres. Se evaluaron el hemograma, los niveles plasmáticos de glucosa, proteína C reactiva ultrasensible (PCRus), TG, colesterol total (CT), C-HDL, colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) y C-no-HDL. Se calcularon los índices neutrófilos/linfocitos (N/L), glucosa triglicéridos (TyG), TG/C-HDL, y CT/C-HDL. La actividad PON I se analizó por método espectrofotométrico, empleando fenilacetato como sustrato.

Resultados: Luego de la CB, los pacientes redujeron significativamente su IMC y los niveles de PCRus, y aumentaron los de C-HDL luego de transcurridos 6 y más aún después de 12 meses. A su vez, las concentraciones plasmáticas de glucosa y TG, así como los índices TyG y TG/C-HDL, disminuyeron luego de 6 meses y se mantuvieron a los 12 meses de la CB ($p < 0,05$). Más aún, los valores de C-no-HDL y de los índices de N/L y CT/C-HDL mostraron descensos significativos luego de 12 meses ($p < 0,05$). Respecto a la actividad de PON I, la misma mostró una primera disminución significativa a los 6 meses ($p < 0,05$) y una posterior recuperación a los 12 meses ($p < 0,05$). Al analizar separadamente esta actividad enzimática, se observó el mismo comportamiento en el grupo de pacientes con mayor IMC, en el grupo con valores de TG > 150 mg/dL y en el grupo con valores de C-HDL por debajo de los puntos de corte seleccionados ($p < 0,05$), mientras que, en los grupos con menor IMC, menores TG y mayor C-HDL, no se observaron cambios asociados a la CB.

Conclusiones: La CB produjo mejoría sostenida del IMC, disminución de los marcadores del proceso inflamatorio (PCRus e índice N/L), de los indicadores de resistencia insulínica (TyG y TG/C-HDL) y de los parámetros lipídicos y lipoproteicos, evidenciando ello distintos beneficios metabólicos y disminución del riesgo de ECA. En este contexto, la actividad antioxidante de la enzima PON I, principal responsable de la función de las HDL inhibiendo la oxidación de las LDL, se vio transitoriamente afectada por la CB a los 6 meses en la población global a expensas de los pacientes con mayor grado de obesidad y perfil lipídico más aterogénico (mayores TG y menor C-HDL), pero a los 12 meses se recuperó la actividad inicial al igual que en los pacientes con menor grado de comorbilidades.

0586. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNA POBLACIÓN ADULTA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Valvulopatías

Juan Jose BACIGALUPE | Christian Albert MONTERO SÁNCHEZ | Ezequiel LERECH | Mauro ROSSI PRAT | Gloria LUNA | Laura ANTONIETTI | Diego KYLE | Maximiliano DE ABREU

Hospital El Cruce

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología compleja, cuya mortalidad intrahospitalaria sigue siendo elevada, pese a los avances en el manejo clínico y quirúrgico. De acuerdo a los registros epidemiológicos de EI en nuestro país, en los últimos años se observó un incremento de la edad en la población afectada y mayor frecuencia de EI asociada a dispositivos intracardíacos.

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN (N=151)

	n (%)
Sexo masculino	99 (65,5)
Factores predisponentes	
Dispositivo intracardíaco	36 (23,8)
Cardiopatía predisponente	32 (21,1)
Válvula protésica	10 (6,6)
Procedimiento invasivo 6 m pes	46 (30,4)
Procedimiento endovascular	36 (19,9)
Tiempo desde el inicio de los síntomas	
Días/HC	20 (19,9)

Objetivos: El objetivo del estudio fue describir las características epidemiológicas, etiológicas y clínicas de una población internada con diagnóstico de EI en un hospital de alta complejidad, y su evolución intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron los datos de un registro prospectivo, unicéntrico, que incluyó la totalidad de pacientes (p) que ingresaron al servicio de cardiología de un hospital público con diagnóstico de EI, entre agosto 2012 y marzo 2024. Se recolectaron datos sociodemográficos y variables clínicas relacionadas con el cuadro de EI, incluyendo antecedentes, información sobre procedimientos y evolución intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 151 p, de edad media 46 años [RIC 30-57], la mayoría hombres (n=99; 65,5%). Entre los factores predisponentes el 23,8 % tenía colocado un dispositivo intracardíaco o catéter endovascular y el 6, % una válvula protésica, el 21,1 % tenía una cardiopatía predisponente. El 30,4 % había recibido un procedimiento invasivo en los 6 meses previos, entre los cuales el procedimiento endovascular fue el más prevalente (19,9%). Entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico transcurrieron 20 [RIC 9-30] días. El 84,7% había cursado una internación en otro centro, previa a su derivación al hospital de alta complejidad. Entre las EI con cultivos positivos (n= 103; 68,2%), el Staphylococcus fue el germen más frecuente, seguido por Streptococcus y Enterococcus. En la evolución clínica, las complicaciones identificadas por ecocardiograma fueron: afectación valvular con insuficiencia moderada a severa (n= 108; 71,5%); perforación valvular (n=84; 55,6%); pseudoaneurisma (n=38; 25,1%) y absceso (n= 15; 9,9%). La afectación valvular aórtica fue la más prevalente (n=88; 58,2%), seguida de la mitral (n=61; 40,4%), tricúspide (n=22; 14,5%), y combinada (n=32; 21,1%). Entre las complicaciones extracardíacas, se registraron embolias a nivel esplácnico, del sistema nervioso, pulmonar y renal. (Ver Tabla 2) La duración media del tratamiento antibiótico fue de 34 días (RIC 25-43). El 59,6% (n=90 p) recibió tratamiento quirúrgico, entre los cuales el reemplazo valvular fue el procedimiento más frecuente (mecánico n=48; 53,3%; biológico n= 14; 15,5%; homoinjerto n=6; 6,6 % y doble recambio valvular n= 11; 12,2%). En 11 p se realizó extracción de dispositivo (7,2%). La mortalidad global intrahospitalaria fue 33,1 % (n=50). No se observaron diferencias significativas en la mortalidad entre los grupos de tratamiento: 34,4% en el grupo tratado quirúrgicamente versus 31,1 % en el grupo sin cirugía (p=ns).

Conclusiones: En nuestro estudio se observó una elevada prevalencia de complicaciones, elevada mortalidad por EI y el germen causal predominante fue Staphylococcus, datos similares a los hallazgos de otros registros nacionales e internacionales. Sin embargo, la población afectada fue más joven que lo reportado en otros estudios, hallazgo que podría deberse a determinantes sociales, considerando que se trata de una población internada en un hospital público, aunque debería ser explorado en futuros estudios.

Tabla 2: MICROBIOLOGÍA		N (%)
Hemocultivos		
	Positivos	103 (68,2)
Germen		
	St Aureus	23 (22,5)
	Streptococcus	22 (21,2)
	Enterococo	8 (7,9)
	St coagulasa neg	5 (4,8)
EVOLUCIÓN		N (%)
Complicaciones en ecocardiograma		
	Insuf valvular	108 (71,5)
	Perforación valvular	84 (55,6)
	Pseudoaneurisma	38 (25,1)
	Absceso	15 (9,9)
Complicaciones extracardíacas (embolias)		
	Bazo	35 (23,2)
	Sistema Nervioso	27 (17,9)
	Pulmón	23 (15,2)%
	Riñón	9 (5,9)%
Duración ATB (días/mediana)		34 [25-43]
Mortalidad global		33,1%

0592. EFECTOS DE LOS RELOJES INTELIGENTES CON FUNCIÓN ELECTROCARDIOGRAFICA EN PACIENTES CON MARCAPASOS IMPLANTADOS: COMPARACIÓN CON EL ELECTROCARDIOGRAMA DE SUPERFICIE Y EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERFERENCIA ELECTROMAGNÉTICA

Arritmias y Electrofisiología

Florencia Lucía MUSCHIETTI | Jorge GALPERIN | Pablo Augusto FERNANDEZ | Daniel ETCHEVERRY | Hyun Sok YOO | Manuel LAGO | Hugo Ariel GARRO | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: En los últimos años han aparecido relojes inteligentes (SW) que permiten el registro de distintas derivaciones del ECG según la ubicación de este dispositivo. En aquellos pacientes portadores de marcapasos (MCP), el ECG convencional permite diagnosticar distintas alteraciones relacionadas al funcionamiento del dispositivo y asociarlas con síntomas presentados por el paciente. Se desconoce con seguridad si la cercanía del reloj inteligente al generador del MCP puede producir interferencia electromagnética (IEM).

Objetivos: Evaluar la detección y su grado de correlación de las espigas auriculares y ventriculares en los ECG realizados mediante el SW comparados con el ECG convencional de 12 derivaciones en pacientes con MCP. Evaluar la posibilidad que el SW provoque IEM evidenciable a través del registro brindado por el programador del marcapasos.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 50 pacientes con diferentes patologías mediante un ECG estándar de 12 derivaciones, seguido de grabaciones por el SW de ECG de 9 derivaciones estándar (a excepción de aVR, aVL, aVF). Se utilizaron relojes Apple Watch modelo 6 y 9. Durante la grabación de registros por el reloj inteligente se evaluó la presencia de IEM con el programador del MCR. La correlación entre los métodos se expresó, para las variables numéricas, como el coeficiente de correlación concordancia de Lin (CCC) y su magnitud, mediante su correspondiente intervalo de confianza del 95 % y el sesgo de posición y, para las variables categóricas, como el coeficiente de concordancia kappa, y su correspondiente valor p.

Resultados: Se observó una elevada correlación entre los registros realizados por el ECG y aquellos obtenidos por el SW (CCC cercano a 1). Durante la grabación de los registros electrocardiográficos mediante el SW no se observó IEM en ninguno de los 50 casos analizados en este trabajo. El SW fue concordante con los registros electrocardiográficos para la detección de espigas tanto auriculares como ventriculares, con mayor concordancia para la detección de estas últimas.

Conclusiones: El registro electrocardiográfico mediante SW es un promisorio método que aparece como opción para la realización de diagnósticos en situaciones que están fuera del alcance del ECG convencional, aunque previamente, deberían establecerse valores normativos poblacionales para su adecuada interpretación. En nuestro trabajo no se evidencia interferencia electromagnética y se presenta como un método seguro capaz de individualizar las espigas ventriculares de los marcapasos, siendo la concordancia más alta para la identificación de la espiga en V2 para la ventricular, y la más baja, en DIII para la espiga auricular.

0593. PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA: DIFERENCIAS DEMOGRÁFICAS Y EN LAS DEMORAS AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE URGENCIA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Carolina GALVEZ GIL | Alejandro KIM | Mercedes QUIROGA | Federico Ivan WECKESSER | Miguel Federico ALBORNOZ | Rodrigo Ignacio BLANCO | Federico BLANCO | Gerardo GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La presencia enfermedad coronaria (EC), según el antecedente de angioplastia coronaria (ATC) o cirugía de revascularización miocárdica (CRM), en el síndrome coronario agudo podría actuar como un factor de alerta en los pacientes (ptes) y la comunidad médica.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar si la presencia de enfermedad coronaria previa influye en las demoras al tratamiento con ATC de urgencia en ptes con diagnóstico infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

n= 1486	Pacientes sin antecedentes coronarios (grupo 1)	Pacientes con antecedentes coronarios (grupo 2)	p valor
N	1313 (88.3%)	173 (11.6)	
Edad (años)	59 +- 11	60 +- 11 0.5	
Sexo masculino	1045 (79.5)	156 (90.1)	<0.01
Hipertensión arterial (%)	711 (54.1)	129 (72.2)	<0.01
Dialipenia (%)	376 (28.6)	74 (42.7)	<0.01
Diabetes (%)	219 (16.6)	42 (24.2)	0.02
Tabaquismo activo (%)	617 (46.9)	68 (38.7)	0.04
Antecedentes hereditarios (%)	283 (21.5)	34 (19.6)	0.62
Sedentarismo (%)	793 (60.4)	106 (61.2)	0.86
Killip no A	289 (22)	46 (26.5)	0.1
ATC exitosa	1189 (90.6)	150 (86.3)	0.1
Demora dolor consulta	100 (50-210)	85 (33-165)	0.02
Demora consulta llamada	42 (20-92)	35 (15-69)	0.09
Demora consulta balón	146 (109-213)	137 (112-216)	0.8
Demora puerta - balón	46 (33-85)	68 (26-105)	<0.01
Mortalidad	60 (4.5)	8 (4.5)	0.9

Materiales y Métodos: Estudio observacional de ptes que ingresan a un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la guardia externa del propio centro o desde otros hospitales con diagnóstico de IAMCEST para realizarse una angioplastia de urgencia, durante 2014 y 2023. Se dividió a la población en dos grupos: ptes sin antecedentes coronarios (Grupo 1) y con antecedentes coronarios (Grupo 2). Se analizaron datos demográficos, antecedentes cardiovasculares, condición clínica al ingreso, éxito de la ATC, mortalidad y tiempos a la angioplastia en mediana con cuartiles 25%-75% (expresadas en minutos): demora consulta (desde el inicio del síntoma a la consulta médica), demora diagnóstica (desde la consulta al llamado al interencionista de guardia), demora consulta balón (desde la consulta a la reperusión con balón) y demora puerta balón (desde la llegada al hospital a la reperusión con balón). Análisis estadístico: Test de chi cuadrado para datos cuantitativos, ANOVA o Kruskal Wallis para datos cualitativos y p<0.05 para significancia estadística.

Resultados: Se analizaron los datos de 1486 pacientes, de los cuales el 12 % tenían antecedentes de EC, los cuales también presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. En los ptes con antecedentes de EC se observó más enfermedad de múltiples vasos, menor demora en la consulta y mayor demora puerta balón. No se observaron diferencias en el Killip y Kimball al ingreso, éxito de la angioplastia ni en la mortalidad. Los resultados se resumen en la tabla.

Conclusiones: Lo ptes con IAMCEST y antecedentes de EC consultan con mayor rapidez frente al inicio de los síntomas. Sin embargo presentan una mayor puerta balón, lo cual podría explicarse debido a la dificultad técnica que representa la mayor presencia de compromiso multivaso y factores de riesgo.

0594. SODIO URINARIO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL SEGUIMIENTO DE ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Juan María IROULART | Mariano Gaston BERGIER | Fernando Damián GARAGOLI | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Santiago DECOTTO | Emiliano ROSSI | Rodolfo PIZARRO | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La respuesta diurética en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es variable. La concentración de sodio urinario ha sido propuesta como parámetro para guiar el tratamiento diurético en estos pacientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la utilidad del dosaje de sodio urinario dentro de las primeras 6 horas de la admisión para identificar a aquellos pacientes en riesgo de reinternaciones y/o muerte durante los 180 días posteriores a una hospitalización por ICA.

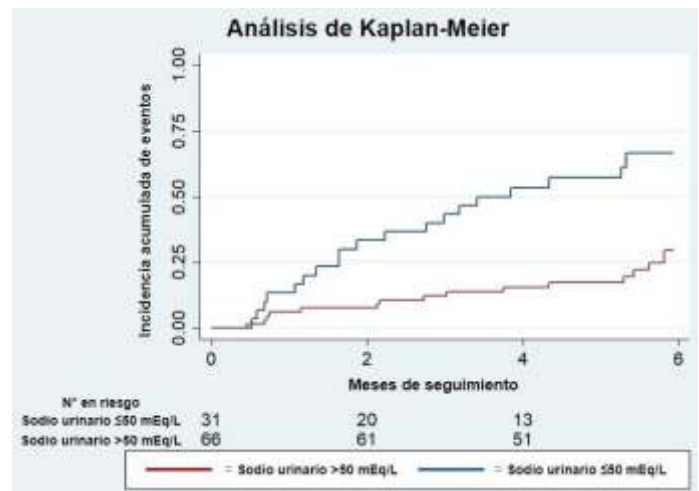
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años internados con diagnóstico principal de ICA en el período Diciembre 2022 a Septiembre 2023. Se excluyeron los de etiología específica: síndromes coronarios agudos, valvulopatías severas con indicación quirúrgica, trasplantes cardíacos y trastornos pulmonares graves. Se evaluó la asociación de los valores de sodio urinario dosados entre 2 y 6 horas luego la administración de la primera dosis de diurético endovenoso y la incidencia de muerte o reinternación por insuficiencia cardíaca durante el seguimiento. Se realizó una curva ROC y se determinó el mejor punto de corte mediante el método de Liu para la incidencia del punto final combinado.

Resultados: En el análisis se incluyeron 101 pacientes (Tabla 1). La mediana de edad fue de 82 [74-86] años. El 53.5% fueron de sexo masculino. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (86.1%), dislipemia (52.6%), antecedente de insuficiencia cardíaca (56.4%) y fibrilación auricular (45.5%). La sobrecarga de volumen fue la forma de presentación clínica más frecuente (76%). El 37% de los pacientes presentó el evento combinado de muerte o rehospitalización durante el seguimiento; siendo la reinternación el evento más incidente dentro del mismo (32,7%). En el 96% de los pacientes se determinó el valor de sodio urinario entre las 2 y 6 horas del inicio de la terapia con diuréticos endovenosos. Se observó que el grupo que presentó valores iguales o menores a 50 mEq/L tuvo mayor incidencia de reinternaciones y muerte durante los 180 días posteriores ($p < 0.001$, Log-Rank test) (Gráfico 1). Este punto de corte tuvo una sensibilidad del 57%, una especificidad del 83% y un área bajo la curva de 0.7.

Conclusiones: El valor de sodio urinario determinado entre las 2 y 6 horas del inicio de la terapia con diuréticos endovenosos en la ICA es un parámetro útil para identificar pacientes con mayor riesgo de muerte o reinternaciones durante el seguimiento.

Tabla 1.

Características de los pacientes al ingreso hospitalario	N=101
Edad, años, mediana [RIC]	82 [74-86]
Sexo masculino, % (n)	53,5 (n=54)
Hipertensión arterial, % (n)	86,1 (n=87)
Dislipemia, % (n)	52,6 (n=49)
Diabetes Mellitus, % (n)	23,8 (n=24)
Coronariopatía, % (n)	23,8 (n=24)
Insuficiencia cardíaca previa, % (n)	56,4 (n=57)
Insuficiencia renal crónica, % (n)	45,5 (n=46)
Fibrilación auricular, % (n)	45,5 (n=46)
Accidente cerebrovascular, % (n)	8,9 (n=9)
NT-ProBNP, pg/ml, mediana [RIC]	6433 [2927-15255]
Sodio urinario, mEq/L, media (DS)	80 (+/-37)
Cometas pulmonares, mediana [RIC]	12 [8-16]
FEV1, %, media (DS)	43 (14)



0596. PREVALENCIA DE CHAGAS EN LA UNIDAD CORONARIA DEL HOSPITAL POSADAS

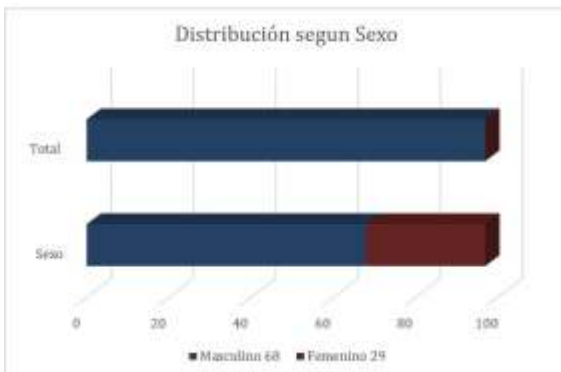
Enfermedad de Chagas / Investigación Básica

Yessenia VALDEZ | Natalia Cecilia CARLI | Mauro Nicolas BALIÑO | Norckia Esther VEGA ESCOBAR | Lucas VILLARREAL | Gustavo Cesar ROMERA
Hospital Posadas

Introducción: Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud publicado en 2021, se calcula que en el mundo hay entre 6 y 7 millones de personas infectadas por el *Tripanosoma cruzi*. Aunque no se cuenta con datos certeros y actualizados sobre la realidad del Chagas, las estimaciones disponibles sugieren que 1.5 millones de habitantes de nuestro país están infectados por el *Tripanosoma cruzi*, con lo cual Argentina ocupa el primer lugar de América en número de infectados, aproximadamente el 18 % de casos a escala mundial.

Objetivos: Primario: Estimar la proporción de pacientes con serología positiva para Chagas entre las personas que se internaron en la unidad coronaria por cualquier causa entre junio de 2019 y junio de 2022.

Materiales y Métodos: Diseño: Estudio epidemiológico observacional de corte transversal desde junio del 2019 hasta junio del 2022. Población: Criterio de inclusión: Pacientes internados que se realizaron un estudio de laboratorio que mostraron serologías positivas mediante prueba inmunoenzimáticas (ELISA), hemaglutinación indirecta (HAI), inmunofluorescencia indirecta (IFI) o inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIa) al momento del ingreso a la unidad coronaria. Pacientes con resultado positivo de serologías en dos determinaciones reactivas, independientemente de la causa de internación. Cualquier rango etario o sexo. Criterio de exclusión: No serán contabilizados los reingresos de los pacientes en este periodo.



Resultados: Se obtuvieron datos por revisión de fuentes secundarias. Se internaron en este periodo 1464 pacientes y cumplieron criterios de inclusión 1342 pacientes, de los cuales se tuvieron que retirar de la población en estudio 207 pacientes, ya que no pudieron completar el esquema necesario para confirmar el diagnóstico Chagas dentro de su internación, quedando 1135 pacientes, siendo positivos para la enfermedad de Chagas 97 del total de la población en estudio, dando una prevalencia de 8,55% en la unidad. Resultaron 68 pacientes varones (70.1 %) y 29 pacientes mujeres (29.9 %). De los 97 pacientes, 50 pacientes contaban con el antecedente previo (17 pacientes con serologías realizada en otro centro evidenciado por historia clínica y 33 pacientes con determinación positiva en este centro); y 47 pacientes con diagnóstico de novo.

Conclusiones: Es la enfermedad de Chagas una enfermedad de relevancia en nuestro medio, a pesar de no estar en un área endémica de alta prevalencia y que los valores de transmisión hayan disminuido indudablemente con el control vectorial, se evidencia que tienen a prevalencia en la unidad de 8,55% que comparado con la población argentina que es 4 % (siendo el doble) quizás se deba a que nuestra población es portadora de enfermedad cardíaca, una de las complicaciones directas de esta enfermedad. Se podría inferir que por cada paciente que conoce su condición de portador de enfermedad de Chagas, uno desconoce la misma, por lo que sería importante la búsqueda activa de la enfermedad, con el fin de detectar a portadores asintomáticos, en especial a la población femenina que toma un rol importante en la transmisión vertical (que actualmente está tomando preponderancia).

0597. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES CLÁSICOS, EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CHAGÁSICOS Y SU RELACIÓN CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad de Chagas

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Agustina JULIO | Francesca BOIDI | María GUTHMANN | Claudio DIZEO | Gustavo CLADERON
Sanatorio Franchín

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.

	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 mas FRC	8% (27)	13% (10)	24% (6)	36% (9)	< 0.01

Objetivos: 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 (HTA), diabetes mellitus (DBT), dislipemia DSP), tabaquismo actual (TBQ). Se analizó la prevalencia de pacientes con 2 o más FRC y su asociación con los diferentes estadios de la ECh, según la clasificación de Kuschnir. Además, se analizó el tratamiento y el control de los FRC.

Resultados: se incluyeron 501 pacientes con una edad de 47 ± 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. De los FRC el más frecuente fue la HTA (20 %) seguido de la DSP (9.8%) y DBT 5%). El 40% de los pacientes HTA estaba medicado con 2 o más drogas (presentando una TA sistólica 124 ± 40 y TA diastólica 73 ± 9 mmHg). El colesterol total en el grupo de DSP fue de 177 ± 59 y el LDL 117 ± 48 mg/dL. Por último, en el grupo de DBT la HbA1C fue de $6.3 \pm 2\%$.

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. Los pacientes con FRC positivos presentaban un aceptable control de los FRC.

0598. MIOCARDITIS POR CARDIOTOXICIDAD CON LOS INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNOLÓGICOS Y EL ROL DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ PARA EL TRATAMIENTO

Cardiología

Lucila Giselle BONIOTTI | Alejandro DI CIO | Christian Gustavo MASTANTUONO

Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano

Introducción: En las últimas décadas, la medicina oncológica ha logrado avances significativos en las diferentes terapéuticas contra el cáncer, lo que ha generado un gran número de pacientes sobrevivientes a dicha enfermedad. En este contexto, ha surgido la necesidad de comenzar a estudiar y valorar las distintas complicaciones generadas, a corto y largo plazo, por dichas terapias: entre ellas, la toxicidad cardiovascular.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es demostrar la hipótesis planteada en los siguientes términos: el diagnóstico precoz es un factor fundamental para disminuir las tasas de mortalidad producida por miocarditis.

Materiales y Métodos: Para el presente trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos y literatura publicada desde el año 2016 a la actualidad, abarcando información respecto a las investigaciones y ensayos de miocarditis por inhibidores de punto de control inmunitarios.

Resultados: Los ICI han mejorado drásticamente los resultados clínicos en múltiples tipos de cáncer. Sin embargo, se reportaron múltiples eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario. Por el incremento en los reportes de miocarditis se han realizado estudios para la detección de este evento adverso. Recientemente se han identificado diferentes biomarcadores y nuevas técnicas de imágenes que permiten detectar precozmente la miocarditis, a fin de poder instaurar rápidamente el tratamiento. En cuanto a los biomarcadores se realizó un estudio prospectivo de pacientes con miocarditis por ICI, donde se evidenció que un valor de cTnT/URL mayor a 32 se asociaba a mayor riesgo de MACE al año (29). Por otro lado, en Enero del corriente año un estudio prospectivo en pacientes asintomáticos en tratamiento con ICI monitorizados con cTnI demostraron que los pacientes que tuvieron un seguimiento de este biomarcador sufrieron menos eventos adversos cardiacos graves que aquellos que no fueron monitorizados (30) Otros autores expusieron en cambio que el único biomarcador que tuvo un aumento significativo en pacientes asintomático tratados con ICI fue el HFABP, por lo que éste se podría considerar como el

marcador más sensible. (33) Entre otros métodos diagnósticos estudiados fueron la RMC. Mediante un estudio retrospectivo del 2017 al 2020 se vio que el RTG septal fue el único marcador pronóstico del MACE a un año, aunque éste podía verse aumentado en mayor medida en la miocarditis viral. (49) Por otra parte en otro estudio retrospectivo de los autores Thavendirathan et al se evidenció que el mapeo con TI era mejor para la detección ya que se encontró en el 78% de los pacientes con miocarditis por ICI y que era buen predictor del MACE. (48), siendo más sensible. En cuanto al ecocardiograma, el SGL una técnica más sensible para evidenciar la lesión miocárdica (38) y, además un mejor predictor para el MACE en comparación con el SGR y SGC. (40)

Conclusiones: Por lo tanto, debemos enfocarnos en la detección precoz de la miocarditis, la cual es fundamental para poder distinguir en qué pacientes realizamos un seguimiento más intenso y en quienes debemos iniciar una terapia con corticoides de manera precoz, junto con la suspensión de los ICI, ya que de esta manera podemos reducir la morbimortalidad en esta población.

0599. CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UN CENTRO NO ESPECIALIZADO: DESDE LA CLÍNICA A LA GENÉTICA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Josefina PARODI | Lucila María CAROSELLA | Florencia MANDÓ | Martín Alejandro MUNIN | Michael SALAMÉ | Javier GUETTA | Jorge THIERER
CEMIC

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la miocardiopatía más frecuente. Si bien es la primera causa de muerte súbita en jóvenes, la mayoría cursa de forma asintomática. Habitualmente los síntomas se relacionan con la presencia de obstrucción del tracto de salida del VI (OTSVI), lo que ocurre en un 30%. Los mecanismos fisiopatológicos implicados en la OTSVI son muy variados. Conocer las características fenotípicas y genotípicas de nuestra población es indispensable para poder ofrecer el tratamiento más adecuado.

Objetivos: Describir las características clínicas y los hallazgos de estudios complementarios en una población de pacientes con diagnóstico de MCH en seguimiento en un centro no especializado, y analizar qué variables se asocian significativamente con presentar OTSVI.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes evaluados en un consultorio de miocardiopatías desde enero 2022 a abril 2024, con diagnóstico de MCH por ecocardiograma transtorácico (ETT). Se analizaron los datos clínicos, electrocardiográficos (ECG), Holter, ETT en reposo y esfuerzo, resonancia cardíaca (RMC) y estudio genético (EG) cuando se encontraba disponible. Se evaluó la presencia de OTSVI tanto en reposo como dinámica con maniobra de valsalva o posición supina, y en esfuerzo. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de fenocopias.

VARIABLE	SIN OTSVI (N=33)	CON OTSVI (N=22)	p=
Edad (años - media(DE))	60,8 (16,1)	50,6 (14,3)	0,017
Sexo masculino (%)	30 (90,9)	12 (54,5)	0,002
Antecedentes familiares (%)	10 (30,3)	11 (50)	0,14
HTA (%)	19 (57,6)	16 (72,7)	0,25
Fibrilación auricular (%)	7 (21,2)	7 (31,8)	0,37
Cardiodesfibrilador (%)	4 (12,1)	3 (13,6)	0,86
Síntomas (%)	17 (51,5)	15 (68,2)	0,22
Disnea (%)	5 (15,5)	12 (54,5)	0,004
ECG T negativas (%)	20 (60,6)	8 (36,4)	0,07
ETT Insuficiencia mitral (%)	10 (30,3)	20 (90,9)	<0,001
ETT MAS (%)	1 (3)	20 (90,9)	<0,001
ETT Dilatación AI (%)	26 (78,8)	22 (100)	0,017
ETT Disfunción diastólica (%)	25 (75,8)	22 (100)	0,03
RMC Gadolinio positivo (%)	24 (85,7)	11 (68,8)	0,18
RMC anomalía MPAP (%)	5 (17,2)	6 (40)	0,098
EG resultado positivo (%)	7 (35)	3 (23,1)	0,46
Score MSC ESC (media-DE)	2,5 (1,7)	3 (2,4)	0,35

VARIABLE	N=55
Edad (años - media(DE))	54.69 (15,74)
Sexo masculino (%)	42 (76,4)
Antecedentes familiares MCH o MS (%)	21 (38,2)
HTA (%)	35 (63,6)
Fibrilación Auricular (%)	14 (25,5)
Cardiodesfibrilador (%)	7 (12,7)
Síntomas (%)	32 (58,2)
ECG Signos HVI (%)	22 (40)
ECG T Negativas (%)	28 (50,9)
ETT máximo espesor (mm - media (DE))	18.57 (4,22)
ETT Obstrucción Dinámica (%)	22 (40)
ETT FEY (% - media (DE))	60.09 (12,11)
ETT IM (%)	30 (64,5)
ETT diámetro AI (mm - media(DE))	43.11 (6,75)
RMC inserción Apical MPAP (%)	11 (25)
RMC RTG positivo (%)	35 (79,5)
Estudio Genético Realizado (%)	33 (61,1)
Tratamiento Farmacológico (%)	34 (61,8)
Ablación Septal (%)	4 (7,3)
SCORE MSC ESC (media (DE))	2.67 (1,99)

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes. La media de edad fue de 54,7 +/- 15,7 años, y el 76,4% eran hombres. El 38,2 % tenía antecedentes familiares de MCH o muerte súbita. El 58,2% refería algún síntoma, el más frecuente disnea (32,8%). En el ECG el 40% cumplían criterios de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y 50,9% ondas T negativas. Los patrones de HVI por ETT más comunes fueron el septum tipo reverso en 43,6%, septum sigmoideo en 43,6% e hipertrofia apical en 12,7%. La media de máximo espesor septal fue de 18,6 +/- 4,2 mm. Se obtuvo información de la RMC en 44 de los 55 pacientes, donde el 79,5% presentaba algún grado de realce tardío con gadolinio (RTG), siendo en su mayoría <5%. Si bien fue indicado de rutina, se pudo realizar EG en 33 pacientes (61%). El 30% de los EG realizados arrojaron un resultado positivo para mutaciones en proteínas del sarcómero, siendo las dos variantes más frecuentes MYBPC3 y MYH7. El resto de los parámetros se encuentran descriptos en la tabla 1. El 40% de los pacientes presentaba OTSVI. Eran más frecuentemente mujeres (45,5% vs 9,1%, p<0,01), más añosos (60,8 +/-16,1 años vs 50,6 +/- 14,3 años, p=0,01), y tenían más frecuentemente disnea (54,5% vs 15,2%, p<0,01). En ellos fue más prevalente la insuficiencia mitral (90,9% vs 30,3%), el movimiento anterior sistólico de la valva anterior mitral (90,9 vs 3%) y la dilatación auricular izquierda (p<0,01 en todos los casos). Todos los pacientes con OTSVI presentaban disfunción diastólica (p=0,03). En la RMC no hubo diferencias en la presencia de RTG. Tampoco hubo diferencias en el rédito del EG (genotipo positivo en 23% de los pacientes con OTSVI vs 35% sin OTSVI, p=0,46).

Conclusiones: En una cohorte de pacientes con MCH en un centro no especializado, son frecuentes los cambios en el ECG basal y la OTSVI en el ETT. Resulta muy prevalente la presencia de algún grado de realce con gadolinio en la RMC. Cuando se encuentra disponible, el estudio genético puede ser positivo hasta en un tercio de los casos. La OTSVI es más prevalente a mayor edad, y hasta el 90% de estos pacientes presenta algún grado de insuficiencia mitral y trastornos en el aparato valvular mitral.

0606. EXPERIENCIA DE TRASPLANTE CARDÍACO EN PACIENTES CON DISTROFIAS NEUROMUSCULARES EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Mariano Gaston BERGIER | Rocío BLANCO | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Ezequiel LILLO | Ricardo POSATINI | Cesar BELZITI

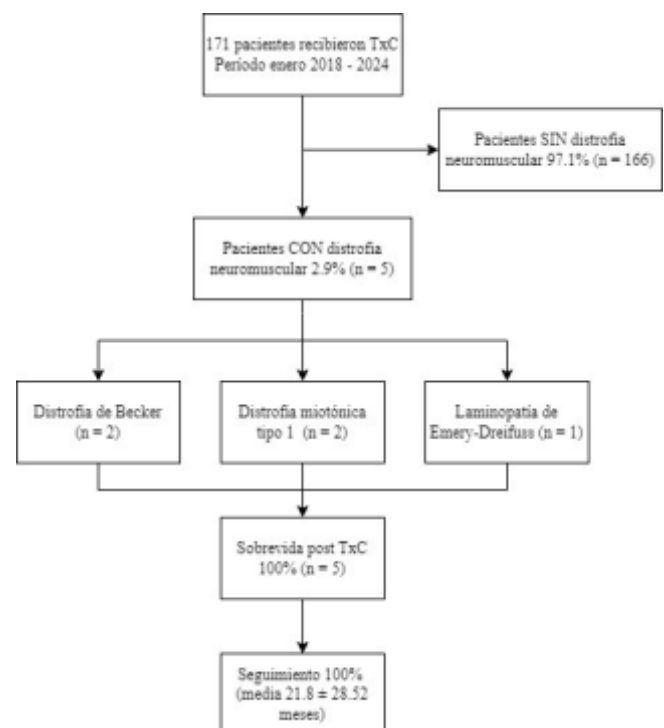
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Algunas distrofias neuromusculares (DNM) pueden afectar gravemente el corazón, a veces requiriendo trasplante cardíaco (TxC) como única solución. Sin embargo, estos pacientes enfrentan riesgos perioperatorios elevados y tienen limitaciones en la rehabilitación postoperatoria. La terapia con corticoides puede empeorar la miopatía, y evitar ciertos medicamentos como los bloqueantes neuromusculares es crucial. El TxC en este grupo de pacientes es un desafío significativo. Presentamos una serie breve de casos de pacientes con miocardiopatía dilatada y distrofias neuromusculares que recibieron trasplante cardíaco, cada uno con características típicas según su etiología específica.

Objetivos: Describir las características clínicas y los resultados postoperatorios de los pacientes trasplantados cardíacos con distrofias neuromusculares.

Materiales y Métodos: Serie de casos descriptivos de pacientes con distrofias neuromusculares cuya intervención fue el trasplante cardíaco en un centro médico. Se incluyeron en el análisis todos los pacientes con diagnóstico genético de distrofia neuromuscular con compromiso cardíaco que recibieron un trasplante cardíaco en el período comprendido desde enero de 2018 hasta enero de 2024.

Resultados: Durante seis años, 171 pacientes en nuestra institución recibieron trasplantes cardíacos. Cinco de ellos (2.9%), presentaban miocardiopatía dilatada relacionada con distrofias neuromusculares: dos con distrofia de Becker, dos con distrofia miotónica tipo I (Steinert) y uno con distrofia de Emery-Dreifuss. La edad media de diagnóstico de la DNM fue 20.2 ± 18.5 años, mientras que la edad media al TxC 38.4 ± 11.5 años. Las causas más comunes que llevaron al trasplante fueron la sobrecarga de volumen (60%), el shock cardiogénico (20%) y la tormenta eléctrica (20%). Al ingreso en lista de espera, todos los pacientes mantenían autonomía funcional completa y daño muscular



Caso	Sexo	Enfermedad neuromuscular	Edad de inicio DNM (años)	Presentación clínica	Edad al TxC (años)	CPK previa al TxC (U/L)	Variante genética	ECG	FEV en internación pre TxC (%)	Resonancia magnética cardíaca (realce tardío de gadolinio)	Marcapasos/TRC/CDI	Seguimiento (meses)
1	Varón	Distrofia de Becker	7	Sobrecarga de volumen	24	1400	DMD (delección enón 45 y 47)	Ritmo sinusal. QRS estrecho	17	Transmurales lateral e inferior a nivel basal y medial. Intermiocárdico en los segmentos septales a nivel basal y medial y subendocárdico difuso a nivel apical.	No	11
2	Varón	Distrofia de Becker	4	Sobrecarga de volumen	25	3823	DMD (delección del exón 46)	Ritmo sinusal. BRT de bajo grado	16	Intermiocárdico lineal en todos los segmentos mediales y basales (circunferencial).	CDI	11
3	Varón	Distrofia miotónica tipo I	30	Sobrecarga de volumen	44	67	Expansión por repetición del gen DMPK	Ritmo sinusal con BAV 1° y BRT de alto grado	18	Intermiocárdico focal a nivel anteroseptal e inferoseptal medio y basal.	No	72
4	Varón	Distrofia miotónica tipo I	48	Shock cardiogénico	48	671	Expansión por repetición del gen DMPK	Fibrilación auricular. BRT de bajo grado	13	Intermiocárdico en el segmento inferobasal, inferolateral basal, inferomedial, infocoronal basal y medial, anteroseptal basal.	No	8
5	Varón	Laminopatía de Emery-Dreifuss	12	Tormenta eléctrica	44	169	LMNA (p.Ser71Ala)h*25)	BAV completo. Arritmia ventricular	36	Intermiocárdico lineal en segmentos basales y patrón focal intermiocárdico a nivel apicoseptal	TRC y CDI	7

leve, sin signos de compromiso ventilatorio. Los estudios anatomopatológicos revelaron miocardiopatía dilatada con fibrosis intersticial en todos los casos, indicando que este método no distingue entre las etiologías de la miocardiopatía dilatada. Sin embargo, las características clínicas, los datos de laboratorio (creatin-fosfoquinasa elevada) y las imágenes de resonancia magnética cardíaca (patrón de realce tardío de gadolinio) ofrecen indicios, pero la genética es confirmatoria. Es destacable que los pacientes con distrofia de Becker presentaron miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca terminal a una edad más temprana que aquellos con distrofia miotónica tipo I. Además, los pacientes con esta última requirieron terapia de rehabilitación para la deglución durante el seguimiento, y en un caso se necesitó reintubación por insuficiencia respiratoria, con resultado posterior favorable. Es fundamental señalar que todos sobrevivieron al trasplante y, hasta ahora, la evolución es positiva. Cabe mencionar que el caso número cinco necesitó trasplante cardíaco debido a una tormenta eléctrica. Los pacientes con Emery-Dreifuss pueden presentar variantes genéticas muy agresivas, como la mutación en LMNA que conlleva la necesidad de dispositivos implantables a edades tempranas como fue en este caso.

Conclusiones: El TxC se ha convertido en una opción para pacientes con insuficiencia cardíaca terminal o tormenta eléctrica con DNM cuyo compromiso muscular es leve. La descripción de las características de estos pacientes permite un mayor conocimiento sobre el estado en el que ingresan a lista de trasplante cardíaco. Esta serie de casos resalta los desafíos y la complejidad asociada a los trasplantes cardíacos en este grupo reducido de pacientes.

0607. FACTORES DE RIESGO CORONARIO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MUJERES QUE CONCURREN A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Jorge GORAL | Osvaldo BARBOSA | Amarilí GONZALEZ | Paula CARESTIA ESTEBAN | María Victoria AMI | Daniel B. OLIVIERI | Stella Maris FAELLA | Silvana MARANGONI

CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia)

Introducción: La morbimortalidad cardiovascular hoy día en la mujer es alta, pero se desconoce el riesgo de las pacientes en la atención primaria

Objetivos: Evaluar la prevalencia de factores de riesgo coronario (FRC) en una cohorte de pacientes que concurren a cardiología a la atención primaria y el riesgo cardiovascular (RCV) de dicha población para ello utilizamos el RCV Hearts de las Américas por OPS/OMS y el Riesgo por perfil lipídico. Variable: prevalencia de factores de RCV emergentes: depresión, enfermedad renal crónica (ERC) y ERC oculta

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 965 pacientes (p) mujeres Grupo total (GT), consecutivas, medias: 58 ± 13 años, TA: 129,9/79,8, IMC: 31,5, que concurren a cardiología de la Atención Primaria. Se evaluó FRC: HTA, DBT2, DLP, TBQ, SDT, OBS, EAC (IAM/ATC/CRM) y FRC emergentes: ERC: (IFGe <60ml/min/1.73m²/m), ERC oculta (creatinina normal con IFGe <60), Depresión (según trastornos del eje I DSM-IV) y HTA gestacional; Del GT se obtuvieron 2 subgrupos: Grupo DBT2 (GDBT2): 343p medias: 57,5 ± 10

años y Grupo sin DBT2 (GSDBT2): 622p, medias: 56,4 ± 15 años. Para el GT y subgrupos se utilizó el (RCV) por: el perfil lipídico (medias en mg/dl): HDL-CT-TG-LDL-VLDL, CTno HDL, CT/HDL, TG/HDL-VLDL y por RCV del HEARTS en las Américas /OPS /OMS, en categorías: bajo (<5%), moderado (5% a <10%), alto (10 a <20%), muy alto (20 a <30%) y crítico (>=30%)

Resultados: GT: Prevalencia (%): HTA: (57,9), DBT2: (28), DLP: (43,7), TBQ: (13), SDT: (56,5), OBS: (40,6), ERC: (12,1), ERC oculta: (51,7), Depresión: (10,8), EAC: (3,4), HTA gestacional: (1,2). GDBT2: Prevalencia (%): HTA: (80,2), DLP: (60,2), TBQ: (14), SDT: (74,1), OBS: (67,2), ERC: (18,3), ERC oculta: (72,7), Depresión: (8,7), EAC: (6,4), HTA gestacional (1,5). RCV: (%): bajo: (23,6), Moderado: (42,6), Alto: (31,1), Muy alto: (2,4) y Crítico: (0,3). RCV/lipídico (medias): HDL: (47,2)-CT: (193,1)-TG: (166,2)-LDL: (110,7)-VLDL: (33,6)-CT/HDL: (4,4)-CTnoHDL: (153,9), TG/HDL: (4,1) y APO B: (104,3) GNDBT2: Prevalencia (%): HTA: (67,8), DLP: (53), TBQ: (18,3), SDT: (71,1), OBS: (40,9), ERC: (15,9), ERC oculta: (69,2), Depresión: (15), EAC: (3,4), HTA gestacional (1,2) RCV: (%): Bajo: (52,6), Moderado: (29,4), Alto: (17,2), Muy alto: (0,7) y Crítico: (0). RCV/lipídico (medias): HDL: (49,4)-CT: (196,9)-TG: (130,8)-LDL: (128,6)-VLDL: (18,1)-CT/HDL: (3,7)-CTnoHDL: (144,9) y TG/HDL (3,3), APOB: (61,1) Datos estadísticos: Entre GNDBT2/GDBT2: p<0,0001, p<0,0001, p<0,004, p<0,09, para RCV bajo, moderado, alto y muy alto respectivamente; En OBS p<0,0001, HTA p<0,0001, TBQp<0,08, ERCp<0,06, EACp<0,005 y depresión p<0,003. En perfil lipídico: CT: p<0,06, TG: p<0,0001, LDL: p<0,02; TG/HDL: p<0,004, VLDL: p<0,0001, CT no HDL: p<0,003, APOB p<0,0001

Conclusiones: El FRC DBT2 tuvo gran impacto en los diferentes grados de RCV por OPS/OMS. En la población estudiada el RCV moderado/alto con llevo el 46,6% y del 75% para el GNDBT2/GDBT2 respectivamente. La similar tasa de ERC se atribuyo a la alta prevalencia de OBS, HTA y DLP en ambos subgrupos. La HTA a igual que el SDT y la OBS y la ERC oculta tuvieron alta incidencia, lo que a futuro genera mayor ECV, independiente del factor DBT2, por lo que esta población debe ser muy controlada. En el RCV por perfil lipídico, el tener o no DBT2, la determinación de VLDL, APOB conllevaron mayor riesgo cardiovascular a futuro, al igual que por el CTnoHDL y TG/HDL, datos coincidentes con la literatura, por lo habría que darle mas relevancia a los mismos tanto en prevención primaria o secundaria.

0608. USO DE TIROFIBÁN COMO PUENTE A CIRUGÍA DE PACIENTES CON RECIENTE ANGIOPLASTIA CORONARIA

Cardiopatía Isquémica

Federico Sebastian CATINO | Ana SPACCAVENTO | Joaquin JARMA | Diego CONDE | Juan Francisco FURMENTO | Juan Mariano VRANCIC | Marcelo Sergio TRIVI | Juan Pablo COSTABEL

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

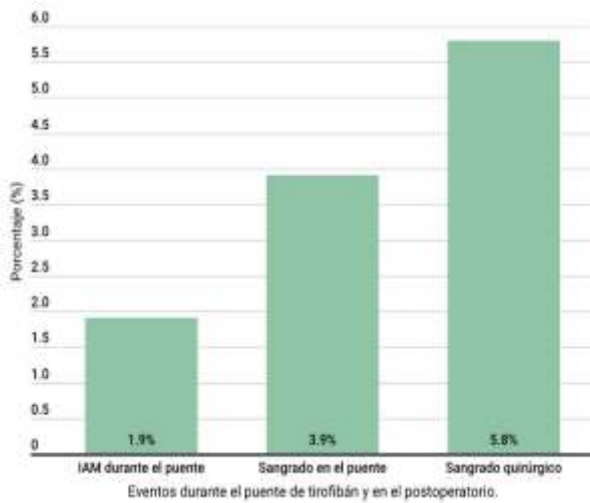
Introducción: El tirofibrán es un inhibidor intravenoso de la glicoproteína IIb/IIIa, utilizado para una antiagregación plaquetaria potente y rápida. En pacientes que requieren cirugía cardíaca tras una angioplastia coronaria (ATC) reciente con tratamiento de doble antiagregación, se presenta un desafío clínico debido al riesgo de sangrado si no se suspende el tratamiento y al riesgo de trombosis intrastent si se interrumpe. El tirofibrán es útil en estos casos, ya que protege el stent durante la eliminación de los antiagregantes orales y permite su interrupción pocas horas antes de la cirugía, equilibrando así el riesgo de sangrado y trombosis.

Objetivo: Estudiar la incidencia de complicaciones isquémicas y hemorrágicas en pacientes que utilizan puente con tirofibrán previo a cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con angioplastia reciente (menos de 3 meses) que utilizaron tirofibrán como tratamiento previo a una cirugía cardíaca. La infusión de tirofibrán fue protocolizada para todos los pacientes, suspendiéndose 6-8 horas antes de la cirugía. Se midió la incidencia de infarto de miocardio y de sangrado en el período pre y postoperatorio de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron un total de 103 pacientes desde abril de 2011 hasta enero de 2024. La mediana de edad fue de 67 años (RIC 58-74) y el

Variable	
Sexo masculino - n (%)	91 (88,3%)
Edad - años (P25-75)	67 (58-74)
DBT - años (%)	33 (32%)
Anemia - n (%)	32 (31%)
Infarto previo - n (%)	68 (66%)
FEy	54 (46,6-60,2)
SCC	20%
SCASEST	54,5%
SCACEST	25,5%
Aspirina - n (%)	89 (86,5%)
Clopidogrel - n (%)	53 (59%)
Ticagrelor - n (%)	22 (24,7%)
Prasugrel - n (%)	14 (15,7%)
ATC a DA - n (%)	39 (37,8%)
ATC a puentes venosos - n (%)	22 (21,3%)
Número de stents - n	2 (1-2)
Tiempo ATC-Cx (días)	39 (5,5-75)
Cirugía valvular - n (%)	20 (19,4%)



91% de sexo masculino, 68,9% eran hipertensos y el 32% diabéticos. En el 86,5% de los pacientes se mantuvo el tratamiento con aspirina. El 59% de los pacientes se encontraban en tratamiento antes del puente con clopidogrel, el 24,7% con ticagrelor, y el 15,7% con prasugrel. A su vez, el 37,8% tenía antecedente de ATC a arteria descendente anterior, 21,3% a puentes venosos y 40,9% a circunfleja o coronaria derecha. El número de stents fue de 2 (1-2) y la mediana de tiempo desde la ATC a la cirugía fue de 39 días (5,5-75). El 19.4 % de las cirugías incluyeron reparación o reemplazo valvular y se hicieron con circulación extracorpórea. El evento de sangrado durante el puente ocurrió en 4 pacientes (3,9%). La tasa de infarto agudo de miocardio durante el puente ocurrió en 2 pacientes (1,9%). Solo 1 paciente requirió coronariografía de urgencia con angioplastia coronaria. En relación a los eventos postoperatorios 6 pacientes (5,8%) requirieron re-operación por sangrado y no se registraron infartos.

Conclusión: En nuestra experiencia el uso de tirofiban como puente a la cirugía se asoció con una baja tasa de eventos isquémicos y hemorrágicos que impresionan validar la estrategia en este escenario particular.

0609. ESTIMULACIÓN VENTRICULAR DEFINITIVA FISIOLÓGICA: EL LUGAR IDEAL PARA LOGRAR LA CAPTURA DEL SISTEMA HIS-PURKNJE

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA¹ | Andrés Federico BIELECKI¹ | Pablo DÁVILA² | Facundo ETCHEVERRY³ | Maria Cecilia HERNANDEZ³ | Leandro FRANCO³
Sanatorio de la Providencia¹; Sanatorio San Jose²; Sanatorio San Jose³

Introducción: la búsqueda de una estimulación definitiva fisiológica, persigue la captura el sistema de conducción (SHP) para lograr una activación sincrónica de ambos ventrículos, ya sea por estimulación hisiana, para hisiana, en la zona del Tracto de Salida del Ventrículo Derecho (TSVD) o en el área de la rama izquierda, (RI) sin embargo, es difícil demostrar durante el implante si el lugar elegido es el mas adecuado.

Objetivos: Demostrar cual es el lugar del TSVD más adecuado en la estimulación para hisiana y lograr la captura del SHP y una estimulación fisiológica.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos 17 pacientes consecutivos todos con QRS angosto quienes tenían indicación de estimulación ventricular definitiva por disfunción sinusal o bloqueos A-V paroxísticos. En todos ellos se delimitó el TSVD mediante el uso de un catéter Halo, y se realizó una estimulación bipolar en la región posterior (Post) del mismo, en la región medial-posterior (Med-Post), medial (Med) y anterior (Ant). En cada región se analizó el voltaje de estimulación, el índice de sincronía interventricular medido con la correlación cruzada de la varianza de las derivaciones ECG (sistema SynchroMax), de DII y V6 expresión de la activación del septum inter ventricular derecho y la pared libre del VI respectivamente, analizando la dirección de la activación, el volumen de la misma, y la coincidencia espacial de la activación. El índice de sincronía fue el resultado de una ecuación matemática realizada latido a latido.. El Índice de sincronía fue considerado normal cuando su valor fue de 0 a 0,4, disincronía moderada de 0,4 a 0,7 y severa > 0,7. La Captura del SHP fue determinado por el análisis de la longitud del intervalo entre la R máxima y el Fin del QRS en las derivaciones DII y V6 (Rmax-FinQRS) considerando ese intervalo como indicador de captura del SHP cuando era igual al mismo intervalo basal (sin estimulación) independiente de la duración del QRS estimulado.

Sitio de Estim TSVD	ECG basal	Pos	Med-Pos	Med	Ant	
Umbral estim		0,9±0,3	0,8±0,2	0,9±0,4	1,1±0,5	ns
Indice de Sincronia		0,25±0,6	0,38±0,4	0,61±0,6	0,72±0,5	0,04
Rmax-finQRS	52 ±11	53±9	68±12	76±8	89±9	0,02

Resultados: los resultados de la estimulación de las diferentes regiones se encuentran detalladas en la tabla. En todos se encontró que la región posterior del TSVD mantenía los mejores índices de sincronía y excelentes longitudes Rmax-FinQRS, demostrando así la captura del SHP y por ende la mejor sincronía interventricular.

Conclusiones: 1) La región Pos del TSVD es la ideal para lograr la captura del SHP. 2) La estimulación de las regiones Med y Ant, generan disincronía por pérdida progresiva de captura de la RI y «desacoplamiento» VD-VI con demora en la activación de la pared libre del VI, emulando un BCRI. 3) no existieron diferencias en los umbrales de estimulación en las diferentes regiones.

0622. TRATAMIENTO Y CORRELACIÓN ENTRE EL CALCIO CORONARIO POR ANGIOGRAFÍA Y ULTRASONIDO INTRAVASCULAR

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Investigación Básica

Jose Cristian FERRUFINO | José Manuel ESCALANTE | Jorge LEGUIZAMON | Gustavo Federico ANDERSEN | Dionisio CHAMBRE | Alejandro FERNÁNDEZ | Fabian Alejandro AZZARI | Cristian Francisco PAZOS REDONDO

Clínica Bazterrica

Introducción: El tratamiento de las obstrucciones coronarias calcificadas es un desafío actual. La angiografía (ANG) es insuficiente para evaluar la severidad y la extensión de la calcificación coronaria (CALC). Por ello resulta imperativo recurrir al ultrasonido intravascular (IVUS), para determinar la presencia de depósitos de calcio en forma de nódulos o arcos.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar la evaluación del CALC por ANG e IVUS, así como su impacto sobre la estrategia de tratamiento.

Materiales y Métodos: Entre 2021-2023, de un total de 96 pacientes, se analizaron en forma retrospectiva y unicéntrica 21 pacientes con 37 obstrucciones coronarias calcificadas (criterio angiográfico por ANG) que fueron sometidos a IVUS. Se excluyeron: pacientes sometidos a IVUS para confirmar o descartar trombosis y disección coronaria o definir solo severidad de la obstrucción coronaria; infartos de miocardio con supradesnivel del ST; y pacientes con imposibilidad de transponer la obstrucción con el IVUS por el grado de estenosis y calcificación. Se analizó la presencia, ubicación y severidad del CALC por ANG e IVUS. Se agruparon los pacientes según se realizase o no aterectomía (SIN ABLACIÓN DE CALCIO y ABLACIÓN DE CALCIO - ABLCA). Luego se analizaron las obstrucciones según la estrategia de tratamiento: Balón complaciente o no complaciente (BNC); Balón de corte (CB) y Aterectomía rotacional o litotripsia (RT=Rotablator /SW= Shock Wave).

Resultados: El promedio de edad fue de 72 años: el 47.6% tenía Diabetes (DBT); el 38.1% insuficiencia renal crónica (IRC), 38.1% enfermedad de tronco coronario izquierdo, 57.1% enfermedad de múltiples vasos (EMV), una fracción de eyección ventricular izquierda de 62% y tratamiento de múltiples vasos (IMV) en 66.7%. Los pacientes con ABLCA presentaban una mayor proporción de DBT, IRC, EMV, procedimientos más prolongados, mayores dosis de fluoroscopia / contraste y mayor proporción de IMV (aunque las diferencias no fueron significativas). De 24 obstrucciones con CALC leve a moderado por ANG, un 42% tenían CALC moderado a severo por IVUS. A su vez, de 13 obstrucciones con CALC severo por ANG, un 93% tenían CALC moderado a severo por IVUS. La correlación entre la CALC por ANG y por IVUS fue moderada, con un coeficiente de 0.37 (IC 0.06-0.62, $p=0.02$). En las obstrucciones tratadas con CB, la longitud de la CALC por IVUS de ≤ 5 mm tuvo una especificidad del 100% y una sensibilidad de 92% para predecir fractura del arco de calcio ($p<0.001$, área bajo la curva 0.923). Al comparar las obstrucciones según estrategia de tratamiento (BALÓN ($n=14$), CB ($n=15$) y ATERECTOMÍA ($n=8$)), no se observaron diferencias significativas en el score de calcio ANG (2.0, 2.1 y 2.6 respectivamente), así como en el % de obstrucción final por ANG o IVUS. Sin embargo, hubo diferencias significativas en el score de calcio IVUS (0.6, 2.3 y 2.8, $p<0.001$), la longitud de CALC (3.3, 5.0 y 12.3 mm, $p=0.006$), el CALC de 360° (0, 33.3 y 75%, $p=0.001$), así como en la fractura del arco de CALC (0, 66.7 y 100%, $p<0.001$).

Conclusiones: La angiografía es un método sensible pero poco específico para la detección de extensión de CALC. El IVUS permite identificar en forma precisa cuales son los pacientes que requieren una estrategia proactiva para el tratamiento de obstrucciones calcificadas, ya sea con CB o aterectomía, con el fin de lograr una adecuada expansión del stent.

0623. EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE PACIENTES EVALUADOS PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Anabella ORELLANO | Juan Manuel URCELAY | Leandro BARBAGELATA | Fernando Damián GARAGOLI | Francisco CASTELLANO | Sebastian MARCIANO | Rodolfo PIZARRO | Ignacio BLURO

Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: Todo paciente candidato recibir un trasplante hepático es sometido a una evaluación cardiovascular. Sin embargo, no existe consenso acerca de cuál es la mejor estrategia de evaluación.

Objetivos: Determinar el desempeño de una estrategia basada en la evaluación clínica y el score CAD-LT para la detección de enfermedad coronaria en una cohorte de pacientes evaluados para trasplante hepático (TxH)

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal con recolección prospectiva y estandarizada de datos de pacientes consecutivos evaluados para TxH entre abril 2023 y mayo 2024. Se analizó la presencia de disfunción ventricular, valvulopatías significativas, hipertensión porto pulmonar (HTPoP) y enfermedad coronaria en base al score CAD-LT.

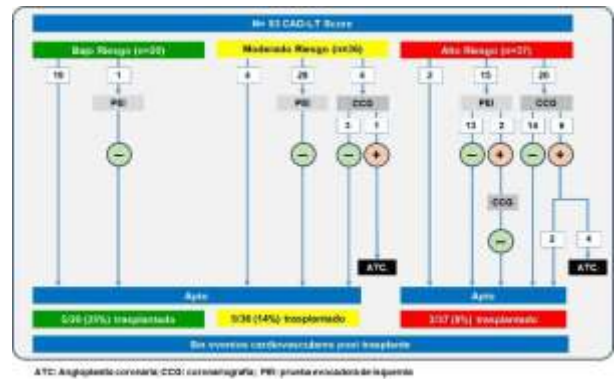
Resultados: Se evaluaron 93 pacientes, las características de la población se describen en la tabla 1. No se detectó la presencia de insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular ni valvulopatías que condicionaran la realización del TxH. Se les otorgo el apto para trasplante a 86 pacientes (92%; IC95: 87-97%), 13 (15%) de los cuales fueron efectivamente trasplantados sin registrarse ningún evento cardiovascular en el post operatorio. A siete pacientes no se les dio el apto por presentar enfermedad cardiovascular significativa: 2 pacientes (2,2%; IC95: 1-5,1%) presentaron hipertensión porto pulmonar confirmada por cateterismo derecho y 5 pacientes (5,3%; IC95: 1-10%) presentaron enfermedad coronaria significativa la cual se decidió revascularizar. En relación con la evaluación de la enfermedad coronaria 40% (IC95: 29-50%) de los pacientes se clasificaron como de alto riesgo, 39% (IC95: 29-49%) riesgo moderado y 21% (IC95: 13-30%) bajo riesgo según el score CAD-LT. Resultando la prevalencia de enfermedad coronaria 0% entre los de bajo riesgo, 2,7% (IC95: 2,9-8,4%) entre los de moderado y 16,2 (IC95: 3,8-28,7%) en los de alto riesgo. Se observaron lesiones coronarias significativas en 1 de cada 4 coronariografías realizadas. (Figura 1)

Conclusiones: Una estrategia de evaluación basada en la clínica, la evaluación ecocardiográfica y el score CAD-LT permitió darle el apto al 92% de los pacientes. El Score CAD-LT demostró discriminar adecuadamente el riesgo de enfermedad coronaria en nuestra población. La enfermedad coronaria y le presencia de HTPoP fueron las dos únicas patologías responsables de restringir el ingreso a la lista de TxH. El seguimiento alejado de estos pacientes luego del trasplante será clave para incrementar el valor y darles continuidad a estos hallazgos.

Tabla 1: Características basales (n=93)

Edad (iq...)	61	(54-67) años
Sexo Masculino n (%)	48	(52%)
Factores de riesgo cardiovasculares		
Hipertensión arterial n (%)	38	(52%)
Dislipemia n (%)	24	(26%)
Tabaquismo n (%)	9	(10%)
Ex tabaquistas n (%)	36	(39%)
Diabetes n (%)	44	(47%)
Enfermedad Renal Crónica n (%)	5	(5%)
Antecedente de enfermedad coronaria		
Enfermedad coronaria n (%)	4	(4%)
Parámetros ecocardiográficos		
FEVI Conservada n (%)	91	(98%)
Disfunción leve n (%)	2	(2%)
Presión Sistólica Pulmonar >35 mmHg n (%)	20	(22%)
Causas de insuficiencia Hepática		
MASLD* n (%)	35	(37%)
Autoinmune n (%)	18	(19%)
Alcohólica n (%)	12	(13%)
Criptogénica n (%)	10	(11%)
Viral n (%)	9	(10%)
Poliquistosis n (%)	5	(5%)
Cavernomatosis portal n (%)	4	(4%)
Score CHILD		
A n (%)	12	(29%)
B n (%)	24	(57%)
C n (%)	6	(14%)
Score MELD		
19-30 n (%)	25	(63%)
10-9 n (%)	3	(8%)
20-29 n (%)	11	(28%)
<9 n (%)	1	(3%)

*MASLD: Enfermedad Hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica.



0625. ROL PRONOSTICO DE LAS CÁMARAS CARDIACAS DERECHAS EN EL ECOCARDIOGRAMA DOPPLER "LO QUE NO INDICAN LAS GUÍAS"

Enfermedad Vasculat Pulmonar

Julieta SORICETTI | Nicolas SILVA CROOME | Paul VARGAS MIELES | Ezequiel BESMALINOVICH | Romina CAPRINI | Pablo COSTAS MARTIGNAGO | Tomas VANEGAS | Adrián José LESCANO

Centro Gallego de Buenos Aires

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad crónica, progresiva, caracterizada por el incremento de la resistencia vascular pulmonar (RVP), que conlleva a un aumento de la poscarga que impacta en las cámaras cardíacas derechas con posterior disfunción del ventrículo derecho (VD). Las guías de HP ESC/ERS 2022 incluyen como predictores pronósticos ecocardiográficos el área de la aurícula derecha (AD), la presencia de derrame pericárdico y la relación TAPSE/Presión pulmonar sistólica (PPS). Sin embargo, no utilizan otros parámetros de remodelado de cavidades derechas y función sistólica del VD.

Objetivos: Determinar los diferentes parámetros eco cardiográficos de remodelado negativo de cavidades cardíacas derechas y de función sistólica del VD, y su rol pronóstico en nuestra población con HP.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, analítico, prospectivo que incluyó pacientes (p) con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo derecho entre 2012 y 2023. Se recolectaron los datos demográficos, subgrupos de HP clínicos, funcionales, hemodinámicos y mortalidad en el seguimiento; se analizaron datos de remodelado del VD (diámetro basal del VD, área de AD), función sistólica del VD, excursión sistólica del anillo tricúspideo (TAPSE), Cambio del área fraccional (CAF) y deformación (Strain de la pared libre del VD (SRPL)) en forma basal. Además, se analizaron parámetros de sobrecarga como el índice de excentricidad (IE) y la presencia de derrame pericárdico y la relación TAPSE/PPS como subrogante de desacoplamiento ventrículo-arterial. Se expresan en media o mediana y porcentaje (%) las variables cuantitativas y cualitativas respectivamente. Se aplicó test de T o chi2 según la variable y distribución.

Resultados: Se incluyeron 381 p, con una media de edad de 61 años (DE ± 17), sexo femenino (65.3%) y CF avanzada en 51.8% (III/IV). Grupo I

58.8%, II 8.49%, III 24.67%, IV 6.1% y V 1.86%. 59% Insuficiencia cardíaca (IC), 13.68% síncope, 11.11% angina. Entre los valores hemodinámicos. PPM 41 mmHg (15), RVP 7.2 U Wood (5.3), IC 2.7 (0.77). El riesgo ESC/ERS 2022 fue: Bajo 23.88%, Intermedio 54.33% y Alto 21.78%, con una mortalidad en el seguimiento del 21%. Entre los hallazgos ecocardiográficos (tabla 2) se destacan: diámetro basal del VD 44.8 mm (SD 0.32); VD dilatado 71%, Área de AD 22.7 cm² (SD 6.1). Función sistólica del VD deteriorada 69%, TAPSE 19 mm (SD 4.6), CAF 29% (SD 7), SRPL -16.9 (SD 4.8), IE 1.18 (SD 0.22). Relación TAPSE/PPS 0.31 mm/mmHg (SD 0.13) En relación a la mortalidad en el análisis univariado se observa incremento significativo con Área AD (21.6 vs 26.1; p: 0.000), VD dilatado (13.8 vs 25, p 0.022)(p:0.022), diámetro basal (44 vs 46 mm; p:0.01) Deterioro de la FSVD (11.4 vs 28%, p 0.001), (p:0.001); derrame pericardio (21.7 vs 26 %, p 0.01) (p:0.01), VRT 3.6 vs 3.9 mt/seg (p: 0.002), relación TAPSE/PPS 0.33 vs 0.24 (p:0.000), CAF 30.2 vs 27% (p:0.01), TAPSE (20 vs 16.8 mm; p:0.000), IE (1.16 vs 1.23;p:0.02).SRPL (-16.9 vs -14.4;p:0.008).

Conclusiones: Los diferentes parámetros de remodelado de AD/VD y deterioro de la FSVD presentan elevada prevalencia y se asocian con incremento de la mortalidad en nuestra población con HP. Asimismo, el SRPL y el IE son marcadores de peor pronóstico. Estudios a mayor escala son necesarios para definir su rol pronóstico en el seguimiento.

Tabla 1: Características Basales

Edad años (SD)	61 (05 ± 17)
Sexo Femenino (%)	65.35
Grupo Clínico (%)	
I	58.86
II	8.49
III	24.67
IV	6.1
V	1.86
CF WHO (%)	
I	5.88
II	54.33
III	23.61
IV	12.16
Estratificación de Riesgo (%)	
Baja	23.88
Intermedio	54.33
Alto	21.78
Tratamiento Inicial (%)	
Monoterapia	55.17
Doble Terapia	40.94
Triple Terapia	2.86

0626. IAM EN POBLACIÓN MENOR A 50 AÑOS

Cardiopatía Isquémica

Federico Ivan WECKESSER | Carolina GALVEZ | Alejandro KIM | Mercedes QUIROGA | Jorge SZARFER | Vielka YURKO | Federico ALBORNOZ | Gerardo Esteban GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Los pacientes (ptes) menores de 50 años constituyen una población joven para el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCST).

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar características clínicas, angiográficas y demora en la realización de una angioplastia coronaria (AC) de urgencia en ptes con IAMCST, según la edad de presentación.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de pacientes que ingresan a un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por IAMCST para la realización de una AC de urgencia entre 2014 y 2023. Se dividió a la población en grupo 1: <50 años; y grupo 2: 50 o más años. Se analizaron datos demográficos, antecedentes cardiovasculares y tiempos a la angioplastia en mediana y cuartiles 25%-75%

n=1486	Menores de 50 años (n=283)	50 años o más (n=1203)	p valor
Edad	43 +/- 5	63 +/- 9	<0.05
Sexo Masculino	246(87)	955(79.4)	<0.01
Hipertensión arterial	110(38.9)	746(60.3)	<0.01
Dislipemia	56(19.8)	394(32.7)	<0.01
Tabaquismo	165(58.3)	510(43.1)	<0.01
Diabetes	32(11.3)	229(19)	<0.01
Antecedentes heredo-familiares	72(25.4)	245(20.3)	n.s
Sedentarismo	155(54.8)	744(61.8)	<0.05
Antecedentes coronarios	34(12)	139(11.5)	n.s
Realizó ATC	187(66)	856 (71.1)	0.03
Sin lesiones (no ATC n = 443)	48 (50)	72 (20.7)	<0.01
ATC Exitosa	173 (92.5)	780 (91.8)	n.s
Muerte	9 (3.1)	59(4.9)	n.s
Demora diagnóstica (consulta-llamada)	44 (20-77)	41 (19-94)	n.s
Demora consulta balon	139 (111-229)	146 (109-211)	n.s
Demora dolor balón	269 (182-436)	251 (170-387)	n.s
Demora balón guía	47 (32-87)	48 (31-87)	n.s

(expresados en minutos): demora diagnóstica (desde la consulta a la llamada al interviniente de guardia), demora consulta balón (tiempo transcurrido entre consulta e insuflado del primer balón), tiempo de isquemia (tiempo transcurrido entre inicio de dolor e insuflado del primer balón) y demora puerta balón (tiempo transcurrido entre llegada al hospital e insuflado del primer balón). Análisis estadístico: Test de chi cuadrado para datos cuantitativos, ANOVA o Kruskal Wallis para datos cualitativos y $p < 0.05$ para significancia estadística.

Resultados: Se analizaron los datos de 1486 pacientes, de los cuales el 19.1 % eran menores de 50 años. En el grupo I se observó una menor prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares y mayor prevalencia de arterias coronarias sin lesiones. La realización de una AC de urgencia prevaleció en mayores de 50 años. No se observaron diferencias significativas en la demora a la intervención, éxito de la AC o mortalidad. Los datos se resumen en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes menores de 50 años presentan menor prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares y mayor discordancia entre el diagnóstico clínico y angiográfico del IAMCST.

0627. ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON INTERRUPCIÓN DE VCI QUE SIGUEN EL CAMINO UNIVENTRICULAR

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Norberto BERBER | Inés Ana MARTÍNEZ | Natalia Lorena TRONCOSO | Victoria Eugenia ZERPA PACHECO | Jesús María DAMSKY BARBOSA | Ignacio LUGONES

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: Los pacientes con interrupción de VCI, con operación de Kawashima, desarrollan precozmente colaterales venosas abdominales y fistula arterio-venosas pulmonares, esto condiciona una necesidad de reoperación precoz para completar con Fontan-Kreutzer. Aquí se plantea una estrategia para evitar la misma.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en 2 casos donde se llevó a cabo esta estrategia y compartir los resultados obtenidos.

Materiales y Métodos: Caso 1: Paciente de 22 meses, 9.2 kg, con diagnóstico de ventrículo único, interrupción de VCI con continuación por hemiacigos a VCSI, sin innominada, con ASPD previa. Caso 2: Paciente de 13 meses, 6 kg, derivada con diagnóstico incidental de Tetralogía de Fallot, saturación 55%. Se diagnostica DSVD con CIV posterior no relacionada, EP, interrupción de VCI con continuación por hemiacigos a VCSI drenando en seno coronario destechado. Estrategia quirúrgica: Kawashima + Glenn derecho + tubo de Goretex de 16 mm entre venas suprahepáticas y rama pulmonar derecha, cerrado en su extremo superior con parche de pericardio fresco y fenestra amplia a la AD.

Resultados: En el caso 1, se completó el Fontan-Kreutzer por cateterismo, 4 meses después de la cirugía, perforando el pericardio y cerrando la comunicación con la AD con un stent forrado. El caso 2, se encuentra cursando postoperatorio, esperando resolución por Hemodinamia.

Conclusiones: La operación de Kawashima con preparación para Fontan-Kreutzer es el procedimiento de elección en pacientes con interrupción de vena cava inferior.

0629. "RELACIÓN ENTRE LA ATEROMATOSIS AÓRTICA CON LA INCIDENCIA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POST REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO"

Valvulopatías / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Ana PASTORINO | Martín Ernesto FANILLA | Ana Laura MICELI | Joseph Daniel LINDAO AGUILAR | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Carla Romina AGATIELLO | Emiliano ROSSI | Mariano Luis FALCONI

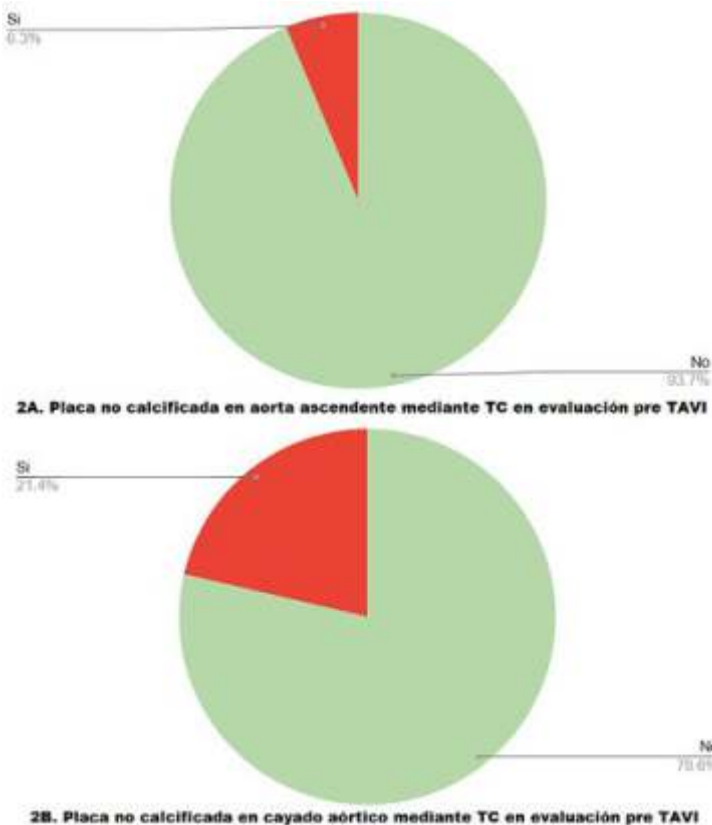
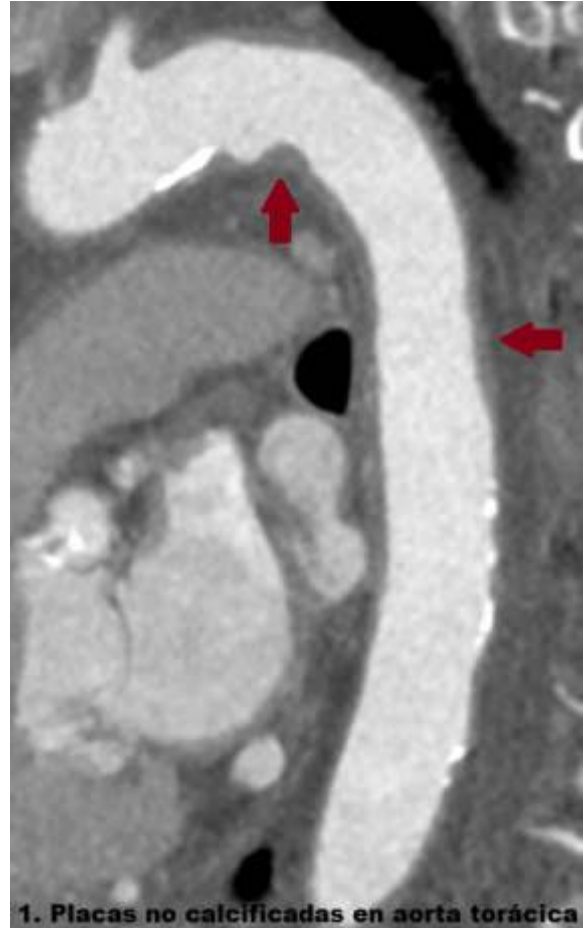
Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: En los últimos años, la implantación de válvula aórtica de forma percutánea (TAVI) se ha establecido como una alternativa menos invasiva que la cirugía para el tratamiento de la estenosis aórtica severa en pacientes de riesgo. Algunas de las potenciales complicaciones que se reportan incluyen los eventos vasculares, como el accidente cerebrovascular (ACV). Este último es una complicación grave y potencialmente devastadora que puede contrarrestar rápidamente los beneficios de la intervención. Dado su impacto negativo en el pronóstico de los pacientes, es importante reducir su incidencia. La manipulación endovascular de catéteres y guías se considera que podría inducir embolias de origen ateroesclerótico de placas depositadas en la luz de la aorta. La evaluación previa al TAVI de la aterosclerosis aórtica

mediante la tomografía computarizada cardíaca (TC) podría ser una herramienta útil para estimar el riesgo de eventos cerebrovasculares, en conjunto con otros factores pronósticos.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar si la presencia de placas no calcificadas a nivel de la aorta ascendente o el cayado aórtico detectadas en la evaluación tomográfica previa al TAVI se asoció con la incidencia de ACV peri-procedimiento.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico, de tipo cohortes retrospectivas. Se incluyeron pacientes a los que se realizó TAVI y TC multicorte en un centro de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires desde 2017 hasta 2022. Se registraron datos basales de la historia clínica y TC realizadas durante ese período y se identificó la prevalencia de placas no calcificadas en aorta ascendente y cayado aórtico mediante un software Philips. Placas no calcificadas se definieron como aquellas lesiones con un valor entre -30 y 150 unidades Hounsfield (UH). Se incluyeron placas simples o complicadas (signos de ulceración o protrusión hacia la luz > 4 mm). Se evaluó la incidencia de ACV periprocedimiento mediante la historia clínica. Las variables continuas fueron expresadas como mediana e intervalo intercuartilo según su distribución. Las variables categóricas se expresaron mediante número y porcentaje. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$.



Resultados: De un total de 191 pacientes, 45% fueron del sexo masculino. La mediana de edad fue 84.9 años [rango intercuartil (RIC) 80.6-87.9]. Se excluyeron 12 pacientes por imágenes inadecuadas o falta de TC previo al procedimiento. La prevalencia de ACV previo fue del 5.8% y la de insuficiencia renal crónica del 18%. Un cuarto de los pacientes presentó fibrilación auricular previo al TAVI. La vía de acceso fue femoral en el 90% de los casos. La prótesis más frecuentemente utilizada fue la autoexpandible Accurate Neo (42%). Se realizó predilatación con balón en

el 68% de los casos y un tercio requirió post dilatación. La incidencia de muerte periprocedimiento fue del 1.6% y la intrahospitalaria del 5.2%. La incidencia de ACV periprocedimiento fue del 4.2% (8 eventos). La prevalencia de placa no calcificada en aorta ascendente (A) y cayado aórtico (B) se detalla en el gráfico 2. En nuestro análisis, el OR de la presencia de placa no calcificada para el evento en estudio tuvo un valor de 2.51 ($p=0.412$, IC 95% 0.27-227).

Conclusiones: En nuestra población, el ACV fue una complicación poco frecuente, lo que limitó el poder del estudio. La comparación entre los grupos con placas y sin placas fue limitada, debido a la escasez de casos. Por lo tanto, consideramos que sería beneficioso realizar nuevos estudios multicéntricos con un mayor número de pacientes para obtener resultados más concluyentes.

0630. COMPROMISO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA AMILOIDÓTICA E IMPACTO EN EL PRONÓSTICO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Multimagen

Ana SPACCAVENTO | Franco Nicolas BALLARI | Diego Gabriel CONDE | Lucrecia Maria BURGOS | Alejandro Horacio MERETTA | Mirta DIEZ | Pablo ELISSAMBURU

ICBA

Introducción: La cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR) es una enfermedad infiltrativa que altera la función diastólica y sistólica del corazón, tanto de las cavidades izquierdas como derechas generando insuficiencia cardíaca y arritmias entre otras complicaciones.

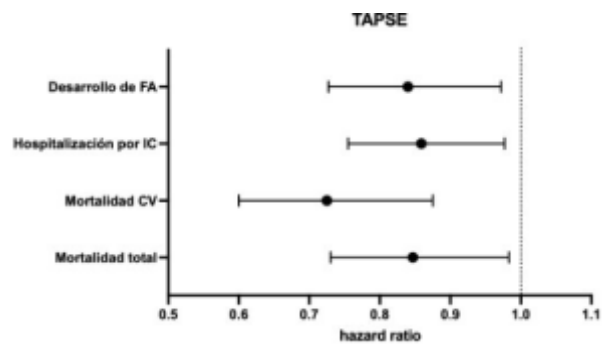
Objetivos: Evaluar la frecuencia de afectación de la función sistólica derecha en nuestra población con CA-TTR y su impacto pronóstico en estos pacientes

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con CA-TTR en un centro especializado en cardiología. Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos basales, así como factores de riesgo cardiovascular y eventos de IC antes y después del diagnóstico de amiloidosis. Se evaluaron la frecuencia de afectación significativa de los parámetros de función sistólica del VD y su impacto pronóstico en el seguimiento utilizando regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes, con una edad media de 81 años (RIC 75-85) y el 91% de sexo masculino. Se evidenció una excursión del anillo tricúspideo (TAPSE) menor a 17 mm en el 47% de los pacientes y una onda S del VD menor a 9.5 cm/s en el 52%. Por su lado la mediana de presión pulmonar resultó de 40 mmHg (33-50) y la presencia de insuficiencia tricúspidea moderada a severa del 21.7%. La mediana de seguimiento fue de 528 días (RIC 159-1004) y durante este período la mortalidad total fue del 19.3%, la adjudicada como cardiovascular del 11.8%, la tasa de hospitalización por insuficiencia cardíaca de 30.5% y de los pacientes libres de FA al inicio, el 30.4% la desarrolló en el seguimiento. En el análisis univariado el TAPSE fue un predictor independiente de eventos. Luego del ajuste por otras variables ecocardiográficas, demográficas y clínicas, el valor del TAPSE fue un predictor independiente de muerte total (hazard ratio (HR) 0.847, IC95% 0.730-0.983, $p=0.028$), de mortalidad cardiovascular (HR 0.725, IC95% 0.600-0.875, $p=0.001$), hospitalización por IC (HR 0.859, IC95% 0.755-0.977, $p=0.001$) y de desarrollo de fibrilación auricular (HR 0.84, IC95% 0.727-0.972, $p=0.019$).

Conclusiones: La afectación ecocardiográfica del VD es frecuente en los pacientes con CA-TTR. El TAPSE es un parámetro fácil de medir que predice la evolución en términos de mortalidad total, mortalidad cardiovascular, hospitalizaciones por IC y desarrollo de FA a mediano plazo. Esta información podría ser útil para identificar pacientes con mayor riesgo de padecer eventos y utilizar estrategias para prevenirlos.

Variable	N=154
Sexo masculino - n (%)	147 (95,2%)
Edad - años (P25-75)	81 (75-85)
Hipertensión arterial - n (%)	126 (77,3%)
DBT - n (%)	29 (17,8%)
Enfermedad coronaria previa - n (%)	41 (25,5%)
MCP - n (%)	44 (27%,3)
FA previa - n (%)	82 (50,9%)
Neuropatía - n (%)	9 (6,2%)
FEV - % (P25-75)	50 (42-60)
SIV - mm (P25-75)	16 (14-19)



0631. VALOR PRONÓSTICO DEL ÁCIDO LÁCTICO EN PACIENTES POSTOPERATORIOS DE CIRUGÍA CARDÍACA ASISTIDOS CON ECMO VA

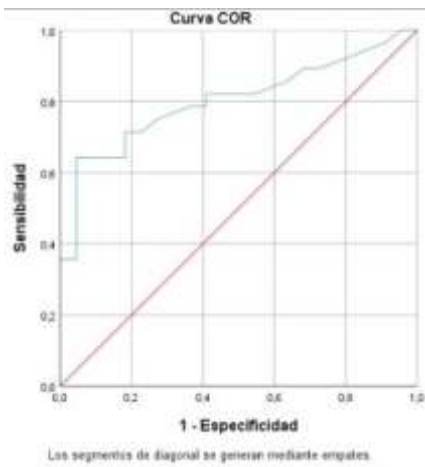
Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Juan Francisco FURMENTO | Alan SIGAL | Juan Pablo COSTABEL | Lucrecia BURGOS | Mirta DIEZ | Rocio BARO VILA | Juan Mariano VRANCIC | Leonardo SEOANE

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El shock cardiogénico postcardiotomía (SC-PC) es una complicación poco frecuente que ocurre en menos del 4% de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Se entiende por SC-PC a la incapacidad de retirar adecuadamente al paciente de bomba de circulación extracorpórea o al shock cardiogénico persistente luego de la salida de la misma a pesar de la máxima utilización de agentes farmacológicos. La mortalidad de esta entidad continúa siendo muy elevada. El ácido láctico (AL) es un marcador de perfusión tisular y es un

predictor independiente de mortalidad en cirugía cardíaca. Tiene un valor normal de 0.6 y 2 mM/L en nuestra institución. Existe poca evidencia que analice el comportamiento dinámico de este valor y lo asocie a resultados clínicos.



Objetivos: Determinar si hay relación entre los valores de AL a lo largo de la asistencia circulatoria mecánica con ECMO que predigan mortalidad.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva una cohorte prospectiva de adultos con SC-PC que requirieron asistencia circulatoria mecánica con ECMO entre 2014 y 2023.

Resultados: El 64% eran varones, diabéticos 20%, dislipémicos 58%, hipertensos 40%, infarto previo 32% y una media de fey de 43%, con un 48% de ellos por debajo de 40%; la mitad presentaba valvulopatía moderada o severa. El 38% de las cirugías fueron programadas, 16% de urgencia, 4% de emergencia y 42% postrasplante. La media de intermacs de implante fue de 1.24 +/- 0.47 con una media de duración de 6.98 +/- 5.49 días, en configuración periférica 78% con un uso de IABP concomitante del 90%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 56% y en ECMO del 44%. Las principales complicaciones fueron sangrado quirúrgico 58%, IRA 74%, necesidad de diálisis 34%, sepsis

50% e isquemia arterial periférica 24%. La mediana de distancia al valor normal de AL a las 24 hs entre los sobrevivientes fue de 0.7 mM/l (0-1.9) vs no sobrevivientes 4 mM/L (1.75-13.2), $p=0.002$. El área bajo la curva de la distancia de los valores de AL al valor normal de los sobrevivientes fue 0.803 (95% IC 0.679-0.926).

Conclusiones: En un contexto donde la mortalidad del SC-PC continua siendo elevada, la asistencia circulatoria mecánica con ECMO representa una herramienta útil que aumenta las chances de sobrevida, pero también presenta elevada morbimortalidad de modo que es de vital importancia seleccionar adecuadamente los pacientes y generar un programa institucional. Utilizar variables como el ácido láctico puede ayudar a seleccionar aquellos pacientes que tienen más posibilidades de weaning exitoso y sobrevida intrahospitalaria.

0632. ANOMALÍA DE EBSTEIN: DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CORRELACIÓN CON SU EVOLUCIÓN POSTNATAL

Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del adulto / Multimagen

Carolina STEPFER | Ximena VICENTE GUZMÁN | Alexandra NIÑO MARTINEZ | Laura PEREZ CALDERON | Pablo MARANTZ

Fundación Hospitalaria

Introducción: El ecocardiograma doppler fetal es la herramienta de elección más eficaz para el diagnóstico cardiopatías congénitas complejas durante la gestación. El diagnóstico de la anomalía de Ebstein en forma precoz permite, en gran medida, conocer la evolución intrauterino y predecir la evolución postnatal con alta certeza.

Objetivos: Revisar 8 casos con diagnóstico de anomalía de Ebstein intrauterino mediante ecocardiograma fetal. Analizar parámetros ecocardiográficos que permitan su seguimiento, para valorar su evolución intrauterino y luego su pronóstico postnatal.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Pacientes con diagnóstico fetal de anomalía de Ebstein, desde marzo de 2018 a marzo 2024. Todos los pacientes fueron seguidos con ecocardiografía fetal y luego con cardiología infantil en la unidad de neonatología, para valorar correlación entre los parámetros fetales y la evolución postnatal.

Resultados: La edad materna al momento del diagnóstico de nuestros 8 pacientes fue de 35 años



(rango de 24 a 42 años) la Edad Gestacional al momento del diagnóstico fue de 31 semanas en promedio. El motivo de derivación en todos los casos fue asimetría de cavidades a predominio de cavidades derechas en estudios obstétricos, en 2 casos IT. Todos los embarazos únicos, sin otras malformaciones fetales. 2 pacientes presentaron T21. La mortalidad in útero fue de solo 1 paciente que representó 12.5% y mortalidad neonatal fue de 2 pacientes que representa el 25%. 6 fetos sobrevivieron la gestación, dando como resultado 6 RN vivos que representaron el 62.5% de nuestra población. No se encontraron arritmias en nuestra población. Los datos ecocardiográficos valorados fueron muchos y pero los que nos resultaron significativos fueron:



-Cardiomegalia: valorada mediante el índice cardiotorácico de 0.55 como mal pronóstico y más de 0.6 muy mal pronóstico. Más aún en aquellos pacientes con mega AD -Tamaño FOP: un valor absoluto de más de 1 cm fue un valor de mal pronóstico, en cambio la relación FOP/SIA dio un resultado poco concluyente ya que no tuvimos pacientes con FOP pequeña o restrictiva -Decalage: a mayor desplazamiento del anillo funcionante de la VT mayor mortalidad. Los 3 pacientes fallecidos tuvieron un grado de desplazamiento valvular mayor de 1.1cm, -La relación ventrículo derecho/ventrículo izquierdo de 1 se asoció con mala evolución, en cambio en los pacientes que sobrevivieron la relación fue > 1.1 -IT la insuficiencia tricuspídea presente en todos los pacientes, fue severa en 6 casos, el 75% -Hidrops afectó a solo 1 paciente que fue el que presentó FM -La obstrucción al TSVD, atresia pulmonar se observó en 3 pacientes, y no tuvo relación con los casos de mortalidad.

Conclusiones: Los criterios de la ecocardiografía fetal que demostraron mal pronóstico perinatal de la anomalía de Ebstein en nuestra serie fueron: índice cardiotorácico mayor de 0.55, tamaño del foramen oval > 1cm, el decalage o grado de desplazamiento valvular mayor de 1.1cm, la relación ventrículo derecho-ventrículo izquierdo menor de 1. El hidrops se presentó como criterio de suma gravedad y relacionado con muerte fetal. La obstrucción del TSVD NO se asoció con mal pronóstico en nuestra población. Estos parámetros deben buscarse intencionalmente durante la valoración cardiológica en fetos con anomalía de Ebstein, son relativamente sencillos, reproducibles y permiten establecer pronóstico y evolución postnatal. El diagnóstico precoz permite la programación del nacimiento en centro de complejidad con equipo multidisciplinario. lo cual mejora ampliamente la supervivencia de estos pacientes. Se requiere a futuros más estudios con mayor número de pacientes para validar estos criterios.

0633. VALVULOPATÍAS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA AMILOIDÓTICA. PREVALENCIA Y PRONÓSTICO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Valvulopatías

Ana SPACCAVENTO | Franco Nicolás BALLARI | Pablo Fernando ELISSAMBURU | Lucrecia María BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Mirta DIEZ | Alejandro Horacio MERETTA | Juan Pablo COSTABEL

ICBA

Introducción: La cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR) es una enfermedad infiltrativa que afecta la función diastólica y sistólica ventricular, pero que de la misma manera altera la estructura y función valvular.

Objetivos: En este trabajo nos propusimos evaluar la frecuencia de enfermedad valvular en pacientes con CA-TTR y su impacto pronóstico en eventos clínicos en el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con CA-TTR en un centro especializado en cardiología. Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos basales, así como factores de riesgo cardiovascular y eventos clínicos posterior al diagnóstico de amiloidosis. Se evaluó la frecuencia de afectación valvular en los pacientes al momento del diagnóstico y el impacto de las mismas en el pronóstico de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes, con una edad media de 81 años (75-85) y el 91% de sexo masculino. En relación a las valvulopatías el 6.2% presentó una estenosis aórtica leve, el 10,3% moderada y el 5.5% severa. La insuficiencia aórtica se presentó en el 2% de los pacientes y la insuficiencia mitral leve en el 59,5%, moderada en el 17,4%. La insuficiencia tricuspídea resultó de grado leve en el 46,9%

Variable	N=154
Sexo masculino - n (%)	147 (95,2%)
Edad - años (P25-75)	81 (75-85)
Hipertensión arterial- n (%)	126 (77,3%)
DBT - n (%)	29 (17,8%)
Enfermedad coronaria previa- n (%)	41 (25,5%)
MCP - n (%)	44 (27,3%)
FA previa - n (%)	82 (50,9%)
Neuropatía - n (%)	9 (6,2%)
FEV - % (P25-75)	50 (42-60)
SIV - mm (P25-75)	16 (14-19)

%, moderada en el 17.5% y severa en el 4.2% de los pacientes. La mediana de seguimiento fue de 528 días (159-1004) y durante este período la mortalidad por todas las causas del 19.3 %, la adjudicada como cardiovascular del 11.8% y la tasa de hospitalización por insuficiencia cardíaca de 30.5 %. En el análisis multivariado, hallamos que el grado de insuficiencia mitral (hazard ratio (HR) 2.71, IC95% 1.50-4.91, p=0.001) y el de estenosis aórtica (HR 1.92, IC95 1.24-2.97, p=0.003) fueron predictores independientes de mortalidad por todas las causas. Ambas valvulopatías fueron predictores independientes de mortalidad cardiovascular, siendo el HR de 4.140 (IC95% 1.876-9.135) para la insuficiencia mitral y el HR de 1.759 (IC95% 1.876 - 9.135) para la estenosis aórtica. En relación a las hospitalizaciones por IC el grado de estenosis aórtica se asoció a dicho evento (HR 1.655, IC95% 1.123-2.439).

Conclusiones: La presencia de valvulopatías es un hallazgo frecuente entre los pacientes con CA-TTR, siendo la insuficiencia mitral y tricuspídea las más frecuentes, seguidas de la estenosis aórtica. Desde el punto de pronóstico hallamos una relación entre el grado de insuficiencia tricuspídea y de estenosis aórtica con la mortalidad total y cardiovascular; y el de estenosis aórtica y las hospitalizaciones por IC.

0634. IMPACTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO OPTIMIZADO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON CARDIODEFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

Arritmias y Electrofisiología

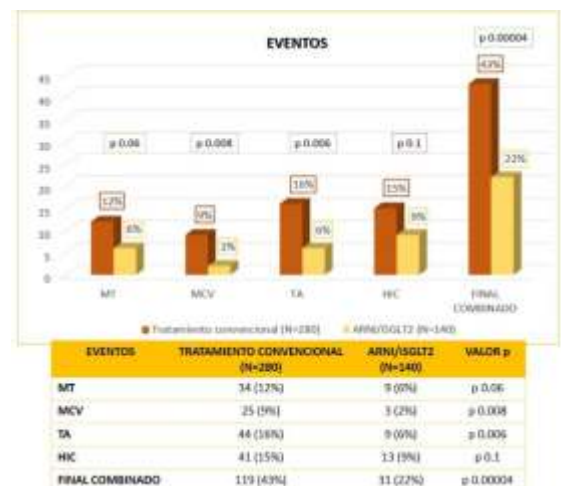
Rocio Belen BENITO | Néstor Oscar GALIZIO | José Luis GONZÁLEZ | Guillermo Alejandro CARNERO | Mauricio Andres MYSUTA | Mariel ALVAREZ CORREA | Maria Eugenia SANTILLAN | Yolanda Beatriz ROCHE RODRIGUEZ
FUNDACION FAVALORO

Introducción: Después de revisar 1128 estudios relevantes, randomizados, comparando cardiodesfibrilador implantable (CDI) versus tratamiento médico durante las últimas tres décadas, se seleccionaron sólo siete: MADIT, MUSTT, MADIT II, SCD-HeFT, DEFINITE, COMPANION y DANISH, concluyendo que la muerte súbita y la mortalidad total se redujeron en el transcurso de los años debido al mayor número de pacientes, que además del CDI, se encontraban bajo tratamiento médico convencional con betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del receptor de la angiotensina II, antialdosterónicos y amiodarona. Estos estudios mostraron grandes diferencias en el diseño, criterios de inclusión, gravedad y tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Hasta el presente, no tenemos conocimiento que en pacientes portadores de CDI se haya analizado su evolución a largo plazo comparando tratamiento médico convencional versus tratamiento médico convencional asociado a las nuevas drogas para insuficiencia cardíaca.

Objetivos: Comparar tasa de eventos duros: mortalidad total, mortalidad cardiovascular (MCV), terapias apropiadas (TA) y su punto final combinado, entre pacientes portadores de CDI en prevención primaria o secundaria de muerte súbita con tratamiento médico convencional para insuficiencia cardíaca versus tratamiento médico convencional sumado a antagonistas de los receptores de angiotensina-neprilisina (ARNI) o inhibidores del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2 (iSGLT2).

Materiales y Métodos: Entre 2010 y 2022 se incluyeron 420 pacientes con miocardiopatía dilatada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo severa a los que se les implantó un CDI por prevención primaria o secundaria de muerte súbita, según las guías internacionales. Se dividieron a los pacientes en dos grupos: Grupo 1 = Tratamiento convencional (240 pacientes). Grupo 2 = Tratamiento convencional + ARNI/iSGLT2 (140 pacientes). En este, la distribución de las drogas fue: ARNI 41 pacientes, iSGLT2 26 pacientes y ambos tipos de drogas 73 pacientes. Las características basales de ambos grupos se muestran en la Tabla 1. Para el grupo con tratamiento convencional (240 pacientes) el seguimiento medio fue de 47±42 meses y para el grupo ARNI/iSGLT2 (140 pacientes) fue de 50±42 meses.

Resultados: Como se muestra en la Figura 1, al final del seguimiento, la mortalidad total fue mayor en el GRUPO 1 (12%), comparado con el GRUPO 2 (6%), aunque sin diferencia significativa (P=0.06). En cambio, al analizar MCV la



CARACTERÍSTICAS BASEALES		
N total=420	Tratamiento convencional N=240 (67%)	ARNI/iSGLT2 N=140 (33%)
Edad	64 ± 12	60 ± 12
Hombres	245 (87%)	123 (89%)
Cl		
1 - 2	260 (93%)	132 (94%)
3	20 (7%)	8 (6%)
HTA	202 (72%)	86 (61%)
DMT	66 (23%)	40 (28%)
IRC	9 (3%)	0 (0%)
CRM	81 (29%)	42 (30%)
Cardiopatía isquémico-necrótica	228 (81%)	111 (79%)
Cardiopatía dilatada idiopática	52 (18%)	29 (21%)
Prevencción 1*	224 (80%)	126 (90%)
Prevencción 2*	56 (20%)	14 (10%)
Ecodoppler cardíaco		
DVI (mm)	63 ± 9	65 ± 8
DVI (mm)	50 ± 10	52 ± 10
FEV (%)	28 ± 8	28 ± 8
IR Leve	156 (56%)	80 (57%)
Seguimiento medio (meses)	47 ± 42	50 ± 42
Drogas		
Betabloqueantes	207 (85%)	136 (97%)
Antialdosterónicos	199 (71%)	131 (94%)
IECA/ARA II	219 (78%)	28 (20%)
Amiodarona	138 (46%)	76 (54%)

diferencia si fue significativa: 9% GRUPO 1 frente al 2% del GRUPO 2 (P=0.008). En cuanto a las TA, 16% de los pacientes del GRUPO 1 las presentaron versus 6% del GRUPO 2, con diferencia significativa (P=0.006). Las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca fueron mayores en el GRUPO 1 (15%), comparadas con el GRUPO 2 (9%), pero sin diferencia estadística (P=0.01). Finalmente, si evaluamos el punto final combinado, la tasa de eventos es significativamente mayor (P= 0.00004) en el GRUPO 1.

Conclusiones: En nuestra población en estudio, los pacientes que sumaron ARNI/iSGLT2 al tratamiento convencional tuvieron significativamente menor tasa de MCP y TA, con una tendencia a la reducción de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y muerte total; con un punto final combinado menor, mostrando una diferencia significativa en comparación con aquellos pacientes que sólo recibían tratamiento convencional.

0636. FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA AMILOIDÓTICA: PREVALENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Arritmias y Electrofisiología

Franco Nicolas BALLARI | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Ana SPACCAVENTO | Rocio Consuelo BARO VILA | Diego Gabriel CONDE |
Lucrecia María BURGOS | Mirta DIEZ | Juan Pablo COSTABEL

ICBA

Introducción: La cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR) es una enfermedad que causa una miocardiopatía restrictiva debido al depósito de proteínas mal plegadas. Esta condición está asociada con diversos trastornos de la conducción y arritmias, siendo la fibrilación auricular (FA) la más común. La prevalencia e incidencia de FA en la CA-TTR es notablemente alta, lo que resalta la importancia de su detección debido al alto riesgo cardioembólico en esta población.

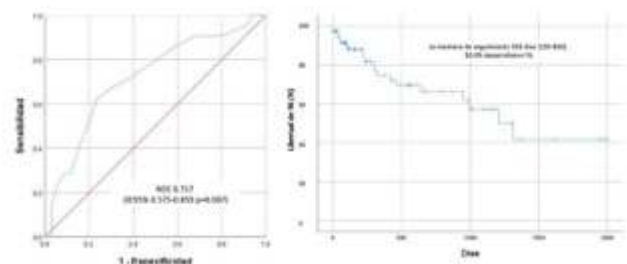
Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia y determinar los predictores clínicos y ecocardiográficos del desarrollo de fibrilación auricular en pacientes con CA-TTR.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con CA-TTR en un centro especializado en cardiología. Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos basales, así como factores de riesgo cardiovascular. También se obtuvieron eventos de insuficiencia cardíaca (IC), la prevalencia de FA al momento del diagnóstico de CA-TTR, así como su desarrollo en el seguimiento. Se analizaron factores predictores utilizando la regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes con CA-TTR, con una edad media de 81 años (75-85) y el 91% de sexo masculino. La mediana de seguimiento fue de 396 días (105-820). De los 154 pacientes, 79 se encontraban libres de FA al momento del diagnóstico de los cuales 24 (30,4%) desarrollaron FA en el seguimiento. En el análisis univariado, el TAPSE (HR: 0.85; IC 95%: 0.74-0.97; p=0.024) y la onda S del VD (HR: 0.69; IC 95%: 0.50-0.93; p=0.017) se asociaron significativamente con el desarrollo de FA. En el análisis multivariado, solo el TAPSE mantuvo su significancia estadística (HR: 0.857; IC 95%: 0.74-0.99; p=0.038), indicando que una menor función del ventrículo derecho es un predictor independiente del desarrollo de FA en pacientes con amiloidosis cardíaca. El TAPSE mostró una curva ROC 0.717 (IC95% 0.575-0.859 p=0.007) hallando un punto de corte de 19.5 mm como ideal (sensibilidad 80%, Especificidad 25%, VPN 75 %,VPP 30, LR+ 1.07, LR-0.80)

Conclusiones: La FA es una arritmia altamente frecuente en pacientes con CA-TTR. La función del ventrículo derecho, medida ecocardiográficamente por TAPSE, es un predictor significativo e independiente de su desarrollo. Estos hallazgos subrayan la importancia de un monitoreo ecocardiográfico detallado y podrían influir en las estrategias de manejo preventivo en esta población de alto riesgo.

Variable	N=154
Sexo masculino - n (%)	147 (95,2%)
Edad - años (P25-75)	81 (75-85)
Hipertensión arterial - n (%)	126 (77,3%)
DBT - n (%)	29 (17,8%)
Enfermedad coronaria previa - n (%)	41 (25,5%)
MCP - n (%)	44 (27%,3)
FA previa - n (%)	82 (50,9%)
Neuropatía - n (%)	9 (6,2%)
FEY - % (P25-75)	50 (42-60)
SIV - mm (P25-75)	16 (14-19)



0645. HALLAZGO DE PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN PACIENTES JÓVENES Y SU ASOCIACIÓN CON OTROS FACTORES DE RIESGO. IMPORTANCIA DE LA BÚSQUEDA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TODAS LAS EDADES

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

María Florencia PEREZ¹ | Pablo Daniel CUTINE¹ | Camila KOS² | Franco LAPETTINA² | Florencia AGUILO¹ | Daniel PIROLA¹ | Gustavo GIUNTA¹ | Laura BRANDANI¹

¹Fundacion Favalaroz; ²Universidad Favalaroz

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo (FR) con más impacto en la patología cardiovascular. Diversos estudios muestran que HTA está presente desde edades tempranas, y su tratamiento (tto) adecuado evita la progresión al daño de órgano blanco y la aparición de eventos cardiovasculares (ECV). Los adultos jóvenes no suelen tener registro de sus valores de presión arterial (PA).

Objetivos: Evaluar la prevalencia de HTA en pacientes (pac) jóvenes y determinar su asociación con otros FR.

Materiales y Métodos: En un diseño observacional transversal con seguimiento prospectivo se evaluaron participantes de un programa de prevención cardiovascular. Se incluyeron pac entre 18 y 49 años, que concurrieron a realizar una evaluación cardiovascular entre enero de 2017 y diciembre de

Variable	Total (n=6071)	PA normal en la consulta (n=5495)	HTA en la consulta (n=576)	p valor
Edad (años)	35.3 ± 9.6	34.9 ± 9.7	38.9 ± 8.5	p<0.00001
Índice de masa corporal	26.8 ± 14	26.5 ± 14.4	30.5 ± 6.8	p<0.00001
Diabetes mellitus (%)	58 (0.9)	49 (0.9)	9 (1.6)	ns
Tabaquismo activo (%)	1167 (19.2)	1058 (19.2)	109 (18.9)	ns
Glucemia (mg/dL)	91 (85-97)	90 (85-96)	93 (87-100)	p<0.00001
Creatinina (mg/dL)	0.86 ± 0.16	0.86 ± 0.16	0.89 ± 0.17	p<0.005
Colesterol total (mg/dL)	189.7 ± 37.6	188.8 ± 37.4	198.7 ± 32.6	p<0.00001
HDL (mg/dL)	54.4 ± 13.5	54.8 ± 13.6	50.7 ± 11.9	p<0.00001
LDL (mg/dL)	113.1 ± 32.8	112.4 ± 32.6	120.5 ± 33.7	p<0.00001
Triglicéridos (mg/dL)	92 (67-132)	90 (66-128)	115 (83-168)	p<0.00001

2023. Datos antropométricos, clínicos y de laboratorio fueron tomados de registros médicos. Se consideró PA elevada, al hallazgo en la consulta médica de un valor ≥ 140 mmHg para la presión arterial sistólica (PAS) o ≥ 90 mmHg de la presión arterial diastólica (PAD). Se compararon las características del grupo con HTA (gHTA) con el resto de pac normotensos (gCTRL). Se descartaron pac con HTA previa, bajo tto con drogas antihipertensivas o con HTA secundaria. Se utilizó ecocardiograma para evaluar la estructura de la aurícula izquierda (AI) y el cálculo del índice de masa del ventrículo izquierdo (iMVI). Por prueba ergométrica graduada (PEG) se vio la respuesta hipertensiva ante el esfuerzo (PAS ≥ 210 mmHg ó PAD ≥ 90 mmHg). Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para evaluar la asociación independiente entre el hallazgo de HTA y otros FR.

Gráfico 1.- Porcentaje de pacientes con valores elevados de presión arterial en el consultorio según grupo de edad.



Resultados: De un total de 6071 pac que cumplieron con los criterios de inclusión (edad promedio 35.3 ± 9.6 años; 45.3% de sexo femenino), se encontraron 576 (9.5%) con valores elevados de PA durante la consulta médica. En la tabla I se resumen los datos comparativos de esta población. Los pac con HTA mostraron mayor edad, índice de masa corporal, glucemia y creatinina. También los parámetros lipídicos (colesterol total, LDLc, HDLc y triglicéridos) estuvieron alterados en estos pac. En gHTA, la PAS estuvo elevada en 73.8%, la PAD en 91,1%, y ambas elevadas en 64.9%. La presencia de PA elevada estuvo asociada a la edad (Gráfico 1). La PEG de los pacientes con HTA mostró menor rendimiento METS (gHTA 12.2 ± 2.8 METS vs. gCTRL 13 ± 2.8 METS; p<0.001), y mayor probabilidad de respuesta hipertensiva exagerada (gHTA 8.3% vs. gCTRL 1%; p<.0.0001). El iMVI también estuvo más elevado en los pac con HTA (gHTA 66 ± 16g/m² vs. gCTRL 62.5 ± 14.5g/m²; p<0.001) y la AI mostró mayor diámetro en este grupo (gHTA 35.9 ± 5mm vs. gCTRL 33.9 ± 4.9mm; p<0.001). En el análisis de regresión logística múltiple se observó que la edad (p<0.001), el HDLc (p<0.01), la concentración de triglicéridos (p<0.05), el diámetro de la AI (p<0.005) y la respuesta hipertensiva en la prueba de esfuerzo (p<0.001) estaban independientemente asociados a la presencia de hipertensión arterial en el consultorio. En el seguimiento luego de los 6 meses, 62% de estos pac se encontraban bajo tto antihipertensivo.

Conclusiones: Se observó un número significativo de pac jóvenes con hallazgo de HTA en una consulta de control. Este hallazgo estuvo significativamente vinculado con factores que incrementan el riesgo cardiovascular, demostrando que no se trata de un hallazgo inocente. La identificación, categorización y tto temprano de esta población es prioritaria para evitar la aparición de ECV.

0648. ECO DOPPLER Y ANGIOTOMOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO: CORRELACIÓN EN EL ESCENARIO PRE ENDARTERECTOMÍA

Medicina Vascul ar / Multimagen

José Maximiliano VILLAGRA | Sebastián GHIBAUDO | Marcelo HERRASTI | Melina LIMA | Ignacio DE LUCA | Pablo ELISSAMBURU | Fernando BELCASTRO | Gabriel PEREA
ICBA

Introducción: Los accidentes cerebrovasculares (ACV) constituyen un problema médico de relevancia, que siendo analizado de forma separada constituye la tercera causa de muerte solamente después del cáncer y la enfermedad cardíaca- coronaria, por lo cual la identificación enfermedad carotídea extra craneal juega un rol fundamental ya que implica un porcentaje no despreciable de estos casos. Esta valoración está determinada fundamentalmente por técnicas de imagen no invasivas, siendo la Ultrasonografía doppler carotídea (EVC) y la Angiotomografía computada (ATC) las más utilizadas.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es determinar la correlación y el grado de acuerdo entre estas dos técnicas a la hora de cuantificar el grado de estenosis carotídea en pacientes derivados a revascularización.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal con un diseño retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos que fueron derivados al Servicio de Cirugía Vascul ar y programa de Medicina Vascul ar para la revascularización carotídea, en el período de febrero de 2019 hasta diciembre de 2023. El análisis de correlación entre el grado de estenosis se calculó utilizando el

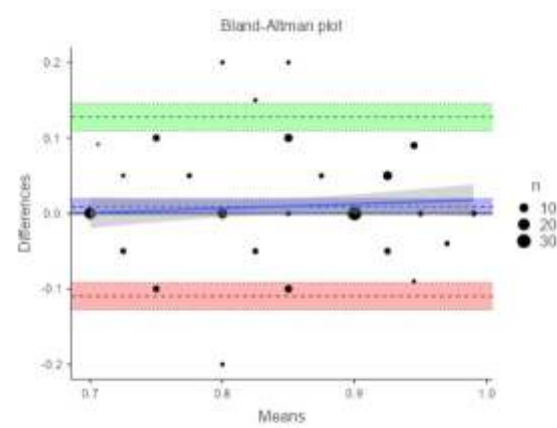
coeficiente de correlación de Pearson (r de Pearson) para variables con distribución normal bivariada y con coeficiente de correlación de Spearman (r de Spearman) para variables con otra distribución. El grado de acuerdo entre las mediciones fue evaluado gráficamente mediante un gráfico de Bland-Altman. Todos los análisis se realizaron como tests a dos colas, considerando un nivel de significancia de $\alpha = 5\%$.

Resultados: Se estudiaron 131 pacientes con una edad promedio de 72 ± 6.78 años, de los cuales el 62 % correspondía al sexo masculino. El resto de las características basales se expresan en la Tabla 1. La Tabla 2 muestra el grado de correlación entre los dos métodos. En la identificación del grado de estenosis carotídea, la correlación evaluada mediante el test de Spearman fue muy buena ($r = 0,74$; valor $p = 0,001$). Mediante la valoración de gráfico de Bland Altman (Figura 1) se observa que existe un grado de acuerdo entre las dos técnicas (valor medio de diferencias/bias = 0,009%).

Conclusiones: Se comprobó una buena correlación entre ambos métodos diagnósticos en el escenario de pacientes con patología carotídea severa de manera no invasiva. Dichos métodos aportan información complementaria, éstos deberían usarse en combinación para una mejor valoración integral del riesgo del paciente.

Variable	Valor
Edad (años)	72,0 ± 7,2
Sexo masculino, % (n)	62 (62)
HTA, % (n)	72 (74)
Diabetes, % (n)	48 (36)
Dislipemia, % (n)	69 (75)
Tabaquismo, % (n)	68 (42)
AHF, % (n)	35 (28)
ACV, % (n)	27 (20)
IAM, % (n)	39 (32)
Lesión lateral, % (n)	42 (38)

	Grado de Lesión EVC	Grado de Lesión ATC	Angulo TC Grado de Lesión
Grado de Lesión EVC	Correlación de Spearman	1	,77**
	Sig. (lateral)		,001
Angulo TC Grado de Lesión	Correlación de Spearman	,77*	1
	Sig. (lateral)	,001	
N		131	131



0649. IMPACTO DEL GRUPO ETARIO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CORONARIO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MUJERES QUE CONCURREN A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Jorge GORAL | Osvaldo BARBOSA | Amarilí GONZALEZ | Paula CARESTIA ESTEBAN | Felipe Daniel OLIVIERI | Stella Maris FAELLA | María Victoria AMI | Guillermina FORTE
CEMAR (Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias de Referencia)

Introducción: La enfermedad cardiovascular en la mujer es primer causa de mortalidad, pero no esta evaluado desde que grupo etario el riesgo esta aumentado

Objetivos: Evaluar la prevalencia de factores de riesgo coronario (FRC) en una cohorte de mujeres que concurren a la consulta a la atención primaria y el riesgo cardiovascular (RCV) según el grupo etario de dicha población. Variables: Prevalencia de factores de RCV emergentes: enfermedad renal crónica (ERC), ERC oculta

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 965 pacientes (p) mujeres Grupo total (GT), consecutivas, medias: 58 ± 13 años, que concurren a cardiología de la Atención Primaria. Del GT se obtuvieron grupos etarios (GE) en ellos se evaluó la Prevalencia de FRC: HTA, DBT2, DLP, TBQ, SDT, OBS, EAC y FRC emergente: ERC: (IFGe < 60 ml/min/1.73m²/m), ERC oculta (creatinina normal con IFGe < 60); El (GE) se dividió en grupos (años) y subgrupos s/c DBT2: 40/49 (185/64p), 50/59 (163/153p), 60/69 (153/82p), 70/75 (121/44p); y se utilizó el riesgo cardiovascular (RCV) del HEARTS en las Americas /OPS /OMS en categorías: bajo ($< 5\%$), moderado (5 a $< 10\%$), alto (10 a $< 20\%$), muy alto (20 a $< 30\%$) y crítico ($> = 30\%$)

Resultados: GE 40/49: s/c DBT2, Prevalencia (%): HTA:(48,5/75,5), DLP:(39,8/51), TBQ: (29,1/14,3), SDT:(63,1/85,7), OBS:(56,3/87,8), ERC:(2,9/6,1), ERC oculta:(16,7/33,3), EAC: (0/0). Hubo $p < HTA:0.002$, $SDT:0.004$, $OBS:0.0001$ y RCV (%): Bajo:(96,3/70,2), Moderado:(3,7/23,4), Alto:(0/6,4)/Muy Alto:(0/0), Crítico (0/0); hubo $p < 0.0001$ y 0.01 para moderado y alto RCV. GE 50/59: s/con DBT2 .Prevalencia (%): HTA:(74,8/77,9), DLP:(55,8/57,8), TBQ: (23,9/14,9), SDT:(73/68,8), OBS:(42,9/75,3), ERC:(8/14,3), ERC oculta:(37,1/ 55,1), EAC: (3,1/7,1). Hubo $p < OBS:0.0001$, $ERC:0.07$, $EAC:0.07$ y RCV (%): Bajo:(70,9/20,1), Moderado:(24,1/63,8), Alto:(2,8/16,1), Muy Alto:(0/0,7), Crítico (0/0); hubo $p < 0.00001$ para bajo, moderado y alto RCV. GE 60/69: s/con DBT2 .Prevalencia (%): HTA:(77,1/88,9), DLP:(60/65,2), TBQ:(15/13,6), SDT:(75,6/79), OBS:(46,6/65,4), ERC:(22,2/25,1), ERC oculta:(47,1/52,9), EAC: (4,1/16,7). Hubo $p < HTA:0.02$, $OBS:0.0001$ y RCV (%): Bajo:(37,5/0), Moderado:(50/77,8), Alto:(9,4/22,2)/Muy Alto:(0/0), Crítico (0/0); Hubo $p < 0.00001$, 0.05 y 0.00001 para bajo, moderado y alto RCV. GE 70/75: s/con DBT2 .Prevalencia (%): HTA:(91,1/100), DLP:(61,1/64,4), TBQ:(10/9,8), SDT:(80/81,7), OBS:(48.9/51,2), ERC:(31,1/45,6), ERC oculta:(57,1/75), EAC: (4,3/35,7). Hubo $p < EAC:0.003$, $SDT:0.05$ y $ERC:0.0001$ y RCV (%): Bajo:(1,2/0), Moderado:(30,5/0), Alto:(67,1/80,8)/Muy Alto:(1,2/19,2), Crítico (0/0); Hubo $p < 0.001$, 0.0003 para moderado y muy alto RCV

Conclusiones: 1).A temprana edad, 40/49 años 1 cada 3 (p) DBT2 ya tienen moderado a alto RCV, siendo dicho riesgo del GE 50/59 del 80% (1 cada 1,4 (p) DBT2), pero del 35% en uno cada 4 (p) del GNDBT2, ello conlleva al alto impacto precoz de la DBT2 sobre el RCV. 2).La actividad sedentaria se observó en cada 1,5 (p) en todos los GE, sea o no DBT2. 3).La prevalencia de ERC fue alta, en uno cada 5 (p), desde el GE de los 60/69 y esta asociada a OBS e HTA en cada subgrupo. 4).La EAC se puso de manifiesto como alto RCV a partir del GE de los 50/59 años, en uno cada 15/40 (p) según sea DBT2 o no, para ser en GE 60/69, en uno cada 6/28 (p), y ser en el ello asociado a mayor OBS, DLP y SDT

0650. FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO POSTERIOR A INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Cardiopatía Isquémica / Arritmias y Electrofisiología

Julia JANCHES QUIÑONES | Ricardo Alfredo VILLARREAL | María Candelaria RAMOS | Elena VARGAS | Ormella PACCE | Daniela Alejandra CARDOZO | Heraldo D' IMPERIO | Joaquín PEREA

Áreas SAC: Área de Investigación

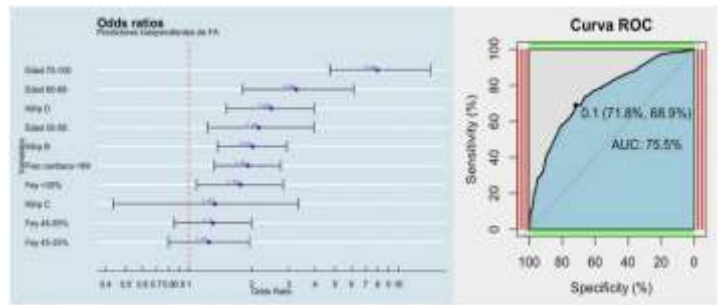
Introducción: La Fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca con mayor prevalencia a nivel mundial. Esta asociada con peor pronóstico en diversas situaciones clínicas.

Objetivos: Evaluar si la presencia de FA de novo durante la internación por un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) tiene una implicancia pronóstica intrahospitalaria. Determinar predictores de FA de novo en internación en pacientes con IAMCEST.

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos del registro continuo ARGENIAM, el mismo incluye pacientes con IAMCEST. La estadística descriptiva fue la convencional. Se realizó análisis bivariado y multivariable por medio de regresión logística con el objetivo de buscar predictores de FA de Novo. Los mismos fueron incluidos en un modelo de clasificación final que fue evaluado por medio de curva ROC. Se consideró un p valor < 0.05 como estadísticamente significativo.

	Overall	FA: No	FA: Si	p
Edad (median [IQR])	61.80 [53.00, 69.00]	60.00 [53.00, 68.00]	64.00 [60.00, 77.00]	< 0.001
HTA = Si (%)	3870 (53.1)	3990 (52.4)	280 (63.6)	< 0.001
Enfermedad coronaria previa = Si (%)	897 (12.3)	823 (12.0)	74 (16.8)	0.004
Batabloqueantes al ingreso = Si (%)	3635 (50.0)	3467 (50.8)	168 (38.2)	< 0.001
IECA al ingreso = Si (%)	3301 (45.4)	3130 (45.8)	171 (38.9)	0.005
Glucemia al ingreso (median [IQR])	135.00 [113.00, 179.00]	134.00 [113.00, 177.00]	153.00 [123.75, 207.25]	< 0.001
Creatinina al ingreso (median [IQR])	0.97 [0.80, 1.18]	0.87 [0.80, 1.17]	1.08 [0.89, 1.40]	< 0.001
Killip y Killip (%)				< 0.001
A	5485 (77.0)	5263 (70.7)	222 (51.0)	
B	1024 (14.4)	904 (13.5)	120 (27.6)	
C	100 (1.4)	90 (1.3)	10 (2.3)	
D	516 (7.2)	433 (6.5)	83 (19.1)	
Tiempo ventana (median [IQR])	230.00 [135.00, 440.00]	227.00 [135.00, 440.00]	263.00 [142.00, 490.00]	0.031
FEY (%)				< 0.001
Normal	2397 (37.4)	2301 (30.2)	96 (24.4)	
Baja	1942 (28.7)	1795 (24.2)	87 (22.1)	
Moderada	1397 (21.8)	1289 (17.4)	108 (27.5)	
Severa	774 (12.1)	672 (9.1)	102 (26.0)	
Frecuencia cardíaca (mean (SD))	79.94 (18.72)	79.41 (17.88)	88.22 (27.63)	< 0.001
ACV isquémico = Si (%)	61 (0.8)	51 (0.7)	10 (2.3)	0.002
Muerte intrahospitalaria por todas las causas = Si (%)	643 (8.8)	545 (8.0)	98 (26.0)	< 0.001
Días de internación (median [IQR])	4.00 [3.00, 6.00]	4.00 [3.00, 6.00]	6.00 [4.00, 10.00]	< 0.001

Resultados: El 6,6% de la muestra presentó FA de novo durante la internación. Este grupo de pacientes presentó una mediana de edad de 69 vs 60 años ($p < 0.001$). En relación a los factores de riesgo cardiovascular, tenían mayor prevalencia de hipertensión arterial 52,4 vs 63,6% ($p < 0.001$) y en cuanto a los antecedentes, la enfermedad coronaria previa también fue más frecuente (12 vs 16,8% $p = 0.004$). Al ingreso hospitalario, aquellos pacientes que evolucionaron con FA, presentaban mayor frecuencia cardíaca (88 vs 79 lpm



$p < 0.001$) y a nivel de laboratorio, mayor valor de glucemia 153 vs 134 mg/dl ($p < 0.001$) y mayor valor de creatinina 1,08 vs 0,97 mg/dl ($p < 0.001$). A su vez, se evidenció que este grupo de pacientes tuvo mayor tiempo de isquemia total 253 vs 227 min ($p = 0,031$), un score de Killip y Kimball más grave ($p < 0.001$) y una menor fracción de eyección (FEY) ($p < 0.001$). Se evidenció que aquellos pacientes con FA presentaban menos tratamiento con betabloqueantes (38,2% vs 50,8% $p < 0.001$) e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (38,9% vs 45,8% $p = 0.005$) durante su internación. En cuanto a su evolución, los pacientes con FA de novo se asociaron con una mayor incidencia de accidente cerebrovascular (2,3 vs 0,7% $p = 0,002$), una internación más prolongada (6 vs 4 días, $p < 0.001$) y una mayor incidencia de muerte intrahospitalaria por todas las causas (22,3% vs 8%, $p < 0,001$). Con el objetivo de generar un modelo de predicción de FA de Novo, se realizó un análisis univariado y aquellas variables con valor de $p < 0.20$ fueron incluidas en modelo de regresión logística multivariable con lo que se obtuvo que la edad estudiada como estratos, 50 a 59 años, 60 a 69 años y 70 a 100 años (OR 2,16, IC 95% 1.23-3.97; OR 3.26, IC 95% 1.80-6.14; OR 7.96; IC 95% 4.71-14.3 respectivamente), la presentación clínica según el score Killip y Kimball (B= OR 2.02; IC 95% 1.36-2.95, C= OR 1.33; IC 95% 0.434-3.34, D= OR 2.48; IC 95% 1.51-3.98), la presencia de taquicardia (OR 1.92, IC 95% 1.32-2.75) y una FEY $< 35\%$ (OR 1.76, IC 95% 1.09-2.75) fueron predictores independientes de FA de novo intrahospitalaria posterior a un IAMCEST. Para evaluar la performance del modelo se construyó una curva ROC la cual presentó un AUC de 0.75, se calculó el mejor punto de corte (0.10) para maximizar la sensibilidad y especificidad que fue de 72 y 69 % respectivamente.

Conclusiones: La FA de novo posterior a un IAMCEST se asoció a peor evolución intrahospitalaria. Sin embargo, no se comportó como un predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria. El modelo propuesto presenta una buena capacidad predictiva para FA de novo en contexto de IAMCEST.

0656. CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MINOCA EN UN CENTRO POLIVALENTE

Cardiopatía Isquémica / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Cecilia Soledad MITRIONE | Josefina PARODI | María Natalia ROMERO | Joaquin JARMA | Eugenio DIAZ ROMERO | Juan Manuel SOUTO | Leandro Diego RODRÍGUEZ

Sanatorio Anchorena San Martín

Introducción: MINOCA es el acrónimo en inglés para Infarto de Miocardio sin lesiones coronarias obstructivas, y representan aproximadamente el 6% de los infartos agudos de miocardio (IAM) a los que se realiza cinecoronariografía (CCG). Es un concepto que engloba enfermedades muy heterogéneas, que se caracterizan por dolor precordial y elevación de troponina en ausencia de obstrucción de vasos epicárdicos que justifique dicha elevación. Si bien este concepto estrictamente incluye únicamente a la enfermedad vasoespástica, microvascular, la trombosis o embolia coronaria, la disección y el mismatch oferta-demanda de oxígeno, muchas veces se utiliza también para incluir otras enfermedades que se manifiestan clínicamente de la misma manera, como la miocarditis, el síndrome de takotsubo, etc. El algoritmo para arribar al diagnóstico de certeza debe incluir un abordaje multi imágenes, con el ecocardiograma transtorácico (ETT) y la resonancia cardíaca (RMC) como componentes centrales, apoyándonos en otros métodos como evaluación funcional de flujo, angiotomografía coronaria, etc. Entender las características de esta población tan heterogénea es indispensable para poder ofrecer el tratamiento adecuado, ya que su pronóstico es muy variado.

VARIABLE	
Edad (años - media(DE))	56,3 (+/-12,8)
Sexo masculino (%)	20 (76,9)
Diabetes (%)	5 (19,2)
HTA (%)	13 (50)
Tabaquista (%)	9 (34,6)
Dislipemia (%)	10 (38,5)
TAS ingreso (mmHg-media (DE))	151,7 (+/-33,4)
FC ingreso (lpm - media (DE))	84,4 (+/-17,3)
Hcto ingreso (% - media(DE))	42,2 (+/-6,8)
Globulos blancos (mediana (RIQ))	8600 (7390-12916)
Creatinina (mg/dl - media (DE))	1,03 (+/-0,41)
Troponina I AS (pg/dl - mediana(RIQ))	144 (54,8-747)
Delta troponina I (pg/dl - mediana (RIQ))	54,6 (-10,7-972,7)
ETT FEY $< 50\%$ (%)	12 (46,2)
Alta con AAS (%)	17 (68)
Alta con P2Y12/ACO (%)	8 (32%)
Alta con betabloqueantes (%)	19 (76)
Alta con estatinas (%)	19 (76)
Alta con vasodilatadores (%)	18 (72)
Score GRACE (puntos - media(DE))	116,3 (+/-35,4)

Objetivos: Describir la prevalencia y características clínicas de una cohorte con diagnóstico de MINOCA en pacientes internados por IAM, y analizar que variables se asocian a presentar este diagnóstico luego de la CCG.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes internados por IAM desde abril de 2023 a mayo de 2024, con diagnóstico de MINOCA luego de la CCG. Se analizaron los datos clínicos, electrocardiográficos (ECG), ETT, CCG, laboratorio y RMC cuando se encontraba disponible. Se excluyeron los pacientes en los que no se realizó CCG y las anginas inestables.

VARIABLE	Enfermedad coronaria obstructiva (N=145)	MINOCA (N=26)	p=
Sexo masculino (%)	114 (78,6)	20 (76,9)	0,8
Edad (años - media (DE))	61,4 (+/- 10,3)	56,3 (+/-12,8)	0,02
HTA (%)	87 (60)	13 (50)	0,34
Diabetes (%)	37 (25,5)	5 (19,2)	0,49
Tabaquismo (%)	72 (49,7)	9 (34,6)	0,36
TA sistólica (mmHg -media(DE))	140,1 (+/-27,3)	151,8 (+/-33,5)	0,055
FC (lpm - media(DE))	81,2 (+/-17,4)	84,5 (+/-17,3)	0,37
Cambios ECG isquémicos (%)	101 (69,7)	13 (50)	0,05
Hematocrito (%-media (DE))	43,6 (+/-5,3)	42,3 (+/-6,9)	0,27
Globulos blancos (mediana (RIQ))	11550 (9141-15550)	8600 (7390-12916)	<0,01
Troponina I AS (pg/dl - mediana(RIQ))	1009 (115,4-10735,2)	144 (54,8-747)	<0,01
Delta troponina (pg/dl - mediana(RIQ))	1507,5 (41,8-21575,1)	54,6 (-10,7-972,7)	<0,01
ETT FEY <50% (%)	68 (46,8)	12 (46,2)	0,31
Óbito (%)	9 (6,2)	1 (3,8)	0,63
GRACE score (puntos - media(DE))	141 +/- 40	116 +/- 35	<0,01
IAMSEST (%)	97 (66,9)	22 (84,6)	0,07
IAMCEST (%)	48 (33,1)	4 (15,4)	0,07

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes internados por IAM. La media de edad fue de 60,6 +/- 10,8 años, y 78,4% eran hombres. El 69,6% infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST), y 30,4% con elevación del ST (IAMCEST). 26 pacientes (15,2%) presentaron diagnóstico de MINOCA luego de la CCG. El 84,6% de los MINOCAS se presentaron como IAMSEST, y 15,4% como IAMCEST. Hubo 1 caso de muerte por miocarditis fulminante. El 50% de los pacientes tenían cambios isquémicos en el ECG, y 46,2% presentaron algún grado de disfunción sistólica ventricular izquierda medida por ETT. Se realizó RMC en 14 de los 26 pacientes. Los diagnósticos finales fueron vasoespasmo coronario en 12,5%, puente muscular 8,3%, síndrome de takotsubo 8,3%, Miocarditis 41,7%, desbalance oferta-demanda de oxígeno en 16,7% y miocardiopatía en 12,5%. Los factores de riesgo cardiovasculares y características basales se encuentran descriptos en la Tabla 1. En comparación con los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva, los pacientes con MINOCA eran más jóvenes (56,3 +/-12,8 vs 61,4 +/- 10,3 años, p=0,02), presentaron al ingreso menor valor de troponina I de alta sensibilidad, con mediana de 144 (54,8-747) vs 1009 (115,4-10735,2) pg/ml, p<0,01, menor delta de troponina con mediana 54,6 (-10,7-972,7) vs 1507,5 (41,8-21575,1) pg/ml, p<0,01, menor valor de glóbulos blancos, 8600 (739-12916) vs 11550 (9141-15550), p<0,01, y menor score de Grace (116 +/- 35 vs 141 +/- 40 puntos, p<0,01). No se observaron otras diferencias entre los dos grupos (Ver tabla 2).

Conclusiones: En una cohorte de pacientes internados por IAM, 15% presentaron diagnóstico de MINOCA luego del cateterismo. Los pacientes con MINOCA son más jóvenes, presentan menores valores de ingreso y menor delta de troponina I, menos leucocitosis, y menor score de Grace que los pacientes con lesiones coronarias obstructivas.

0658. ENCUESTA CONDENAMI (CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES)

Medicina Vascul ar

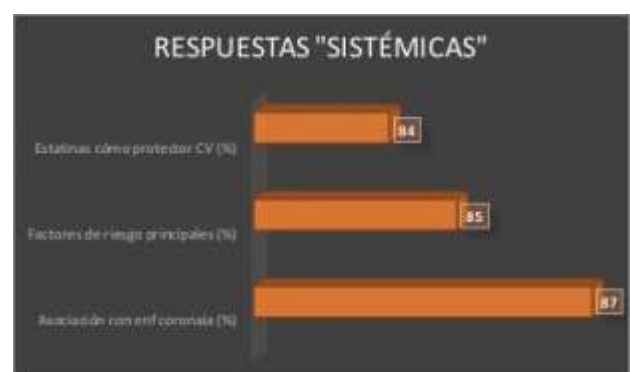
Fernando BELCASTRO¹ | Andrés IZAGUIRE¹ | Sebastian GHIBAUDO¹ | Ignacio BLURO¹ | Silvana RES¹ | Fernando Damián GARAGOL¹ | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA² | Heraldo D' IMPERIO²

Consejos: Medicina Vascul ar¹; Áreas SAC: Área de Investigación²

Introducción: La prevalencia de la enfermedad arterial de miembros inferiores (EAMI) viene incrementándose en los últimos años asociado a la pandemia de diabetes y al envejecimiento de la población. Dicha enfermedad es marcadora de muy alto riesgo cardiovascular, sin embargo, la información disponible sobre las conductas en el manejo de la EAMI demuestra un sub-diagnóstico y sub-tratamiento por la comunidad médica mundial. Dado que no tenemos información acerca del comportamiento médico en la EAMI en nuestro país, desde el Consejo de Medicina Vascul ar de la SAC nos resultó de interés conocer el grado de conocimiento de nuestra comunidad cardiológica respecto de la misma.

Objetivos: Identificar las conductas de los médicos en cuanto a diagnóstico y tratamiento frente a la EAMI en Argentina.

Materiales y Métodos: Se elaboró una encuesta voluntaria y anónima que registró datos de los encuestados y 10 puntos con preguntas y escenarios clínicos que indagaron el grado de acuerdo con distintas conductas diagnósticas y terapéuticas de la EAMI. Se realizó un análisis descriptivo.



Resultados: El total de encuestas respondidas fueron 469. La mediana de edad de los encuestados fue de 50 años. La mayoría de los médicos eran hombres (72.4%) practicaban la medicina en consultorio (74.2%) y llevaban más de 10 años de recibidos (80.3%). La mayoría de los encuestados estuvieron de acuerdo que la EAMI es una enfermedad con alta probabilidad de asociarse a enfermedad coronaria (87.4%) y que los principales factores de riesgo eran la diabetes y el tabaquismo (85%). La mayoría consideró a las estatinas como el principal fármaco para reducir eventos cardiovasculares en esta población (84.4%). Desde el punto de vista local menos de la mitad (44.1%) consideró que la claudicación implica un riesgo mayor del 20% de amputación y la mayoría indicaría una angiografía y angioplastia en pacientes con isquemia crítica (83.7%). Con respecto al uso del índice tobillo brazo (ITB) solo el 40.5% refirió usarlo y menos de la mitad conoce la metodología (49.2%) y el valor que define el diagnóstico de EAMI (43.6%). En cuanto a la conducta frente a intervenciones hay una tendencia a la intervención endovascular en la claudicación no invalidante (40.7%), y la mayoría le indicaría doble antiagregación luego de la intervención (76.7%).



Conclusiones: La encuesta refleja el pensamiento de los médicos participantes sobre las conductas diagnósticas y terapéuticas del paciente con EAMI. Parece haber conductas más homogéneas en cuanto al abordaje sistémico (asociación con enfermedad coronaria, uso de estatinas, relación con factores de riesgo). Sin embargo, desde el punto de vista local (uso y medición del ITB, indicación de angioplastia y riesgo de amputación en el claudicante) las respuestas fueron más diversas.

0659. UTILIZACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS CARDÍACAS CARACTERIZADAS POR AUMENTO DEL GROSOR DE LA PARED A TRAVÉS DE ELECTROCARDIOGRAFÍA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Medicina Digital e Inteligencia artificial

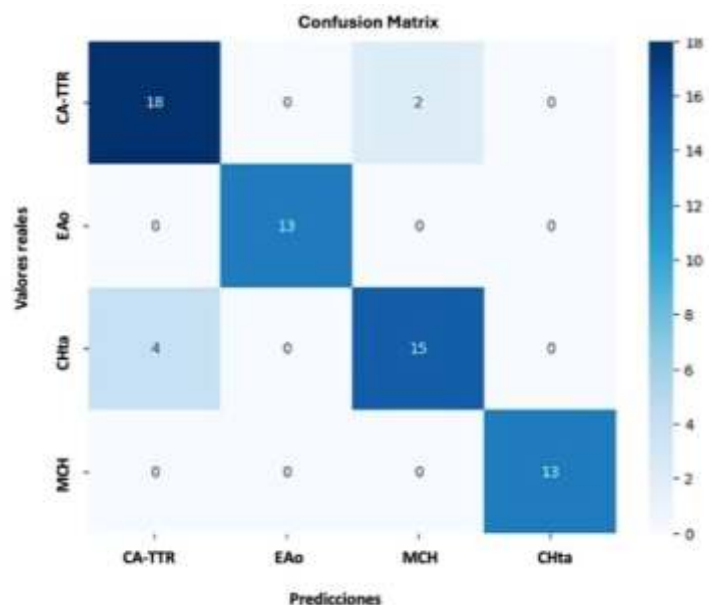
Juan Pablo COSTABEL | Ana SPACCAVENTO | Franco Nicolas BALLARI | Victoria REPPUCCI | Marcia CORTES | Gustavo DAQUARTI | Ramiro ESPINOZA | Mariano BENZADON

ICBA

Introducción: Las patologías cardíacas caracterizadas por un aumento del grosor de la pared, como la cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR), la estenosis aórtica severa (EAo), la miocardiopatía hipertrófica (MCH) y la cardiopatía hipertensiva (CHta), presentan un reto diagnóstico significativo. Diferenciar entre estas condiciones es complejo, ya que la electrocardiografía a menudo ofrece información limitada y confusa. Las diferencias en la fisiopatología de estas enfermedades requieren enfoques clínicos específicos. Aprovechar al máximo la información derivada de la electrocardiografía podría ser invaluable para la identificación y la evaluación inicial de estas patologías cardíacas.

Objetivos: El objetivo de este estudio es desarrollar una herramienta basada en inteligencia artificial (IA) capaz de analizar electrocardiogramas (ECG) de pacientes con aumento del espesor miocárdico y distinguir eficientemente entre las patologías mencionadas anteriormente.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio transversal en el que recolectamos ECG de pacientes de más de 60 años con cuatro patologías que aumentan el grosor de la pared miocárdica: EAo (100), CHta (98), MCH (100) y CA-TTR (131). En total, analizamos 429 datos individuales, divididos en conjuntos de entrenamiento (291), validación (73) y prueba (65). Utilizamos estos datos para entrenar el modelo MobileNetV2, al que se le añadió una capa de "promedio global de agrupación" y una capa densa con una salida de cuatro categorías. El entrenamiento inicial se realizó durante 15 épocas con una tasa de aprendizaje de 0.0001 y un tamaño de lote de 8, entrenando solo el clasificador añadido. En un



segundo entrenamiento, de 10 épocas y una tasa de aprendizaje de 0.00001, se descongelaron las últimas 54 capas y se entrenaron tanto el clasificador como las capas previamente congeladas.



Resultados: El modelo alcanzó una precisión del 96 % en el conjunto de entrenamiento, 95 % en el de validación y 91 % en el de prueba. Esto representa una alta exactitud para diagnosticar cada una de las patologías. Figura 1 y 2

Conclusiones: Nuestra herramienta de escaneo de ECG basada en IA ha demostrado una notable precisión en la diferenciación de estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, cardiomiopatía hipertensiva y amiloidosis cardíaca, lo que puede ser crucial para un diagnóstico preciso y un manejo adecuado de estas enfermedades. Se requiere una validación externa con mayor número de pacientes para darle robustez al algoritmo.

0660. PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA AMILOIDÓTICA. COMPARACIÓN CON OTRAS MIOCARDIOPATÍAS

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Arritmias y Electrofisiología

Ramiro ESPINOZA | Ana SPACCAVENTO | Franco Nicolas BALLARI | Marcia CORTÉS | Diego Gabriel CONDE | Pablo Fernando ELISSAMBURU |
Lucrecia María BURGOS | Juan Pablo COSTABEL

ICBA

Introducción: Al evaluar diversas patologías caracterizadas por un aumento del grosor de la pared del miocardio, como la cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR), la estenosis aórtica grave (EAO), la miocardiopatía hipertrófica (MCH) y la cardiopatía hipertensiva (HTC), distinguir entre ellas puede ser más difícil de lo previsto. El retraso en el diagnóstico a menudo resulta en un retraso en la implementación del tratamiento específico y en un peor pronóstico.

Objetivos: Analizar la frecuencia de aparición de los principales patrones electrocardiográficos en estas patologías, con especial énfasis en distinguir la CA-TTR del resto.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de electrocardiogramas (ECG) obtenidos en formato JPEG de las historias clínicas de pacientes diagnosticados con cuatro patologías que se sabe que causan aumento de los espesores parietales del ventrículo izquierdo. Estos ECG fueron examinados minuciosamente por los autores de este estudio. Se incluyeron pacientes mayores de 60 años con diagnóstico confirmado de CA-TTR, MCH, CHT y EAO, donde la "hipertrofia" se definió como un espesor septal igual o mayor a 12 mm, reuniendo 100 ECG de cada una de las cuatro patologías principales. Se analizó la presencia de patrones electrocardiográficos comúnmente observados en estas patologías, incluida la hipertrofia ventricular izquierda (criterios de Sokolow-Lyon, Cornell y Peger Lo Presti), agrandamiento de la aurícula izquierda, microvoltaje, patente de pseudoinfarto y sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo. Se realizó un análisis de chi cuadrado múltiple con ajuste de Bonferroni para buscar diferencias en la prevalencia de los patrones en cada patología y calculamos sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo, positivo y likelihood ratio positivo y negativo para cada patrón y su capacidad de diferenciar la CA-TTR del resto de las formas.

Patrones electrocardiográficos en pacientes con distintas formas de "hipertrofia"

Variable	CA-TTR	MCH	HTA	EAO	p
Hipertrofia ventricular VI					
Sokolow Suma de onda R en V4 + onda S en V1 > 35 mm	0 %	24 %	19 %	16 %	0.001
Cornell Suma de onda R en aVL + onda S en V1 > 35 mm en mujeres o > 35 mm en varones	16 %	40 %	30 %	15 %	0.001
Peguro Lo Presti Suma de la onda S más profunda en cualquier derivación + la profundidad de la onda R en V1 > 1.2 mV en mujeres o > 1.5 mV en varones	38 %	45 %	18 %	27 %	0.001
Microvoltaje					
La amplitud total de los complejos QRS en cada uno de los seis derivaciones de los miembros inferiores es menor de 0.5 mV o igual o menor a 1.0 mV en los derivaciones precordiales de V1 a V3	45 %	1 %	11 %	4 %	0.001
Pseudoinfarto					
Alteraciones electrocardiográficas que imitan un infarto de miocardio en ausencia de este antecedente	32 %	25 %	22 %	12 %	0.009
Sobrecarga del VI					
Intensidad del ST de más de 0.5 mV en V5-V6	15 %	35 %	10 %	24 %	0.001
Agrandamiento AI					
Ensamblamiento de la onda P mayor de 0.11 seg en DI o P negativa mayor a 0.1 mV en V1	8	34	29	36	0.001

Patrones electrocardiográficos en pacientes con distintas formas de "hipertrofia"

Variable	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR +	LR -
Ausencia de Sokolow	100 (96-100)	13 (10-18)	27 (24-29)	100 (91-100)	1.16 (1.45-1.3)	0
Ausencia de Cornell	84 (75-90)	27 (23-32)	27 (25-29)	84 (76-89)	1.16 (1.04-1.29)	0.22 (0.14-0.34)
Ausencia de Peguro Lo Presti	62 (51-71)	39 (24-56)	22 (20-26)	70 (63-78)	1.28 (0.93-1.71)	0.39 (0.15-1.05)
Presencia de Microvoltaje	55 (44.7-64)	94 (91-96)	77.5 (67-85)	86 (83-88)	4 (2.5-6.5)	0.52 (0.42-0.65)
Presencia de Patente pseudoinfarto	32 (23-42)	81 (76-85)	35 (27-44)	79 (75-83)	1.68 (1.16-2.44)	0.54 (0.73-0.97)
Ausencia de patente de sobrecarga del VI	85 (76-91)	22 (17.7-27)	26 (24-28)	81.7 (72-88)	1.69 (0.99-1.21)	0.67 (0.40-1.12)
Agrandamiento AI	92 (84-96)	33 (27-38)	31 (29-33)	92 (86-96)	1.37 (1.24-1.51)	0.24 (0.12-0.48)

Resultados: El criterio de Sokolow-Lyon estuvo ausente en todas las CA-TTR frente al 13 % del resto (p=0,001), criterio de Peguro Lo Presti (38 % vs 30%, p=0,289), Cornell (16% vs 26 %, p=0.041) crecimiento de la aurícula izquierda (8 % vs 30 %, p=0,005), microvoltaje (45 % vs 18,3 %, p=0,001), pseudoinfarto (32 % vs 22 % p=0,007), sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo (15 % vs

28.3 %, $p=0,116$) (Tabla 1). El análisis de capacidad predictiva mostró que la ausencia de criterio de Sokolow fue el mejor predictor de amiloidosis cardíaca (sensibilidad 100 %, VPP 27%, VPN 100%), seguido por la presencia de microvoltaje (Sensibilidad 84%, VPP de 77.5 % y VPN 86 %) y la presencia de pseudoinfarto (Sensibilidad 85 %, VPP 35% y VPN 78%)

Conclusiones: Observamos variaciones en la prevalencia de patrones electrocardiográficos comunes entre la CA-TTR y los otros fenotipos. La ausencia de criterios de Sokolow fue el factor mas sensible para detectar CA-TTR seguido del microvoltaje y la patente de pseudoinfarto. Estas variables pueden contribuir a la detección de esta enfermedad

0662. UTILIDAD DE UN ÍNDICE SENCILLO PARA EVALUAR EL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL Y PREDECIR MORTALIDAD Y EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA INTERNACIÓN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Medicina Vascul ar

José BONORINO | Jorge BILBAO | Nicolás Arturo TORRES | Mateo IWANOWSKI | Emilia Macarena SPAINI | Renzo Eduardo MELCHIORI | Ignacio Carlos MELEM | Horacio Enrique FERNANDEZ

Hospital Austral

Introducción: El acoplamiento entre el ventrículo derecho (VD) y la arteria pulmonar (AP) puede valorarse utilizando un índice que considera la relación entre la excursión del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE) y la presión sistólica en la arteria pulmonar (PSAP). Un índice TAPSE/PSAP $< 0.295\text{mm/mmHg}$, se ha asociado con un pronóstico adverso en diversas patologías cardiovasculares. La utilidad de este índice en el tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), para predecir mortalidad intrahospitalaria (MIH) o eventos adversos durante la internación, es limitada en nuestro medio.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ACOPLAMIENTO-BAJO (n:34)	ACOPLAMIENTO-ALTO (n:183)	Valor de p
Edad (años)	69	67	NS
Género Femenino	16 (47%)	88 (48%)	NS
Hipertensión Arterial	23 (67.5%)	102 (55.7%)	NS
Diabetes	7 (20.6%)	25 (13.7%)	NS
Enfermedad Pulmonar Crónica	2 (5.9%)	11 (6%)	NS
Tabaquismo	15 (44.1%)	71 (38.8%)	NS
Dislipemia	14 (41.2%)	62 (34.1%)	NS
Cáncer	9 (26.5%)	118 (64.5%)	< 0.01
Recibió anticoagulación	33 (97.1%)	179 (97.8%)	NS
PREDICTORES DE PRONÓSTICO ADVERSO			
Troponina-T $> 14\text{pg/ml}$	32 (94.1%)	90 (49.2%)	NS
Disfunción de Ventrículo Derecho	29 (85.3%)	22 (12%)	< 0.01
Puntaje FAST ≥ 3 puntos	7 (20.6%)	7 (3.8%)	< 0.01
Puntaje BOVA ≥ 4 puntos	32 (94.1%)	32 (17.5%)	< 0.01
Índice de shock > 1	10 (29.4%)	23 (12.6%)	< 0.05
Riesgo intermedio-alto o alto (Sociedad Europea Cardiología 2019)	32 (94.1%)	31 (16.9%)	< 0.01
Puntaje PESI-ECHO > 128 puntos	34 (100%)	53 (29%)	< 0.01
EVENTOS ADVERSOS			
Asistencia Respiratoria Mecánica	15 (44.1%)	24 (13.1%)	< 0.05
Drogas Inoconstrictoras	18 (53%)	21 (11.5%)	< 0.01
Muerta Intrahospitalaria	8 (23.5%)	16 (8.7%)	< 0.05

Objetivos: Determinar la utilidad de un índice TAPSE/PSAP $< 0.295\text{mm/mmHg}$ (ACOPLAMIENTO-BAJO), respecto de un índice TAPSE/PSAP $> 0.295\text{mm/mmHg}$ (ACOPLAMIENTO-ALTO), para predecir MIH y eventos adversos durante la internación en pacientes internados con TEP.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes internados con TEP. Se evaluaron los pacientes hospitalizados por TEP entre el 2008 y 2023. Se analizó la asociación entre un ACOPLAMIENTO-BAJO con MIH, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y uso de drogas inoconstrictoras. También se evaluó la prevalencia de diversos predictores de pronóstico adverso: disfunción del VD (definido como el cociente entre los diámetros del VD/ventrículo izquierdo > 0.9 y la presencia concomitante de un TAPSE $< 16\text{mm}$ y/o hipocinesia de la pared libre del VD); puntaje de Bova ≥ 4 puntos; puntaje FAST ≥ 3 puntos; un Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar (PESI)-ECHO > 128 puntos (PESI-ECHO= puntaje PESI + PSAP - TAPSE); el TEP de riesgo Intermedio-alto o Alto según la Sociedad Europea de Cardiología-2019 y un índice de shock (frecuencia cardíaca/presión arterial sistólica) > 1 .

ANÁLISIS MULTIVARIADO	Odds Ratio	Error Standard	Intervalo de confianza 95%	Valor de p	Área bajo la curva ROC
Asistencia Respiratoria Mecánica	4.29	1.85	1.84-10.0	0.001	0.739
Drogas Inoconstrictoras	7.55	3.29	3.21-17.7	0.0001	0.735
Muerte Intrahospitalaria	4.44	2.38	1.55-12.7	0.005	0.693

Resultados: Sobre un total de 456 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 385 pacientes con datos completos; edad promedio 62 años (sexo femenino 50.1%). La MIH global fue del 6.4%. Los pacientes con ACOPLAMIENTO-BAJO (n:34) respecto de aquellos con ACOPLAMIENTO-ALTO (n:183), resultaron tener mayor disfunción del VD (85.3% vs. 12%; $p < 0.01$) y menor prevalencia de cáncer (26.5% vs. 64.5%; $p < 0.01$). Los pacientes con ACOPLAMIENTO-BAJO, presentaron predictores de pronóstico adverso con mayor frecuencia, con más requerimiento de ARM (44.1% vs. 13.1%; $p < 0.05$), mayor uso de drogas inoconstrictoras (53% vs. 11.5%; $p < 0.01$) y mayor MIH (23.5% vs. 8.7%; $p < 0.05$). Tabla 1. El análisis de regresión logística, ajustado por edad, cáncer y género femenino, demostró una asociación significativa entre un ACOPLAMIENTO-BAJO con: mayor requerimiento de ARM (OR 4.29; IC95% 1.84-10, $p = 0.001$), con un área bajo la curva ROC de 0.73; mayor uso de drogas inoconstrictoras (OR 7.55; IC95% 3.21-17.7, $p = 0.0001$), con un área bajo la curva ROC de 0.73; y mayor MIH (OR 4.44; IC95% 1.55-12.7, $p = 0.005$), con un área bajo la curva ROC de 0.69. Tabla 2.

Conclusiones: En una población de pacientes con TEP, la presencia de un ACOPLAMIENTO-BAJO (TAPSE/PSAP < 0.295 mm/mmHg), se asoció con una elevada MIH y más eventos adversos durante la internación, con mayor requerimiento de ARM y uso de drogas inoconstrictoras. La utilización del índice TAPSE/PSAP para evaluar el acoplamiento ventrículo-arterial podría ser una herramienta útil para estratificar los pacientes con TEP durante la internación.

0663. ROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL REMODELADO VASCULAR DE ARTERIAS CAROTIDAS Y FEMORALES

Hipertensión Arterial / Medicina Vasculare

Alvaro CARRIZO¹ | María PERAL DE BRUNO² | Rodrigo Oscar MARAÑÓN² | Claudio JOO TURON²

Hospital Dr. Nicolás Avellaneda¹; Conicet - Consejo Nacional De Investigaciones Científicas Y Técnicas²

Introducción: El lecho arterial es considerado un órgano blanco de la hipertensión arterial (HTA). Si bien hay muchos estudios que indican que el espesor íntima-media (EIM) aumentado en arterias carotídeas en pacientes con HTA se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares (ECV), aún no hay evidencias contundentes sobre rol de los estudios imagenológicos en proporcionar información adicional en el daño vascular y la estratificación del riesgo a desarrollar ECV. Un aporte adicional sería estudiar en forma comparativa el EIM en arteria carótida primitiva (aCP) y arteria femoral común (aFC) en pacientes con HTA.

Objetivos: Evaluar el espesor EIM en aCP y aFC y presencia de placas ateroscleróticas (pAT) en pacientes que concurren a control cardiovascular en un hospital público.

Materiales y Métodos: Se estudió pacientes que concurren por primera vez al Servicio de Ecocardiografía y Ecografía Doppler Vascular del Hospital Dr. Nicolás Avellaneda (Noviembre de 2019). Se incluyó pacientes con y sin antecedentes de HTA según Historia Clínica (HC). Se excluyeron pacientes con daño de órgano blanco o diabetes. Se tomó la presión arterial (PA) según el Consenso Argentino de HTA y se calculó PA media (PAM). La separación de los grupos con (cHTA) y sin HTA (sHTA) se basó en valores de PA presentada al momento del estudio (PAS > 140 mmHg y/o la PAD > 90 mmHg). Las medidas del EIM (segmento entre el borde sangre-íntima y media-adventicia) se realizaron en la aCP en la pared lejana 10 mm previo al bulbo y en aFC en los últimos 20 mm previos a la bifurcación. Se utilizó un ecógrafo Toshiba Aplio 300, con un transductor lineal de 14 MHz. Se promedió 3 mediciones en cada lecho. Para aCP se tomó valores normales de EIM $> 0,67$ mm en varones y $> 0,65$ mm en mujeres. En aFC no encontramos tablas de valores normales de EIM. Se consideró pAT al engrosamiento focal $> 0,5$ mm dentro de la luz arterial, un engrosamiento $> 50\%$ del EIM adyacente o un EIM $> 1,5$ mm. Los datos se presentaron como \pm SEM. Se usó ANOVA, correlación de Pearson y χ^2 , considerándose significativo una $p < 0.05$.

Resultados: De los 70 pacientes que concurren: 34 fueron del grupo sHTA y 36 cHTA. El EIM estuvo aumentado en aCP Derecha (N=6): 1 para sHTA y 5 para cHTA (χ^2 : 2,6; p :NS) y en aCP Izquierda (N=8): 3 para sHTA y 5 cHTA (χ^2 : 0,4; p :NS). El EIM fue mayor en los pacientes cHTA tanto en aCP derecha como izquierda. Los valores de PAM medidas al momento del estudio se correlacionaron positivamente ($p < 0,02$) con el EIM en ambos grupos estudiados. En aFC, el EIM fue mayor en los pacientes cHTA tanto en aFC derecha como izquierda. A diferencia de lo encontrado en aCP; los valores de PAM no se correlacionaron con el EIM en las aFC. En aCP, se encontró pAT en 3 pacientes sHTA y 11 cHTA (χ^2 : 5,16136; $p < 0,03$). En el grupo sHTA se encontró 1 sector con placa en cada uno de los 3 pacientes. En el grupo cHTA (N=11) se encontró de 1 a 4 placas por pacientes (promedio $1,5 \pm 0,3$ sectores con placas/paciente). En todos los casos las pAT produjeron estenosis $< 50\%$. En aFC se encontró pAT en 3 pacientes sHTA y 2 cHTA (χ^2 : 0,214925; p :NS). En 1 paciente se encontró pAT en aFC derecha y aFC izquierda y en 3 pacientes en aFC derecha e izquierda. Las pAT produjeron estenosis $< 50\%$.

Conclusiones: La presencia de HTA tiene un rol importante en remodelado (RM) vascular de los lechos estudiados (evaluado por EIM y pAT), incluso con valores normales de PA. Este RM es diferenciado en los diferentes lechos estudiados, siendo más evidente en aCP, hipótesis avalada por la correlación entre EIM y PAM solo en este lecho vascular. Estos hallazgos revalorizan el rol de la ecografía vascular a fin de aportar al monitoreo de la progresión del daño vascular en la HTA y valorar presencia de lesión o RM subclínico en esta población.

0664. VALORACIÓN DEL PUNTAJE DE RIESGO PREVENT EN PACIENTES DE PREVENCIÓN PRIMARIA. ÍNDICE DE MASA CORPORAL, DIABETES Y FUNCIÓN RENAL EN LA PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES.

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Medicina Vasculare

Pablo Daniel CUTINE¹ | María Florencia PEREZ² | Ignacio GONDOLES³ | Agustín Leandro LAROCCA³ | Camila KOS³ | Franco LAPETTINA³ | Florencia AGUILO¹ | Gustavo GIUNTA¹

Fundación Favalaro¹; Fundación Favalaro²; Universidad Favalaro³

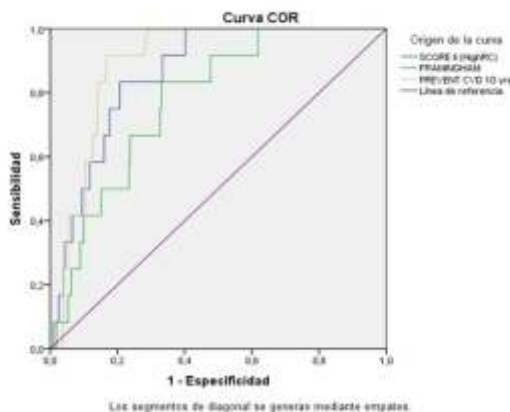
Introducción: La predicción de riesgo cardiovascular continúa siendo un desafío en la categorización de los pacientes (pac) de prevención primaria. Recientemente se ha propuesto el puntaje PREVENT que agrega variables metabólicas (índice de masa corporal, diabetes) y función renal. La validez externa de este puntaje no ha sido reportada en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar el impacto clínico y la capacidad de discriminación del puntaje PREVENT, en forma comparativa con otros puntajes de riesgo convencionales.

Materiales y Métodos: En un diseño observacional transversal con seguimiento prospectivo se evaluaron participantes de un programa de prevención cardiovascular. Se incluyeron pacientes de prevención primaria, mayores de 30 años, que concurrieron a realizar una evaluación cardiovascular entre enero de 2017 y diciembre de 2021. Se calculó el puntaje de riesgo PREVENT (versión 2023), puntaje de riesgo Framingham (versión 2008) y SCORE II (versión 2021 para países de alto riesgo, en este caso no se incluyeron en el análisis los pac con diabetes). Se evaluó la presencia de ateromatosis subclínica carotídea por medio de Ecografía Doppler vascular. Se realizó un seguimiento alejado por revisión de registros médicos o comunicación telefónica, considerando puntos finales de interés: muerte, infarto agudo de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal, revascularizaciones arteriales (coronarias, carotídeas o de miembros inferiores). La capacidad de discriminación de los puntajes se evaluó por curvas ROC con sus respectivas área bajo la curva (ABC) e intervalos de confianza. La libertad de eventos se analizó con curva de Kaplan y Meier, prueba de log-rank y Cox.

Variable	Total (n=4696)	Mujeres (n=2088)	Hombres (n=2608)	p valor
Edad (años)	56 (49-66)	55 (47-66)	56 (51-66)	<0.05
Índice de masa corporal	28.9 ± 6.3	27.8 ± 5.8	29.7 ± 6.5	<0.0001
Hipertensión arterial	1536 (32.7%)	570 (27.3%)	966 (37%)	<0.0001
Diabetes mellitus	420 (8.9%)	147 (7%)	273 (10.5%)	<0.0001
Tabaquismo	870 (18.5%)	374 (17.9%)	496 (19%)	ns
Exataquismo	1025 (21.8%)	369 (17.7%)	656 (25.2%)	<0.0001
LDLc > 190mg/dL	143 (3%)	65 (3.1%)	78 (3%)	ns
HDL bajo	944 (20.1%)	453 (21.7%)	491 (18.2%)	<0.05
Triglicéridos > 150mg/dL	1279 (27.2%)	409 (19.6%)	870 (33.6%)	<0.0001
Estatinas	823 (17.5%)	331 (15.9%)	492 (18.9%)	<0.01
Glucemia (mg/dL)	100.6 ± 29.9	96.1 ± 22.1	104.1 ± 29.8	<0.0001
Creatinina (mg/dL)	0.9 ± 0.2	0.8 ± 0.1	1 ± 0.2	<0.0001
Colesterol total (mg/dL)	203.2 ± 39.2	208 ± 39.4	199.4 ± 39.2	<0.0001
HDL (mg/dL)	54.5 ± 14.1	61.1 ± 14.5	49.3 ± 11.4	<0.0001
LDL (mg/dL)	122.3 ± 35.1	123.9 ± 34.9	121 ± 35.3	<0.01
Triglicéridos (mg/dL)	111 (82-156)	100 (75-139)	120.5 (88-170)	<0.0001
Placa carotídea	2084 (44.4%)	762 (36.5%)	1322 (50.7%)	<0.0001

Figura - Curvas de característica operativa del receptor (ROC) para los puntajes de riesgo.



Resultados: Se incluyeron 4696 participantes, con mediana de edad 56 años y recorrido intercuartil (RIC) 49-66, de los cuales 44,5% correspondieron al sexo femenino (Tabla 1). La evaluación con el puntaje de Framingham mostró que el 49,6% (2330 pac) correspondían a categoría de riesgo bajo, 28,4% (1332 pac) a riesgo moderado y 22% (324 pac) a riesgo alto. El puntaje SCORE II en bajo riesgo estuvo presente en 45%, el moderado riesgo en 36.2% y el alto riesgo 18.8%. Para el puntaje PREVENT, 61.3% fueron categorizados a bajo riesgo, 31,8% a riesgo moderado y 6.9% a alto riesgo. La utilización de PREVENT se diferenció calificando a mayor riesgo 27 pac de SCORE II y 239 pac de FRAMINGHAM, y a menor categoría de riesgo a 1513 pac de SCORE II y 1440 pac de FRAMINGHAM. La prevalencia de ATS aumentó significativamente con la categoría de riesgo bajo, moderado y alto (Framingham: 23,2%, 57,8%, 74,9%; p<0.0001; Score II: 19,5%, 52,9%, 75,4%; p<0.0001; PREVENT: 27,5%, 68,1%, 85,2%; p<0.0001). En el subgrupo de seguimiento (mediana

2.2, RIC 1.7-3.7 años) se observó que los 3 puntajes mostraron capacidad de discriminación para la incidencia de eventos (ver Figura), siendo PREVENT el de mayor ABC (Framingham 0.776, p<0.005; SCORE2 0.86, p<0.001, PREVENT 0.89; p<0.001). En el análisis de supervivencia, los grupos de mayor riesgo mostraron incidencia más alta de eventos cardiovasculares para los 3 puntajes de riesgo.

Conclusiones: La inclusión de variables metabólicas y renales del puntaje PREVENT es una herramienta válida para categorizar población de prevención primaria. La incorporación de PREVENT en nuestra práctica cotidiana complementa nuestra visión integral del paciente y su riesgo global.

0669. REDUCCIÓN DEL USO DE DIURÉTICOS AL ALTA EN IC. POSIBLES CAUSAS Y EFECTOS A LARGO PLAZO

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Alejo Andrés PÉREZ DE LA HOZ | Florencia Lucía MUSCHIETTI | Macarena ROSATI | Andrea NAKAMA | Fabio Andres MORALES CLAVIJO | Ricardo Alfredo PEREZ DE LA HOZ

Hospital de Clinicas Jose de San Martin

Introducción: La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de signos y síntomas atribuibles a una alteración estructural o funcional del corazón. La clasificación mas utilizada es aquella que la divide en grupos de acuerdo a la fracción de eyección (FEY). Actualmente se distinguen los siguientes grupos: IC con FEV reducida, ligeramente reducida y preservada.

Objetivos: Determinar los tratamientos prescritos en una cohorte de pacientes con IC al alta y su evolución durante los 6 meses posteriores.

Materiales y Métodos: Cohorte prospectiva de pacientes ingresados por IC aguda con un seguimiento completo a 6 meses posteriores al alta de un centro universitario de CABA.

Resultados: Nuestra población de 77 pacientes cuenta con seguimiento completo a 6 meses. Presentan una edad promedio de 71 años (SD 13.75), son mujeres el 33,8%. Presentan HTA 56%, Tabaquismo actual o ex 59,7%, IC previa 64%, diabético 33%, enfermedad coronaria crónica 35%, dislipémico 32% y enfermo renal crónico 22%. La FEY promedio de la población fue de 41%. Tuvieron FEY preservada 28 %, FEY reducida 72% de los cuales el 43% presentaba FEY <35%. La evolución posalta mostró que el 70.2% presentó eventos dentro de los 6 meses siguientes a su internación. El 49.4% debió reinternarse y 20.8% murieron. Las causas en un 64% fueron CV. A los fines de poder compararlo con el registro argentino actual mas grande publicado dividimos a los pacientes con FEY medida durante la internación en <40% y >40%. Lo que se observa es un uso menor de furosemida en comparación

	ArgentC		Cohorte	
	>40	<40	>40	<40
Edad	76,4	68,1	67,9	67,74
Mujeres	54,1	27,6	48,3	9,7
HTA	80,8	68,8	82,76	70,98
DSL	33,1	41,1	31,03	32,3
TBQ	27,6	34,1	62,7	54,8
DBT	29,2	33,1	51,7	38,7
FA	36,8	25,4	25	33
ECC	12,7	21,5	20,7	48,4
CHAGAs	0,7	2,5	3,45	3,2
IRC	17,9	18,3	20,7	19,35
Obe	9,8	9,3	27,6	32,26
EPOC	15,9	12,9		
ICC conocida			51,7	80,7

Tratamiento	ARGEN-IC	>40	FEY <40	Promedio
	alta	alta	alta	
BB	77,5	66,67	93,33	80
IECA/ARA/ARNI	70,9	55,56	90	72,78
Antialdosterónico	56,3	22,2	66,7	44,45
Furosemida	71,3	44,44	56,67	50,555
iSGLT2		18,52	33,33	25,925
estatinas		70	80	75

entre ambas poblaciones. A su vez, y esto fundamentado en la diferencia temporal entre ambos registros, el uso de iSGLT2 aparece en un 26% de la población actual. Considerando que el uso de furosemida al alta en la población de 2018 era del 70% y que actualmente corresponde al 50%, podemos preguntarnos si esta caída en su uso se debe a la incorporación de las gliflozinas en el tratamiento actual de la IC. Por último es de notar también que aunque en números generales un 70% del total de pacientes internados con IC se van con al menos dos drogas, este número aumenta a un 70% con 3 drogas cuando consideramos aquellos con FEY <40%. Esto se encuentra en concordancia con lo observado en el registro OFFICCE IC AR. Finalmente se observa que un 35% de los pacientes con FEY <40% es dado de alta con 4 drogas.

Conclusiones: En el período 2023-2024 se incorporó a 77 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. El tratamiento completo con 4 drogas comienza a verse cada vez más frecuentemente. Considerando que el promedio de indicación de las tres familias clásicas ha variado poco desde 2019 el mayor cambio en la prescripción de drogas para la IC está dada por el agregado de los iSGLT2 independientemente de la FEY. Es probable al menos que su dosis única y su perfil de seguridad jueguen un rol en estas decisiones. La tasa de eventos en el grupo de FEY >40% puede representar una consecuencia de una menor indicación de drogas específicas. No siendo la recomendación de su uso tan categórica como en la IC con FEY <40% pueden postularse dos interpretaciones diferentes. Una es que esta población más heterogénea, mayor y con mas comorbilidades está expuesta a un mayor riesgo que la otra cuando esta última se encuentra adecuadamente tratada. La otra es que quizás en esta población el uso de diuréticos podría tener un rol mas importante en disminuir las reinternaciones por IC y debiera hacerse foco en una mejor valoración del estado de hidratación a la hora de definir los tratamientos al momento del alta.

0671. QUE TAN EFICACES SOMOS LOS CARDIÓLOGOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Camila CORREA SADOUET¹ | Leonardo Luis CÁCERES¹ | Sergio MONTENEGRO² | Rodrigo Reynaldo CANO GARCIA¹ | Flavio Andres DELFINO¹ | Mauro Javier GARCIA AURELIO¹ | Heraldo D' IMPERIO¹ | Gustavo GIUNTA¹

Áreas SAC: Área de Investigación¹; Áreas SAC: Historia Clínica Electrónica²

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica, progresiva y recidivante, altamente prevalente y vinculada a otros factores de riesgo y eventos cardiovasculares. Por este motivo, la reducción de peso debería ser un objetivo principal en la entrevista médica. En nuestro medio, se desconoce el impacto de la consulta cardiológica como herramienta para combatir la obesidad.

Objetivos: Cuantificar la variación del peso corporal (VPC) de los pacientes (ptes) obesos evaluados por médicos cardiólogos.

Materiales y Métodos: Se analizaron datos retrospectivos provenientes de una aplicación de historia clínica electrónica disponible para la Sociedad Argentina de Cardiología. Se incluyeron ptes adultos, con índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 , que tuvieran al menos dos evaluaciones cardiológicas con una diferencia mínima de un año. Se consideraron las consultas cardiológicas de un período de tiempo desde enero de 2015 hasta diciembre de 2022. Los datos demográficos, antropométricos y clínicos se obtuvieron de los registros electrónicos. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar para aquellas con distribución normal y como mediana con rango intercuartilo 25%-75% (RIC) para las que no poseen distribución gaussiana. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba de T de Student, Wilcoxon o χ^2 cuadrado según fuera apropiado. Se admitió un valor de $p < 0.05$ como nivel de significancia estadística.

Resultados: Se analizaron 1061 ptes que cumplieron con criterios de inclusión (edad 61.3 ± 12.8 años, 48.2% sexo femenino). La prevalencia de hipertensión arterial fue 56.4%, diabetes mellitus 18.8%, antecedentes heredofamiliares 15.9% y dislipidemia 37.4%. Dentro de los antecedentes cardiovasculares, esta población presentaba angina crónica estable 1.1%, antecedentes de infarto agudo de miocardio 4.2%, fibrilación auricular 1.3%, insuficiencia cardíaca 1.7% y enfermedad vascular periférica 0.9%. Los ptes tuvieron una mediana de seguimiento de 2.2 (RIC 1.6 - 3.4) años. En ese lapso tuvieron una mediana de 2 (RIC 2 - 4) consultas cardiológicas. Se observó que 39.4% de los ptes presentaron algún descenso de peso. Sin embargo, sólo 106 ptes (10%) lograron alcanzar la categoría de sobrepeso y 10 ptes (0.9%) logran llegar a la categoría de normopeso. El gráfico 1 muestra la VPC individual, donde se observa además, que 28,6% de los ptes aumentaron de peso. Entre los ptes que bajaron de peso, 15.9% bajaron menos de 2Kg, 42.4% bajaron entre 2 y 5Kg, 24.3% más 5 y menos de 10Kg y los restantes 17.3% bajaron más de 10kg. El porcentaje de ptes portadores de diabetes tipo II que lograron reducir a la categoría de sobrepeso fue semejante al de la población no diabética (11.6% vs. 9.6%; $p = ns$), sin embargo mayor proporción de diabéticos redujeron el peso inicial (48.7% VS. 36.9%; $p < 0.005$). Esta diferencia no se observó con la hipertensión arterial, la dislipidemia, el antecedentes de IAM o ICC, mostrando semejante proporción de ptes que bajaron de peso en ausencia o presencia de estas variables.

Conclusiones: Estos resultados muestran el escaso impacto que tiene la consulta cardiológica para reducir en forma importante el peso corporal. Si bien el diseño del trabajo no evalúa las intervenciones de cada médico, los datos deben motivarnos a generar nuevas estrategias para combatir la obesidad, ya que el contacto médico no es suficiente para abordar esta compleja patología.



0672. ¿TIENEN LOS PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA UNA MAYOR PREVALENCIA DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PRECOZ QUE AQUELLOS CON VALORES NORMALES?

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Medicina Vasculat

Pablo CORRAL | Augusto Maria LAVALLE COBO | Nicolas Federico RENNA | Sergio GIMENEZ | Aldo PRADO | Ezequiel Hernán FORTE | Emiliano Eduardo SALMERI | Grupo GAELP(A)

GRUPO GAELP(A)

Introducción: Los valores de lipoproteína(a) [Lp(a)] se encuentran determinados genéticamente y varían entre las distintas etnias y regiones. En pacientes sin enfermedad cardiovascular (ECV) se ha descrito una relación lineal entre los valores de Lp(a) y el riesgo de eventos cardiovasculares. Existe poca información respecto a las características de pacientes con Lp(a) en nuestro país.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre niveles elevados de Lp(a), la presencia de ateromatosis subclínica y el antecedente familiar de ECV precoz.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 614 sujetos que no presentaban antecedentes de ECV correspondientes a pacientes estudiados por el Grupo Argentino para el Estudio de Lp(a) [GAELp(a)]. Se evaluaron características demográficas, variables antropométricas, factores de riesgo CV, variables de laboratorio y tratamiento recibido. Los niveles de Lp(a) se midieron en mg/dL o nmol/L, considerando valores superiores a 50 mg/dL o 125 nmol/L como elevados. Se definió ateromatosis subclínica como la presencia de placa determinada por ultrasonido carotídeo o femoral o la presencia de calcio coronario en una tomografía de tórax. Se definió enfermedad vascular precoz como la presencia de antecedentes de cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular en familiares de primer grado antes de los 55 años en hombres y 60 años en mujeres.

Variable	Lp(a) normal n=390	Lp(a) elevada n=224	Valor p
Edad, años	55,9 (12,7)	54,9 (12,8)	0,34
Género Masculino, %	50	50	1
Hipertensión arterial, %	51	49,6	0,73
Obesidad, %	31,5	21,9	0,01
Tabaquismo, %	10,5	13,6	0,28
Diabetes tipo II, %	7,7	7,6	0,96
Antecedentes familiares de ECV precoz, %	9,5	17,9	0,003
Ateromatosis subclínica, %	38,8	37,9	0,92
Hipercolesterolemia familiar, %	7,2	8,5	0,55
Colesterol Total, mg/dL	190,8 (52,7)	193 (47,4)	0,46
Colesterol LDL, mg/dL	114,7 (46)	115 (41)	0,93
Lipoproteína(a), mg/dL	11 (7-21)	106 (76-160)	0,00001
Lipoproteína(a), nmol/L/dL	20 (9,5-45,4)	216 (169-292)	0,00001

Resultados: Entre los 614 pacientes en prevención primaria incluidos en el análisis, la edad media fue de $55,6 \pm 12,73$ años y el 50% fueron mujeres. El 36,48% de los pacientes presentaron niveles elevados de Lp(a). Respecto a los factores de riesgo tradicionales se observó una mayor prevalencia de obesidad en el grupo de pacientes con Lp(a) normal. (TABLA 1). La prevalencia de ateromatosis subclínica fue de 41,3% sin observarse diferencias significativas entre ambos grupos (38,8% vs 37,87% $p=0,92$). Se observó una mayor prevalencia de antecedentes ECV precoz en el grupo de pacientes con Lp(a) elevada respecto a aquellos con valores normales (17,86 % vs 9,49% $p=0,003$). (FIG 1)

Conclusiones: En pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular con Lp(a) elevada se observó una mayor prevalencia de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz no observándose diferencias en la presencia de ateromatosis subclínica. Estos resultados deben llevarnos a pesquisar activamente la presencia de Lp(a) en familiares de primer grado de pacientes con enfermedad cardiovascular precoz.

0674. HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Investigación Básica

Federico SALAZAR¹ | Carolina Paola MARTINEZ¹ | Cristian GATTI¹ | Juan Martín ALFONSO¹ | Pablo CORRAL²
Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata¹; Universidad FASTA, Facultad de Medicina, Mar del Plata²

Introducción: La hipertrigliceridemia (HG) es la dislipemia más prevalente. La Hipertrigliceridemia severa (HGS) se define como la presencia de más de 1000 mg/dL de triglicéridos (TGL). Las causas primarias se pueden subclasificar en poligénicas o monogénicas, dentro de esta última encontramos el síndrome de quilomicronemia familiar (SQF). En cuanto a las secundarias podemos mencionar factores relacionados con el estilo de vida y diversas condiciones médicas. El SQF se caracteriza por acumulación de quilomicrones debido al déficit de Lipoproteína Lipasa (LPL). Se puede sospechar a través del Score de Moulin y llevar a cabo el test genético, lo que permite realizar el diagnóstico, diferenciando las causas monogénicas de las poligénicas o secundarias. Se desconocen datos en Argentina en cuanto a prevalencia de HG y sus causas. Dada la elevada morbilidad que conlleva esta enfermedad resulta primordial conocer las características de nuestra población con el objetivo de evaluar la necesidad de políticas sanitarias.

Objetivos: Los objetivos primarios fueron estimar la prevalencia de HGS en una población adulta hospitalaria, así como la caracterización y discriminación de las potenciales causas de la misma. El objetivo secundario fue evaluar la probabilidad de SQF, a partir de la aplicación del score de Moulin en la población con HTGs.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, retrospectivo, utilizando una base de datos electrónica. Para la confección de la misma se incluyeron aquellos pacientes mayores de 18 años con determinaciones de HG mayores a 1000 mg/dL atendidos en el Hospital Privado de Comunidad de la Provincia de Buenos Aires, desde enero de 2014 a diciembre de 2022. Los criterios de exclusión fueron pacientes internados en UCI con alimentación parenteral o pacientes con enfermedad oncológica activa bajo tratamiento quimioterápico.

Resultados: Se analizó un total de 82470 pacientes, encontrando 212 valores de HGS, representando una prevalencia total de 0,25%. La media al diagnóstico fue de 51,5 años (DS 13,6) y el 71,7% (152 pacientes) eran de sexo masculino. La mediana de TGL fue de 1281

mg/dL (RIC 1121-1640 mg/dL) y 201 participantes (94,8%) presentaban hipercolesterolemia (CT > 200 mg/dL). En cuanto a las características clínicas asociadas, el 44% refirió consumo de alcohol. El 62,7% presentaba obesidad y 53,8% diabetes tipo II, de estos, ocho pacientes tenían diabetes mal controlada (HbA1c mayor a 12%). El 24,64% presentó dolor abdominal recurrente y se registraron 18 casos de pancreatitis. En cuanto al tratamiento, 168 pacientes se encontraban en tratamiento hipolipemiante, 109 con estatinas, 128 con fibratos y 68 con ambas. Se constataron 21 óbitos de los cuales, uno falleció por pancreatitis y 20 por causas no relacionadas con la HG. Se aplicó el Score de Moulin a todos los pacientes y en uno se llegó al resultado de alta probabilidad de SQF.

Conclusiones: Nuestro estudio evidenció una prevalencia de HGS del 0,25%, valor similar al reportado por diversas series de estudios. Encontramos que el 50% presentaba enfermedades crónicas como HTA y DBT, asociado a obesidad en el 62.7%, lo cual sugiere un disturbio metabólico subyacente como probable causal de la HGS. Del total solo uno presentaba alta probabilidad de SQF, por lo que se le solicitó test genético que aún continúa pendiente. Se puede concluir que la sistematización y continuo proceso de detección de los pacientes con HGS, constituye una estrategia simple y accesible, permitiendo realizar una pesquisa de los pacientes afectos a esta dislipidemia.

0675. ¿ES LA LIPOPROTEÍNA(A) ELEVADA UNA VARIABLE CONSIDERADA PARA LA INDICACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Medicina Vasculare

Augusto María LAVALLE COBO | Pablo CORRAL | María Gabriela MATTA | Matias Fernando ARRUPE | Santiago LYNCH | Walter MASSON | Juan Bautista SOUMOULOU | Grupo GAELP(A)

GRUPO GAELP(A)

Introducción: La lipoproteína(a) [Lp(a)] elevada es un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular (ECV). Análisis post-hoc de estudios que evaluaron el uso de bajas dosis de ácido acetilsalicílico (AAS) en pacientes sin ECV establecida evidenciaron un beneficio mayor (disminución absoluta de riesgo) en el subgrupo con genotipos o valores de Lp(a) elevada respecto a aquellos con valores normales. Es desconocido si esta evidencia es considerada y trasladada a pacientes con Lp(a) elevada fuera de los ensayos clínicos.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar el uso de AAS y sus predictores en una población de pacientes sin enfermedad cardiovascular en quienes se haya dosado Lp(a)

Materiales y Métodos: Se incluyeron 614 sujetos que no presentaban antecedentes de ECV correspondientes a pacientes estudiados por el Grupo Argentino para el Estudio de Lp(a) [GAELP(a)]. Se evaluaron características demográficas, variables antropométricas, variables de laboratorio, factores de riesgo cardiovascular y uso de AAS. Los niveles de Lp(a) se midieron en mg/dL o nmol/L, considerando valores elevados aquellos superiores a 50 mg/dL o 125 nmol/L. Se analizaron predictores de indicación de AAS en pacientes con Lp(a) elevada.

Resultados: Entre los 614 pacientes sin ECV incluidos en el análisis, la edad media fue de $55,6 \pm 12,73$ años y el 50% fueron mujeres. El 36,48% de los pacientes presentaron niveles elevados de Lp(a) (TABLA 1). 7,8% recibió AAS y su indicación fue mayor en pacientes con Lp(a) elevada (10,7% vs 6,15% $p=0,043$), (FIGURA 1). Cuando analizamos los predictores de uso de AAS diferenciando pacientes con Lp(a) elevada, ajustado por diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo y antecedentes familiares de ECV, observamos que el género masculino (2,82 IC95% 1,10-7,20, $p=0,029$) y tener más de 50 años (3,23 IC95% 1,01-10,86, $p=0,05$) fueron predictores de mayor indicación de AAS.

Conclusiones: En una población de pacientes mundo real sin enfermedad cardiovascular, donde se observó una baja utilización de ácido acetilsalicílico, observamos que la presencia de Lp(a) elevada podría ser una variable considerada para la indicación de dicho tratamiento. El género masculino y la edad mayor a 50 años fueron predictores independientes para recibir tal indicación.

0676. ESTUDIO PROSPECTIVO DE COMPARACION DE CA125 Y OTROS BIOMARCADORES EN EVALUACION PRONOSTICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Gabriela Soledad FIORINI₁ | Andres Nicolas ATAMAÑUKI₁ | Sergio Exequiel ESCALANTE₁ | Ignacio GANDINO₂ | Miguel Angel FREIS₁

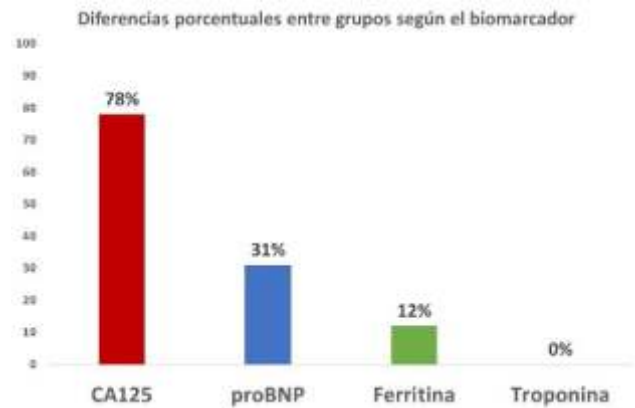
Hospital de Alta Complejidad Juan Domingo Perón - Formosa₁; Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: La medición de biomarcadores en pacientes internados por Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) es una herramienta de uso diario que permite establecer el pronóstico y jerarquizar el tratamiento. El antígeno carbohidrato 125 (CA125) y los péptidos natriuréticos tipo B (proBNP) son marcadores de congestión en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA), pero poco se sabe valor pronóstico del CA125 en la internación y tampoco contamos con estudios que lo comparen con otros biomarcadores.

Objetivos: Evaluar el comportamiento del CAI 25 y distintos biomarcadores en pacientes internados por ICA y establecer cual es el valor del CAI 25 en relación a estos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, aprobado por el comité de ética. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes con criterio de internación en UCO por ICA. Se evaluaron dos grupos según la presencia o no de; muerte, uso de inotrópicos e internación prolongada -mayor a 7 días- Se comparó el Grupo A (presencia de eventos mencionados) vs Grupo B (no presencia). Se compararon los niveles de biomarcadores; CAI 25, proBNP, Troponina US (TUS), Ferritina, Urea y Creatinina Además se evaluaron parámetros clínicos y ecocardiográficos.

Resultados: Del 1ro de enero a 30 de mayo de 2024 se incluyeron 33 pacientes con ICA. Edad $68,2 \pm 12,9$, hombres 73,5%. Modo de presentación; IC congestiva 84%, fallo vascular agudo 12%, Shock 3%, Fallo VD 1%. El perfil hemodinámico mas prevalente fue húmedo-caliente (85%). La causa de descompensación mas frecuente fue la transgresión alimentaria (40%). El 72% presentaron FE < 40%. La media de días de internación fue de $6,5 \pm 4$ días. La mortalidad fue del 6% y tasa de uso de inotrópicos del 15%. Todos los parámetros clínicos, ecocardiográficos y de laboratorio fueron similares entre grupos excepto; CAI 25 Grupo A vs B; $127,2 \pm 177,2$ vs $27,9 \pm 25,8$ U/mL (p 0,03) y TAPSE; $14,8 \pm 5,3$ vs $18,6 \pm 3,9$ mm (p 0,04), respectivamente. No se hallaron diferencias significativas para el resto de los biomarcadores analizados. (ver Tabla)



Conclusiones: En pacientes que requirieron internación por ICA, el CAI 25 se encontró significativamente más elevado en el grupo que mostró peor evolución durante la internación, no así los otros biomarcadores. Si bien el proBNP resultó estar más elevado en el grupo de peor pronóstico la diferencia no fue significativa, tal vez se deba a que el CAI 25 no se ve afectado por la función renal mientras que si lo esta el proBNP. Resulta llamativo que el único parámetro ecocardiográfico asociado a peor pronóstico haya sido el TAPSE y no así la Fey, tal vez esto se explique por que la mayoría de los pacientes presentaron Fey reducida y una muestra mas numerosa pueda discrepar este hallazgo. De todas maneras este trabajo contribuye a poner en valor el empleo del CAI 25 como marcador pronóstico en la ICA. Futuros estudios multicéntricos permitirán establecer el alcance de estos resultados.

0679. MANIFESTACIONES FENOTÍPICAS Y DESARROLLO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE VARIANTES EN GENES DE "ALTO RIESGO"

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

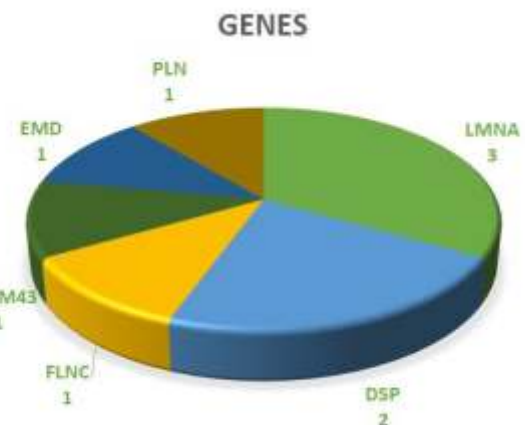
Eduardo N. ORTUÑO CAMPOS | Sergio Juan BARATTA | Renzo Eduardo MELCHIORI | Eduardo Daniel MARTINO

Hospital Universitario Austral

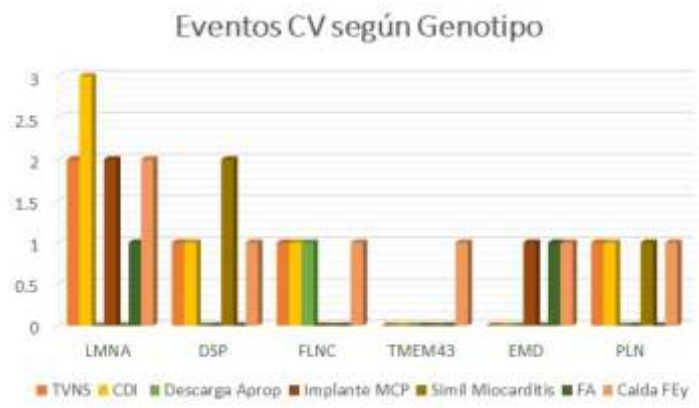
Introducción: En los últimos años pudimos presenciar un cambio en el paradigma con respecto al uso de los estudios de secuenciación. Los mismos, pasaron de tener un rol diagnóstico a incorporar también un rol pronóstico en relación al desarrollo de eventos cardiovasculares. Consecuentemente, distintas sociedades científicas incorporaron determinados genes para definir el diagnóstico, y como herramienta para redefinir el riesgo cardiovascular y la conducta terapéutica en pacientes con miocardiopatía ventricular izquierda.

Objetivos: El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo sobre las principales características fenotípicas y sobre los eventos cardiovasculares en una cohorte de pacientes con diagnóstico de miocardiopatía ventricular izquierda en los que se determinó la presencia de variantes en genes con evidencia de pronóstico adverso.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 9 pacientes con diagnóstico de miocardiopatía ventricular izquierda que realizaron seguimiento en el servicio de patología cardiovascular hereditaria del instituto de cardiología del hospital universitario austral. Se recabaron datos clínicos, ecocardiográficos, de resonancia cardiaca (RMNc), holter de 24 horas, resultados de estudios de secuenciación y los eventos cardiovasculares de mayor relevancia.



Resultados: Nuestra cohorte presentó una edad media de 40.5 años, siendo 6 varones. 7 pacientes refirieron antecedentes de familiares de 1er grado con diagnóstico de miocardiopatía dilatada y 2 pacientes presentaron antecedentes de muerte súbita en familiares menores de 45 años. Con respecto a los hallazgos ecocardiográficos, la fracción de eyección por simpson (FEy) presentó una media de 44% y se evidencio hipocinesia global en 5 pacientes. En el caso de la RMNc la fracción de eyección presentó una media de 52% y la media del diámetro ventricular izquierdo fue de 55.4 mm. Se describió hipocinesia global, hipocinesia anterior, hipocinesia inferior, e hipocinesia posterior en 1 paciente para cada regionalidad respectivamente.



Se observó deterioro de la función ventricular derecha en 2 pacientes. Con respecto al realce tardío con gadolinio (RT) 3 pacientes presentaron RT a nivel intramiocárdico, 3 a nivel subepicárdico e intramiocárdico y 3 no presentaron RT. Con respecto al holter de 24 horas, 2 pacientes presentaron ritmo de marcapasos (MCP) durante todo el registro y 6 pacientes presentaron registros de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS). En el caso de los estudios de secuenciación, 3 pacientes presentaron variantes en LMNA, 2 en DSP, 1 en FLNC, 1 en TMEM43, 1 EMD y 1 en PLN. 4 de estas variantes fueron clasificadas como patogénicas, 2 como probablemente patogénicas y 3 como variantes de significado incierto. Por último, en relación a los eventos cardiovasculares (ECV), 7 pacientes presentaron caída de la FEy por ecocardiograma y 3 pacientes eventos simil-miocarditis. Con respecto a ECV arrítmicos, 2 pacientes presentaron fibrilación auricular con requerimiento de aislamiento de venas pulmonares. Se detectó TVNS en 5 pacientes. 3 pacientes requirieron MCP con posterior upgrade a CDI en 2 pacientes. En total 5 pacientes requirieron implante de CDI como prevención primaria y 1 como prevención secundaria. Este último caso presentó además 1 descarga apropiada de CDI.

Conclusiones: En concordancia con la evidencia disponible, la detección de variantes en genes de "alto riesgo" parece asociarse con un cuadro clínico más agresivo. Pudimos describir la menor edad de presentación, mayor compromiso ventricular izquierdo y de eventos arrítmicos. Incorporar los estudios de secuenciación y difundir la evidencia de nuestro medio, es de vital importancia para mejorar nuestro entendimiento en este grupo de pacientes.

0680. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANGIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SEGÚN LA EDAD Y EL GÉNERO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Mercedes QUIROGA | Federico Ivan WECKESSER | Alejandro KIM | Carolina GALVEZ GIL | Vielka YURKO | Miguel Federico ALBORNOZ | Jorge SZARFER | Gerardo GIGENA

Hospital De Agudos Dr. Cosme Argerich

Introducción: Existe evidencia que la edad de presentación de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) produce diferencias en su género. Aunque la enfermedad coronaria es más prevalente en hombres, esta característica desaparece en octogenarios. Existen datos contradictorios acerca del efecto del sexo en las características clínicas y angiográficas en pacientes sometidos a una angioplastia primaria (ATCP)

Objetivos: Analizar diferencias clínicas, angiográficas y en los tiempos a la ATCP en p. con IAMCEST según su género y edad de presentación.

Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectivamente a todos los 1486 p. ingresados consecutivamente a Hemodinamia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de IAMCEST para realizarse una ATCP entre 2014 y 2023. Se definieron 3 grupos según los terciles de la edad de presentación: G1 (de 22 a 55 años); G2 (entre 56-64); G3 (entre 64-94). En cada grupo y según el género, se compararon variables clínicas, angiográficas y se analizó las demoras del tiempo en minutos a la ATCP (mediana e IIC): demora consulta (desde el inicio del síntoma hasta la consulta médica); demora diagnóstica (desde la consulta hasta el llamado al intervencionista); demora balón (desde la consulta a la reperusión con balón); puerta balón (desde la

Paciel	Ter Tercilo				2do Tercilo				3er Tercilo			
	22-55		56-64		56-64		65-94		65-94		65-94	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IMCEST	443	29.87%	16	9.59%	107	29.59%	127	34.59%	347	39.89%	198	31.94%
IMCP	108	42.5%	28	44.29%	49	43.1%	47	46%	217	59.5%	158	60%
IMSP	109	23.3%	18	27.7%	33	29.4%	33	32.3%	137	36.6%	82	32.1%
IMSC	353	67.7%	98	44.8%	107	94.3%	94	92.7%	230	60.9%	168	64.4%
IMDT	38	12.8%	11	18.9%	11	9.7%	12	11.8%	53	14.4%	31	11.6%
IMDB	118	22.2%	24	40.3%	13	11.5%	24	23.6%	119	31.6%	65	25.2%
IMUP	118	29.9%	17	26.5%	13	11.5%	18	17.6%	119	31.7%	38	14.5%
IMHemodinamia	197	37.4%	8	12.7%	174	55.4%	4	3.9%	239	63.9%	94	37.2%
IMCIC	58	13.1%	3	4.7%	42	38.1%	5	4.9%	84	23.1%	36	14.2%
IMCIC	87	19.8%	8	12.7%	78	23.9%	18	17.6%	111	29.1%	41	16.2%
IMCIC	100	19.8%	11	17.2%	89	27.5%	58	56.1%	100	26.4%	75	29.2%
IMCIC	40	15.7%	58	92.1%	108	33.1%	49	47.8%	81	21.6%	49	19.1%
IMCIC	158	40.3%	374	100%	108	33.1%	107	103.6%	188	50.3%	188	73.3%
IMCIC	58	13.1%	47	72.3%	13	11.5%	50	48.6%	40	10.8%	52	19.8%
IMCIC	197	42.8%	28	44.3%	107	94.3%	94	92.7%	239	63.9%	168	64.4%
IMCIC	82	20.4%	16	25.4%	55	47.6%	9	8.7%	103	28.1%	38	14.5%
IMCIC	18	4.4%	2	3.1%	13	11.5%	1	0.9%	18	4.8%	11	4.2%

llegada al hospital al primer balón). Análisis Estadístico: Chi² para los variables categóricas, test de T o Kruskal-Wallis en las cuantitativas acorde a la distribución. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: La distribución de los factores de riesgo fue similar en ambos géneros, a excepción de obesidad que fue prevalente en mujeres. Las mujeres del grupo más joven tuvieron una mayor demora balón y menor tasa de AC.

Conclusiones: El IAMCEST y la enfermedad coronaria es más prevalente en hombres, independientemente de la edad. El compromiso multi-vaso fue mayor en el hombre en todos los grupos, mientras que el antecedente revascularización previa prevaleció únicamente en hombres del G3. Las mujeres tuvieron mayor ausencia de lesiones coronarias en todas las edades, además podrían presentar mayor dificultad en el diagnóstico lo cual podría explicar una mayor demora balón en jóvenes.

0682. EVALUACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. EN LA ENFERMEDAD DE LAS MIL CARAS, ¿DEBEMOS TENER EN CUENTA EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

María Florencia PEREZ¹ | Guido David VAZQUEZ¹ | Pablo Daniel CUTINE¹ | Camila KOS² | Agustín Leandro LAROCCA² | Ludmila LEONARDELLI² | Gustavo GIUNTA¹ | Adriana Josefa CARRA¹

Fundación Favalaro¹; Universidad Favalaro²

Introducción: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria inmunomediada que afecta el sistema nervioso central. Durante las primeras etapas existe un proceso agudo y luego degenerativo con afectación de la mielina que recubre los axones, produciendo una mala conducción del estímulo nervioso. Evidencia reciente sugiere un incremento del riesgo cardiovascular en los pacientes con EM.

Objetivos: Describir el perfil de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes con EM y compararlos con la PG.

Materiales y Métodos: En un estudio retrospectivo, descriptivo, de casos y controles, se analizaron las historias clínicas de personas con EM evaluados en centros especializados y el último laboratorio de rutina con perfil lipídico. Las variables demográficas y la evolución clínica de enfermedad fueron tomados de los registros médicos. Por cada caso de EM se asignaron 3 controles, con igual sexo y edad, de una cohorte sin EM que realizó un chequeo cardiovascular preventivo (grupo CTRL). El grado de compromiso clínico por EM se evaluó por el Expanded Disability Status Scale (EDSS). Se utilizaron prueba de T de Student y prueba de Wilcoxon para comparar las variables continuas y prueba de CHI² y prueba exacta de Fisher para las variables categóricas. Se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

Resultados: Se consideraron para el análisis 70 casos y 210 controles (edad 45.9 ± 13.2 años, 65.7% de género femenino). Los pacientes con EM mostraron el fenotipo brotes y remisiones como más frecuente (77.1%), con EDSS 2.5. La edad promedio al inicio de la enfermedad fue 27.4 ± 4.6 años. El tratamiento con ocrelizumab fue el más utilizado (21.4%). Se observó que la prevalencia de los factores riesgo fue más elevada para los casos de EM con respecto a la presencia de diabetes (EM 5.7% vs. CTRL 0.5%; $p < 0.05$). No se encontró diferencia en hipertensión arterial (EM 18.6% vs. CTRL 11.4%; $p = ns$) o uso de estatinas (EM 10% vs. 8.1%; $p = ns$). Los pacientes del grupo control tenían más prevalencia de tabaquismo (EM 8.6% vs. CTRL 20%; $p < 0.05$). Los valores de glucemia (EM 90 RIC 84-99mg/dL vs. CTRL 93 RIC 87-98mg/dL; $p = ns$), colesterol total (EM 202.6 ± 42.8 mg/dL vs. CTRL 201.5 ± 39 mg/dL; $p = ns$), HDLc (EM 52.6 ± 18 mg/dL vs. CTRL 57.3 ± 14.5 mg/dL; $p = ns$) y triglicéridos (EM 110 RIC 80-134mg/dL vs. CTRL 95 RIC 76-131mg/dL; $p = ns$) fueron semejantes en ambos grupos. La concentración de LDLc fue más baja en el grupo EM (EM 111.7 ± 36.3 mg/dL vs. CTRL 125 ± 34.6 mg/dL; $p = ns$). Los pac del grupo con EM presentaron antecedentes de angioplastia coronaria (3 pac), IAM (1 pac) y ACV (1 pac). No se observaron antecedentes de eventos cardiovasculares entre los controles.

Conclusiones: Los pacientes con EM mostraron un patrón de riesgo cardiovascular distinto a la población control. Es importante tener en cuenta este aspecto en patologías que se cronifican y aumentan el riesgo a sufrir un evento cardiovascular.

0684. SANGRADO QUIRÚRGICO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Leonardo Adrián SEOANE | Antonella CARUGNO | Marcia GORINA | Juan Carlos ESPINOZA | Alan SIGAL | Juan FURMENTO | Daniel NAVIA | Juan Pablo COSTABEL

ICBA

Introducción: El sangrado quirúrgico presenta una incidencia entre el 2 y el 6% en cirugía cardíaca. Independientemente de la frecuencia, dicha complicación presenta una elevada morbimortalidad. Existen ciertos predictores asociados al paciente o a la cirugía, pero son muy variables y dispares en la bibliografía actual.

Objetivos: Identificar la prevalencia del sangrado quirúrgico en el postoperatorio de cirugía cardíaca, y detectar factores predictores asociados al mismo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico, a partir de la base de datos informatizada de Cirugía Cardíaca, completada prospectivamente. Se incluyeron de manera consecutiva los pacientes que se realizaron cirugía cardíaca entre enero de 2003 y marzo de 2024. Se analizaron las variables clínicas de los pacientes, y de la cirugía. El punto final primario fue sangrado quirúrgico. Se utilizó un análisis univariado, ajustando luego por variables de interés en modelo de regresión logística multivariado.

Resultados: Se analizaron 14.019 pacientes (64,6 años, DE: 11,6), siendo la mayoría de sexo masculino (77%), y con media de peso de 81,4 kg (DE 15,7). El 67% eran hipertensos, 62% dislipémicos, y 21% diabéticos. El 23% presentaban enfermedad coronaria previa, el 13% disfunción ventricular moderada/severa, el 8% anemia preoperatoria, el 6% insuficiencia renal crónica y el 4% antecedente de cirugía cardíaca previa. Respecto a la intervención, el 48% fueron cirugías de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea (CEC), el 23% valvulares aisladas, y el 13% combinadas. El 69% de las cirugías fueron electivas. La prevalencia de sangrado quirúrgico fue del 3,2%. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 3,9%, siendo significativamente mayor en el grupo de sangrado quirúrgico ($p < 0,001$). Luego del ajuste multivariado, las variables que se asociaron de manera independiente con el punto final primario fueron el uso de CEC, la cirugía de urgencia/emergencia, la edad, y el antecedente de cirugía cardíaca previa. Como factores protectores se encontraron el sexo femenino y el peso. (Tabla)

Variable	OR	IC 95%	p
Edad	1,012	1,003 - 1,021	0,009
Sexo femenino	0,576	0,438 - 0,758	<0,001
Uso de CEC	3,194	2,464 - 4,140	<0,001
Peso	0,984	0,976 - 0,992	<0,001
Cirugía cardíaca previa	1,416	1,012 - 2,007	0,049
Cirugía de urgencia/emergencia	1,826	1,463 - 2,279	<0,001

Conclusiones: La prevalencia de sangrado quirúrgico en nuestra población fue baja, siendo del 3,2%. Como predictores independientes asociados se detectaron el antecedente de cirugía cardíaca previa, la edad, el uso de CEC y la cirugía de urgencia; mientras que el peso y el sexo femenino fueron factores protectores.

0685. ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS DE FUNCIÓN DIASTÓLICA Y NIVELES SÉRICOS DE NT-PROBNP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Narel BLANCO ADRIAN

Clínica Foianini

Introducción: Es necesario conocer la relación de los índices ecocardiográficos y la correlación que existe con los niveles de NT-ProBNP; los hallazgos nos pueden ayudar con el diagnóstico y pronóstico de la insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivos: Analizar los parámetros ecocardiográficos de función diastólica y niveles séricos de NT-ProBNP en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada (ICcFEC).

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, analítico. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años, internados en una institución privada desde mayo 2022 a agosto 2023 con diagnóstico de ingreso de IC (criterior del NYHA) con fracción de eyección igual o mayor a 40% evaluado por ecocardiografía y prueba laboratorial de NT-ProBNP.

Resultados: 28 pacientes fueron internados por insuficiencia cardíaca con los criterios de inclusión: 14 pacientes (50%) presentaron ICcFEC. Mujeres (57%) promedio de edad 71 años; varones (43%) promedio de edad 62 años. en esta población de estudio: 3 pacientes portaban marcapaso, 3 pacientes cursaron su internación en postoperatorio de cirugía cardíaca e intercurrieron con insuficiencia cardíaca (2 pacientes



con disección aórtica tipo A, 1 paciente con endocarditis) 1 paciente con diagnóstico y seguimiento por amiloidosis, el resto de los pacientes con etiología en estudio. Todos los pacientes se encontraban en ritmo sinusal, excepto 2 pacientes portadores de marcapaso. Se presentó disfunción diastólica grado 1 en 6 pacientes (43%), grado 2 en 5 pacientes (36%) y grado 3 en 4 pacientes (29%). Los factores de riesgo cardiovasculares fueron hipertensión arterial (50%), diabetes (57%), obesidad (86%), dislipidemia (78%) y tabaquismo (28%; $p < 0,05$). Los parámetros ecocardiográficos considerados fueron: 1) Masa ventricular: 9 pacientes presentaron aumento de la masa ventricular ($> 95 \text{ g/m}^2$): 8 Mujeres (57%); ($> 115 \text{ g/m}^2$) 6 Varones (43%). 2) Grosor parietal relativo $> 0,42$; 5 mujeres (36%); 5 varones (36%). 3) Diámetro diastólico del ventrículo izquierdo $> 53 \text{ mm}$, 1 varón (7%), ninguna paciente mujer. 4) Relación E/A > 1 : 6 Mujeres (43%), 4 varones (29%). 5) Velocidad de regurgitación tricuspídea ($> 2,8 \text{ m/s}$): 2 Mujeres (14%); 2 varones (14%). 6) Promedio E/e' ($> 1,4 \text{ cm/s}$): 7 pacientes: 3 mujeres (21%); 4 varones (29%) No hubo relación entre estos 6 valores ecocardiográficos y los valores de NT-proBNP ($p > 0,05$). 7) Volumen auricular izquierdo ($< 34 \text{ ml/m}^2$): 5 mujeres (36%), 4 varones (29%) y el valor de NT-ProBNP tuvo relación significativa ($p < 0,007$).

Conclusiones: En este estudio se pudo observar que el tabaquismo tiene relación estadísticamente significativa con la disfunción diastólica ($p 0,045$). La edad está en relación directa con el grado de disfunción diastólica ($p 0,075$). El parámetro ecocardiográfico que se relaciona con alteración de los niveles de NT-ProBNP es el volumen de aurícula izquierda ($p 0,007$) en pacientes hospitalizados por ICcFEC.

Masa anormal (g/m ²)	NT-ProBNP		P
	< 9000 (n=6)	> 9000 (n=8)	
< 95/ < 115	1 (16,7)	3 (37,5)	0,38
> 95/ > 115	5 (83,3)	5 (62,5)	
GPR	NT-ProBNP		P
	< 9000 (n=6)	> 9000 (n=8)	
< 0,42	1 (16,7)	3 (37,5)	0,38
> 0,42	5 (83,3)	5 (62,5)	
DDVI	NT-ProBNP		P
	< 9000 (n=6)	> 9000 (n=8)	
< 5,3	6 (100)	7 (87,5)	0,27
> 5,3	0 (0)	1 (12,5)	
Relación E/A	NT-ProBNP		P
	< 9000 (n=6)	> 9000 (n=8)	
< 1	2 (33,3)	1 (14,3)	0,41
> 1	4 (66,7)	6 (85,7)	
Volumen AI	NT-ProBNP		P
	< 9000 (n=6)	> 9000 (n=8)	
< 34	3 (60)	0 (0)	0,007
> 34	2 (40)	8 (100)	
Velocidad RGT	NT-ProBNP		P
	< 9000 (n=6)	> 9000 (n=8)	
< 2,8	3 (60)	6 (75)	0,57
> 2,8	2 (40)	2 (25)	
e'septal	4 (57)	3 (43)	0,47
e' lateral	4(50)	4(50)	0,47
Promedio E/e'	5(50)	5(50)	0,47

0689. DERIVACIÓN DE UN SCORE PARA LA PREDICCIÓN DE UNA BAJA EFICIENCIA DIURÉTICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Cristian Emmanuel SCATULARO¹ | Luciano BATTIONI² | Analia Laura GUAZZONE¹ | Guillermina ESPERON³ | Luciana Ayelen CORSICO ZARATE³ | Hugo Omar GRANCELLO¹

Sanatorio de la Trinidad Palermo¹; Consejos: Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri"²; Sanatorio Sagrado Corazón³

Introducción: En pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA), el parámetro eficiencia diurética (ED) es una variable subrogante del desarrollo de resistencia a diuréticos (RD), y se manifiesta como la persistencia de congestión clínica pese a la utilización de altas dosis de diuréticos

Objetivos: Crear un score para detectar precozmente a los pacientes con ICA que presentarán una baja ED al tercer día de internación (ED3), y correlacionarlo con eventos clínicos adversos durante la internación y el seguimiento ambulatorio temprano

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes hospitalizados en Unidad Coronaria (UCO) por ICA. Se excluyeron a los pacientes en shock, con creatinina $> 2,5 \text{ mg\%}$ o asistencia respiratoria al ingreso. Recibieron 40 mg de furosemida endovenosa al ingreso y se midió la natriuresis basal (NB) en la primera micción posterior (dentro de las 2 hs de su ingreso a emergencias). El tratamiento diurético durante la internación se basó en un protocolo preestablecido. La NB se consideró baja si era $< 70 \text{ meq/L}$. La ED3 se definió como el cociente entre el balance hídrico y la dosis de furosemida endovenosa administrada al tercer día de internación, y se consideró como baja al peor cuartil. Se evaluó la mortalidad cardiovascular (CV) intrahospitalaria, y la mortalidad CV y las reinternaciones por ICA a los 60 días post alta.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes, el 56% eran hombres, y la media de edad fue 74 años. La ED3 mediana fue -18 ml/mg (RIC -1 l a -25) y se clasificó como baja (peor a -1 l ml/mg) en el 24% (N=39) de la cohorte. Las características basales de la población se describen en la tabla 1. El 12,7% (N=20) requirió furosemida \geq 240 mg/día, 8% (N=13) bloqueo diurético tubular (BT) y el 4% (N=6) terapia de reemplazo renal (TRR). La mortalidad CV intrahospitalaria fue 5.7%, mientras que en el seguimiento a los 60 días post alta la mortalidad CV fue 6,8% y las reinternaciones por ICA 12,2%. Se realizó un análisis uni y multivariado para determinar las variables clínicas, bioquímicas y ecográficas que se asocian al desarrollo de una ED3 baja, prevaleciendo la edad $<$ 73 años (P 0.017, OR 2.67 [1.2-6.1]), antecedente de IC (p 0.008; OR 3.1 [1.34-7.16]), antecedente de ERC (p 0.04; OR 2.53 [1.01-6.32]) y NB $<$ 70 meq/L (p 0.04; OR 2.37 [1.04-5.42]). Se realizó la derivación de un score para la predicción de ED3 baja, y se otorgó 1 punto a cada variable en base a sus OR. Mediante análisis de la curva ROC se determinó que el punto de corte de 2 es el óptimo para predecir el desarrollo de ED3 baja (AUC 0.75, p 0.0001, sensibilidad 82%, especificidad 53%, valor predictivo negativo 91%) (Figura 1). Los pacientes con un puntaje \geq 2

Tabla 1: Características basales de la población

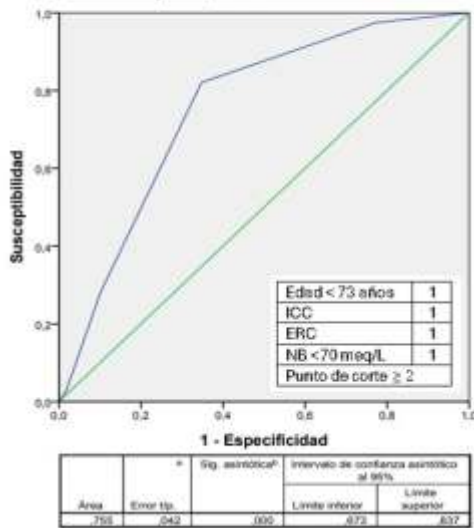
Abreviaturas: NB (Natriuresis basal), NYHA (New York Heart Association), IC (Insuficiencia cardíaca), IECA (Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina), ARA II (Antagonistas de receptores de angiotensina II), ARNI (Inhibidores del receptor de angiotensina-neprililina), BNP (Péptido natriurético atrial), FEy (Fracción de Eyección)

Variable	Total (N=157)	NB <70 meq/L (N=84)	NB \geq 70 meq/L (N=73)
Edad (años)	74 (95:62-83)	83 (95:59-79)	73 (95:64-83)
Sexo masculino	88 (56%)	48 (57%)	40 (55%)
Hipertensión arterial	121 (77%)	63 (75%)	58 (79%)
Diabetes	37 (24%)	13 (16%)	24 (33%)
Edad inicio enfermedad crónica	65 (49%)	12 (14%)	53 (73%)
Tafelones de insuficiencia cardíaca	31 (20%)	6 (7%)	25 (34%)
Etología de insuficiencia cardíaca			
Isquémica	43 (27%)	10 (12%)	33 (45%)
Valvular	33 (21%)	7 (8%)	26 (36%)
Hipertensiva	24 (15%)	3 (4%)	21 (29%)
Clase funcional según NYHA			
I	33 (21%)	10 (12%)	23 (31%)
II	84 (53%)	20 (24%)	64 (88%)
III	16 (10%)	4 (5%)	12 (16%)
IV	4 (2%)	1 (1%)	3 (4%)
Tratamiento de insuficiencia cardíaca			
Estabedopranolol	104 (66%)	26 (31%)	78 (107%)
IECA (ARA II)	83 (53%)	13 (16%)	70 (96%)
ARB	11 (7%)	3 (4%)	8 (11%)
Antagonistas de mineralocorticoides	48 (31%)	11 (13%)	37 (51%)
Inhibidores de SGLT-2	4 (2%)	1 (1%)	3 (4%)
Furosemida oral	59 (38%)	14 (17%)	45 (62%)
Dosis de furosemida oral (mg/d)	48 (RIC 28-80)	48 (RIC 1-80)	38 (RIC 0-20)
Forma de presentación de la IC			
Congestiva pulmonar	92 (58%)	20 (24%)	72 (99%)
Edema agudo de pulmón	21 (13%)	3 (4%)	18 (25%)
IC a predominio derecho	37 (24%)	6 (7%)	31 (43%)
Motivación al ingreso (n=157)	181 (95:174-111)	49 (95:40-56)	111 (95:93-123)
HF-pes/BNP al ingreso (ng/ml)	3939 (95:2200-4388)	3734 (95:2351-3948)	3970 (95:2888-4348)
FEy al ingreso izquierda (%)	48 (RIC 38-59)	45 (53-55)	50 (68-60-66)
Tasa cruda (FEy \geq 50%)	71 (45%)	13 (16%)	58 (80%)
Leve a moderada (FEy 45-49%)	19 (12%)	6 (7%)	13 (18%)
Residual (FEy \leq 40%)	67 (43%)	15 (18%)	52 (72%)

Figura 1: capacidad discriminativa del score para predecir el desarrollo de eficiencia diurética al tercer día de la internación según el análisis de la curva ROC

Abreviaturas: ROC (receiver operating characteristic), IC (Insuficiencia cardíaca congestiva), ERC (Enfermedad renal crónica), NB (Natriuresis basal)

Curva ROC (sensibilidad vs) -especificidad



presentaron persistencia de la congestión (p 0.001) y mayor dosis acumulativa de furosemida (200 vs 140 mg; p) a las 72 hs de su ingreso, así como mayor requerimiento de BT (p 0.02), mayor riesgo de empeoramiento de la ICA (p 0.006) y una tendencia a mayor uso de inotrópicos (p 0.06) y TRR (p 0.06) durante toda la internación. Un puntaje \geq 2 se asoció a mayor riesgo de reinternación por ICA a los 60 días del seguimiento post alta (p 0.04), sin diferencias en la mortalidad CV.

Conclusiones: En pacientes hospitalizados por ICA, el presente score predice desde el ingreso hospitalario el desarrollo de una ED3 baja, así como también persistencia de la congestión, necesidad de estrategias de descongestión más agresivas, peor evolución clínica intrahospitalaria y mayor riesgo de reinternaciones por ICA en el seguimiento. Es un parámetro útil para detectar a los pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento diurético intensivo precoz.

0691. INCIDENCIA Y PREDICTORES DE REINTERNACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Marcia CORTÉS | Martín FASAN | Juan Pedro FESCINA | Fernando CURA | Fernando PICCININI | María Florencia CASTRO

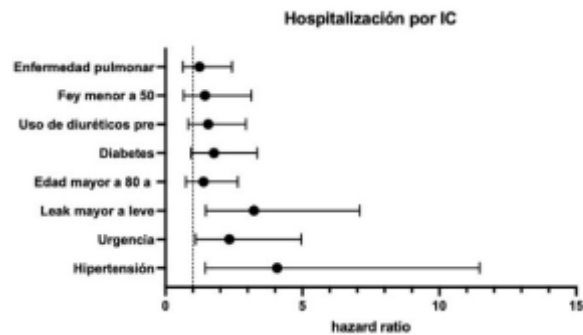
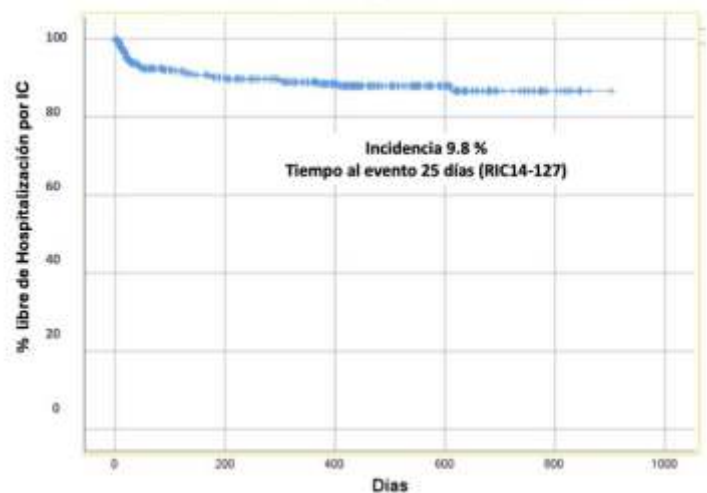
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Las reinternaciones por insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes con estenosis aórtica severa (EAO S) sometidos a cirugía de reemplazo valvular aórtico (RVA) o reemplazo valvular aórtico transcatheter (TAVI) son un problema frecuente y este hecho se encuentra asociado a mayor morbimortalidad y costos para el sistema de salud. Sin embargo, la información acerca de reinternaciones en este grupo de pacientes en Argentina es escasa.

Objetivos: Evaluar la incidencia de reinternaciones por IC y sus predictores en pacientes sometidos a RVA o TAVI por EAO S.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de una cohorte de pacientes con EAo S intervenidos desde diciembre del 2021 hasta mayo del 2023 en un centro especializado en cardiología. Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos basales. El punto final fue el compuesto de hospitalización o visita no planificada al servicio de emergencias por IC requiriendo la administración de diuréticos endovenosos. Se evaluaron los factores independientemente asociados con el punto final mediante un análisis multivariado, utilizando la técnica de Regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 441 pacientes con EAo S de los cuales el 64% eran hombres y la mediana de edad fue de 76 años (RIC 68-82). El 72% presentaban hipertensión arterial, el 22% tenían válvula bicúspide y el 26.5% se encontraban en tratamiento con diuréticos. La mediana de fracción de eyección fue de 60% (RIC 55-65). Respecto al tratamiento, 254 fueron a RVA (57.6%) y 186 a TAVI (42%). La mediana de seguimiento fue de 364 días (RIC 70-549). Durante este período, 43 pacientes (9.8%) requirieron internación por IC, con una mediana de tiempo a la internación de 25 días (14-127) desde el procedimiento. La mortalidad de los pacientes que se reinternaron por IC fue del 9.3% mientras que la de los que no lo hicieron fue del 4.5%. En el análisis univariado, los factores de riesgo asociados con eventos de IC fueron la edad mayor a 80 años, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar y uso de diuréticos previo al procedimiento. Entre los parámetros ecocardiográficos, la FEy menor a 50% se asoció con eventos de IC y respecto al procedimiento, la urgencia de la intervención y la presencia de leak periprotésico mayor a leve posprocedimiento también mostraron asociación. No se observaron diferencias significativas en la incidencia de reinternaciones por IC según el tipo de intervención (RVA vs TAVI). En el análisis multivariado, las variables independientes asociadas con hospitalización por IC fueron la hipertensión arterial, la urgencia de la intervención y el leak mayor a leve. Cabe destacar que de los pacientes que fueron a TAVI el 13% presentó leak, mientras que de los que fueron a RVA solo el 1.17%.



Conclusiones: La incidencia de internaciones por IC en el seguimiento de pacientes intervenidos por EAo S fue comparable a lo reportado en los registros internacionales, y la mayoría se dieron en los primeros 30 días posprocedimiento. La hipertensión arterial, la urgencia de la intervención y la presencia de leak periprotésico mayor a leve fueron identificados como predictores independientes de este evento, tanto en pacientes con RVA como en TAVI. Considerando que las internaciones por IC se asocian a mayor morbimortalidad y costos para el sistema de salud, el monitoreo más cercano de los pacientes con estos predictores durante los primeros 30 días podría disminuir la incidencia de estos eventos y sus consecuencias.

0696. VENTRÍCULO IZQUIERDO PEQUEÑO Y RESULTADOS CLÍNICOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: UN NUEVO FENOTIPO RELEVANTE ASOCIADO CON MORTALIDAD

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

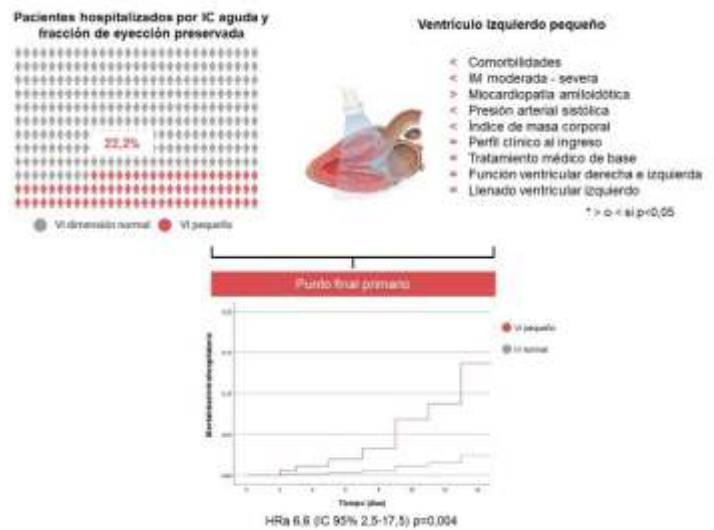
Lucrecia María BURGOS | Rocío Consuelo BARO VILA | Franco Nicolas BALLARI | María Antonella DE BORTOLI | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: En la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP), un diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) más pequeño se asocia a un menor índice sistólico. Recientemente, este fenotipo de ICFEP de bajo flujo se ha asociado de manera independiente con un menor VO₂ máximo y capacidad funcional, niveles más altos de NT-proBNP, y además, un beneficio con el retiro de B-bloqueantes. Sin embargo no se ha evaluado el impacto de este fenotipo en los eventos clínicos en esta población.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el DDVI y los eventos clínicos en una población hospitalizada con ICFEP.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte de un solo centro, realizando un análisis retrospectivo de datos recopilados prospectivamente de pacientes consecutivos con fracción de eyección del ventrículo izquierdo >40% ingresados por insuficiencia cardiaca aguda. Según las pautas de la Sociedad Americana de Ecocardiografía (ASE), se definió un ventrículo izquierdo pequeño como una dimensión diastólica final del ventrículo izquierdo (LVEDD) <42.0 mm para hombres o <37.8 mm para mujeres, y el grupo control fueron aquellos considerados como normal. El punto final primario fue la mortalidad intrahospitalaria, mientras que los puntos finales secundarios incluyeron el empeoramiento de la función renal (definido como un aumento de creatinina de 0.3 mg/dL o del 50% desde la admisión) y la necesidad de inodilatadores (milrinona, dobutamina o levosimendan). Se realizó un análisis de regresión de Cox multivariable sobre las variables al ingreso significativas en el análisis univariado para identificar factores de riesgo independientes para el evento primario.



Resultados: De 369 pacientes, 287 (77,8%) se identificaron con dimensiones normales (grupo control), y 82 (22,2%) con DDVI reducido (grupo VI pequeño). La mediana de internación fue de 5 días (IQR 3-9). Pacientes del grupo VI pequeño presentaban menor comorbilidades, como hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y menor presencia de insuficiencia mitral (IM) moderada a severa ($p < 0,05$), y más frecuentemente miocardiopatía amiloidótica (4,9% vs 0,7%; $p < 0,002$) y menor presión arterial sistólica [120 mmHg (IQR 110-130) vs. 128 mmHg (IQR 110-147); $p = 0,008$] e IMC al ingreso [$p = 0,049$]. Sin diferencias significativas en edad, sexo, medicación IC basal y otras comorbilidades como enfermedad renal, FA, valvulopatía aórtica, enfermedad coronaria, disfunción ventricular derecha u hospitalización previa (Figura central). El punto final primario ocurrió 3,5% en el grupo control y 12,2% en el grupo VI pequeño ($p = 0,002$). En el análisis multivariado la presencia VI pequeño se asoció a mayor mortalidad intrahospitalaria con un Hazard ratio ajustado (HRa) de 6,6 (IC 95% 2,5-17,5). Otra variable independiente asociada fue la presencia de IM (HRa 4,2 IC 95% 1,6-11,1). Comparado con el grupo control, pacientes del grupo VI pequeño presentaron mayor requerimiento de inodilatadores (8,5% vs 0,7%, $p < 0,01$) y necesidad de swan ganz (6,1% vs 1,7%, $p = 0,03$). Sin diferencias en la duración de estadía hospitalaria, empeoramiento de función renal o asistencia respiratoria mecánica invasiva/no invasiva ($p > 0,05$).

Conclusiones: En una cohorte de pacientes hospitalizados con ICFEp, la presencia de VI pequeño se asoció independientemente con un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Este nuevo fenotipo recientemente identificado como relevante, se asocia con eventos clínicos mayores por lo que consideramos debería proponerse en la estratificación de riesgos y el manejo de estos pacientes. Se requieren estudios adicionales para validar estos hallazgos.

0699. DISCREPANCIAS EN LA SEVERIDAD DE LA ESTENOSIS AÓRTICA DETERMINADA POR ECOCARDIOGRAFÍA Y POR TOMOGRAFÍA EN PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE VALVULAR PERCUTÁNEO

Multimagen / Valvulopatías

Martin Ernesto FANILLA | Ana PASTORINO | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Ana Laura MICELI | Joseph Daniel LINDAO AGUILAR | Emiliano ROSSI
Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La estimación de severidad de la estenosis aórtica por métodos no invasivos es un desafío. La concordancia entre diferentes métodos es limitada, lo que puede dificultar la toma de decisiones en pacientes candidatos a implante valvular percutáneo (TAVI).

Objetivos: Describir las estimaciones del AVA obtenidas por ecocardiografía doppler y por tomografía cardíaca. Evaluar el acuerdo que existe entre las distintas mediciones y evaluar la posibilidad de intercambiabilidad entre los métodos.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal de pacientes derivados a TAVI con un protocolo de evaluación que incluye un ecocardiograma Doppler transtorácico y una angiotomografía dentro de los tres meses. Se comparó el grado de concordancia o acuerdo en la estratificación de severidad entre la ecuación de continuidad (EC) por ecocardiografía transtorácica (ETT), la planimetría tomográfica (TC), la ecuación de continuidad híbrida (utilizando el área planimétrica del tracto de salida por TC y los gradientes del Doppler) y el score de calcio. Se incluyeron 156 pacientes. Dado que el protocolo de adquisición tomográfico no fue retrospectivo en todos los pacientes, no se dispone

del área planimétrica en todos. Se consideró la estenosis aórtica como severa en pacientes con un área valvular (AVA) menor a 1 cm² por EC, 1.2 cm² por planimetría y EC por TC, y un score de calcio de 1200 y 2000 UA en mujeres y hombres, respectivamente. Para la comparación de métodos se empleó el coeficiente de acuerdo de Gwet.

Resultados: Por EC por ETT se obtuvo un AVA media de 0.80 cm² (desvío estándar o SD de 0.19 cm²), por TC un AVA media de 0.95 cm² (SD 0.30 cm²) y por EC híbrida se obtuvo un AVA media de 1.10 cm² (SD 0.32 cm²). Entre EC por ETT y por planimetría por TC hubo un coeficiente de acuerdo de 0,62 (IC 95% 0.41-0.84). Entre EC por ETT y EC híbrida hubo un coeficiente de acuerdo de 0.66 (IC 95% 0.53-0.80). Entre EC por ETT y score de calcio se obtuvo un coeficiente de acuerdo de 0.68 (IC 95% 0,55-0.80). Finalmente, entre EC híbrida y score de calcio hubo un coeficiente de acuerdo de 0,38 (IC 95% 0.23-0.54).

Conclusiones: Los diferentes métodos para evaluar la severidad de una estenosis aórtica tienen un grado de acuerdo que va de moderado a bueno según cuales se comparen. En ausencia de un gold standard, el juicio clínico es fundamental para evaluar el grado de severidad de la valvulopatía en escenarios discordantes.

0700. EXPERIENCIA INICIAL DE ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR SIN USO DE FLUOROSCOPIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA ARGENTINA

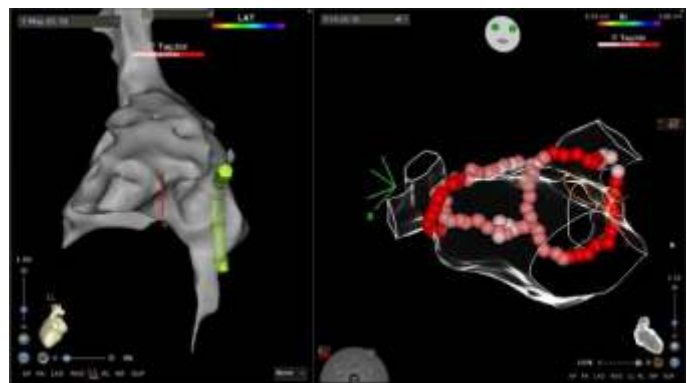
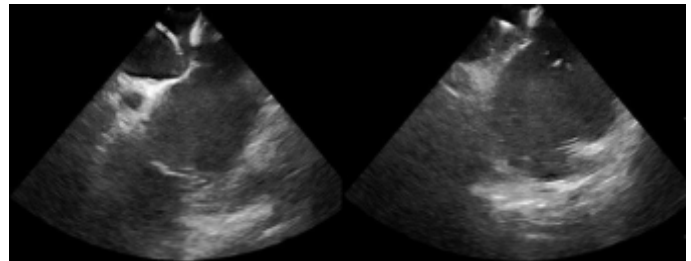
Arritmias y Electrofisiología

Leandro Luis POZZER | Maximiliano Pablo MASSA | Fernando Adrián SCAZZUSO
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La ablación de fibrilación auricular se ha consolidado como la principal estrategia para el control del ritmo cardíaco de dicha patología. A su vez, la utilización de rayos X han demostrado poseer efectos nocivos en el organismo. Con el advenimiento de los sistemas de mapeo tridimensionales y el uso de la ecografía intracardíaca se han desarrollado técnicas que permiten realizar ablaciones de manera eficaz y segura sin la necesidad de fluoroscopia. En la Argentina actualmente no existen programas de ablación sin uso de fluoroscopia y la experiencia es escasa.

Objetivos: Evaluar efectividad y seguridad de la realización de ablación de fibrilación auricular sin la utilización de fluoroscopia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo unicéntrico donde se registraron las ablaciones de fibrilación auricular ambulatoria en el Instituto cardiovascular de Buenos Aires (ICBA) sin utilización de fluoroscopia realizadas desde el 13 de marzo de 2024 hasta el 29 de mayo de 2024. Las ablaciones se realizaron mediante el sistema de mapeo electroanatómico CARTO 3 V7.3. Se utilizaron catéteres de ablación Smart Touch® y catéteres de alta densidad Pentaray. Se utilizó Ecografía Intra Cardíaca (ICE) para guiar la punción transeptal. En todos los procedimientos se utiliza vaina deflectable Vizigo NAV®. Se registraron la edad, sexo, fracción de eyección, área de aurícula izquierda, CHA₂DS₂VASc, tipo de fibrilación auricular, acceso venoso, estrategia de ablación, porcentaje de fibrosis en pared posterior, uso de punto hemostático y complicaciones.



Resultados: Se registraron 43 ablaciones durante el período estudiado. La edad media de los pacientes fue de 63,5 años, la FEY fue de 59,35%, la media del área de Aurícula izquierda 23,36 cm². La media de CHA₂DS₂VASc fue de 3,44. Se realizaron un 65,2% (N: 28) ablaciones de fibrilación auricular paroxística y un 34,8% (N: 15) de fibrilación auricular persistente. En 6,97% (N: 3) de los procedimientos, la ablación se optó como primera línea de tratamiento. En el 95,3% (N: 41), se realizó el acceso venoso guiado por ecografía. El 76,7% (N: 33) presentaba fibrosis en la pared posterior entre 0-10%, 11,6% (N: 5) entre 10-20% el restante 11,6% (N: 5) fibrosis mayor al 20. Se realizó aislamiento circunferencial de las venas pulmonares (WACA) en 93% (N: 40) de los pacientes, pared posterior en 16,2% (N: 7), istmo cavo tricuspídeo en 6,97 (N: 3) y otra estructura en el 4,6% (N: 2). En 23,25% (N: 10) de los pacientes se realizó punto hemostático femoral derecho al finalizar el procedimiento, mientras que en el resto de los procedimientos se realizó compresión manual. El 26% (N: 11)

de los pacientes presentaba ablación previa de venas pulmonares. Posterior a la ablación, se constató el aislamiento de las venas pulmonares en la totalidad de la población estudiada. Las complicaciones estuvieron presentes en el 4,46% (N: 2) de los pacientes y consistieron en derrame pericárdico que requirió de pericardiocentesis. En ambos pudo completarse el procedimiento. No se registraron complicaciones vasculares ni muertes asociadas al procedimiento.

Conclusiones: La ablación de fibrilación auricular sin fluoroscopia puede ser una alternativa efectiva para reducir la exposición a la radiación tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, abriendo nuevas posibilidades en el manejo de esta condición prevalente.

0701. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA RESERVA CORONARIA

Cardiopatía Isquémica

Maria Victoria CARVELLI | Gobbo MAGALI | Mariana CORNELI | Néstor PÉREZ BALIÑO | Juan Pablo COSTABEL | Marcelo Sergio TRIVI | Osvaldo H. MASOLI | Alejandro Horacio MERETTA
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La reserva coronaria (RC) evaluada por emisión de positrones, provee una evaluación integral de la enfermedad obstructiva epicárdica, la aterosclerosis difusa, el remodelado vascular y la microcirculación; constituyendo un predictor de eventos clínicos. La evaluación con equipos de cámara gamma basados en detectores CZT (Cadmio- Zinc- Telurio), surgen como una nueva herramienta para su diagnóstico y valor pronóstico.

Objetivos: El propósito fue evaluar la ocurrencia de eventos y su asociación con la RC en pacientes (p) con y sin enfermedad coronaria epicárdica.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 407 p, con una media de seguimiento de 3 ± 1.8 años. Se obtuvieron imágenes dinámicas en reposo y tras la administración de 0,56 mg/kg de dipiridamol endovenoso en 4 minutos; luego de lo cual se adquirieron imágenes convencionales SPECT evaluando la presencia de defectos de perfusión y la función ventricular. La RC, se obtuvo de la relación entre el flujo absoluto en ml/min/gr post dipiridamol y el flujo absoluto en ml/min/gr en reposo, siendo el valor normal para nuestro laboratorio $> 2,2$. Se consideraron eventos, la angina, infarto, muerte, revascularización, internación por angina e internación por insuficiencia cardíaca durante el seguimiento. Los eventos: infarto, revascularización y muerte fueron categorizados como eventos mayores. Para el análisis estadístico se utilizaron la prueba de Mann-Whitney y de Chi cuadrado.

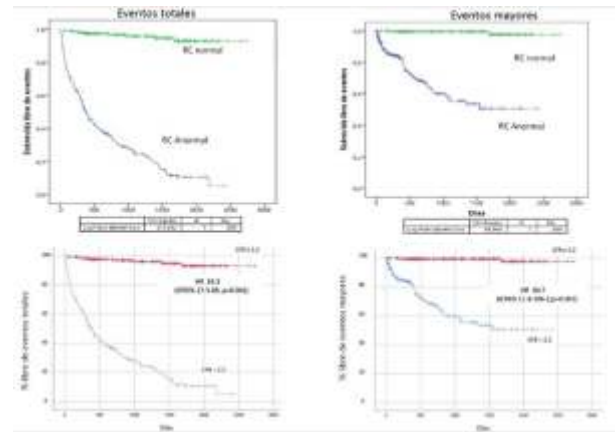
Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se realizó análisis de sobrevida libre de eventos con curva de Kaplan-Meier y análisis multivariado como predictor independiente de eventos con prueba de Cox. También se realizó una curva de rendimiento diagnóstico con curva ROC. Los resultados se expresaron como media \pm desvío estándar, mediana con intervalos intercuartiles 25-75 (IC 25-75) para variables continuas; porcentajes para las discretas.

Resultados: Demografía: edad media 63 ± 12 , sexo masculino 226 (55%); hipertensión arterial 266 (65%), diabéticos 135 (33%), dislipémicos 295 (73%) y tabaquistas 170 (42%). Se registraron eventos en 175 p: angina 160 (91%), infarto agudo de miocardio 15 (9%), cirugía de revascularización 10 (6%), angioplastia coronaria 40 (22%), internación por insuficiencia cardíaca 23 (13%), internación por angina 129 (74%), accidente cerebrovascular 6 (3%), angioplastia periférica 3 (2%) y muerte 7 (4%). Cabe considerar que algunos p tuvieron más de un evento. 146 p presentaban enfermedad coronaria epicárdica (p Coronarios). 20 p desarrollaron defectos de perfusión con un monto isquémico del 4,4% (IC 3,7 - 8,8) del ventrículo izquierdo. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el valor de la RC entre: p con y sin eventos, con y sin diabetes, p coronarios y no coronarios. (Tabla 1) Sin embargo, los p coronarios con y sin isquemia no mostraron diferencias en el valor de la RC. La dinámica de ocurrencia de eventos de acuerdo al análisis de las curvas de Kaplan-

Total 407 P.	SIN Eventos: 232 (57%)	CON Eventos: 175 (43%)	p
Edad	61 (± 13)	67 (± 10)	$< 0,0001^*$
Sexo Masculino	132 (56%)	94 (53%)	ns #
Diabéticos	86 (37%)	49 (28%)	ns #
Hipertensión arterial	146 (63%)	120 (68%)	ns #
Dislipemia	160 (70%)	135 (77%)	ns #
Tabaquismo	92 (40%)	78 (44%)	ns #
Fracción de Eyección	62 (± 8)	59 (± 9)	0,0002*
RC (IC 25-75)	2,5 IC (2,24 - 2,99)	1,7 (1,45 - 1,93)	$< 0,0001^*$
P. NO Coronarios: 261/407 (64%)	SIN Eventos: 171 (66%)	Eventos: 90 (34%)	p
Edad	59 (± 13)	65 (± 10)	0,002*
Sexo Masculino	89 (52%)	40 (44%)	ns #
Diabéticos	75 (44%)	17 (18%)	$< 0,0001^*$
Hipertensión arterial	100 (58%)	51 (56%)	ns #
Dislipemia	111 (65%)	65 (72%)	ns #
Tabaquismo	63 (37%)	38 (42%)	ns #
Fracción de Eyección	63 (± 7)	60 (± 9)	$< 0,05^*$
RC (IC 25-75)	2,48 (2,25 - 2,8)	1,84 (1,65 - 2,1)	$< 0,0001^*$
P. Coronarios: 146/407 (36%)	SIN Eventos 61 (42%)	Eventos 85 (58%)	p
Edad	64 (± 11)	69 (± 10)	0,008*
Sexo Masculino	43 (70%)	54 (63%)	ns #
Diabéticos	11 (18%)	32 (38%)	$< 0,01^*$
Hipertensión arterial	46 (75%)	69 (81%)	ns #
Dislipemia	49 (80%)	70 (82%)	ns #
Tabaquismo	29 (47%)	40 (47%)	ns #
Fracción de Eyección	61 (± 7)	58 (± 9)	ns #
RC (IC 25-75)	2,62 (2,32 - 3,04)	1,7 (1,41 - 1,96)	$< 0,0001^*$
P. Diabéticos: 135/407 (33%)	SIN Eventos: 49 (36%)	CON Eventos: 86 (64%)	p
RC (IC 25-75)	2,44 (2,22 - 2,9)	1,70 (1,47 - 1,92)	$< 0,0001^*$
* Mann-Whitney	# Chi Cuadrado		

Meyer en los p con RC disminuida fue mayor que en aquellos con RC normal tanto en eventos totales como en los mayores, alcanzando significancia estadística. (Tabla 2) En el análisis multivariado, el predictor de eventos más importante fue la reserva coronaria disminuida, tanto para eventos totales (HR = 34,3; IC 95%: 17,3-68; p = 0,001) como para eventos mayores (HR = 50,7; IC 95%: 11,4-192,2; p = 0,001). El área bajo la curva obtenida fue de 0.912 (IC 95%: 0.882–0.942) (Tabla 2)

Conclusiones: La RC fue el principal predictor de eventos en esta población, independientemente de la presencia de enfermedad coronaria epicárdica, el desarrollo de isquemia o la diabetes. Este beneficio se mantuvo incluso excluyendo la angina y las internaciones. Este hallazgo puede ser útil para establecer un tratamiento diferenciado e intensivo para los pacientes con una RC anormal.



0703. PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN ARTERIAL EN ANCIANOS BAJO TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Hipertensión Arterial

Roberto INGARAMO | Carolina Laura INGARAMO | María Florencia LENCINAS | Eduardo LOMBARDO | Tony PILCO | Miriam HERRERA
Instituto De Cardiología Pueblo De Luis

Introducción: La hipotensión arterial (HA) provocada por las drogas antihipertensivas es uno de los efectos indeseables más preocupantes en hipertensos añosos.

Objetivos: Evaluar la presencia de HA y su relación con el número de drogas administradas, en pacientes mayores de 65 años bajo tratamiento antihipertensivo, utilizando el monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24hs (MAPA).

Materiales y Métodos: De 12.177 monitoreos analizados se descartaron 1.327, quedando una muestra total de 10.850 estudios.

Resultados: El promedio de la PA de los 1.457 pacientes fue de: PASD: 129.9, el de la PAS24: 126.2, de la PAMD: 93.6 y de la PAM24: 90.2. 57 pacientes, el 3,91%, cumplieron con los criterios de HA y solo 9 de ellos, el 16%, experimentaron síntomas probablemente atribuibles a HA (mareos y debilidad).

Conclusiones: Estos resultados muestran que la prevalencia de HA y sobretodo sintomática es escasa en los pacientes añosos, y en acuerdo con el beneficio cardiovascular demostrado recientemente, el riesgo de disminuir la PA a valores más bajos, parecer ser escaso y bien tolerada en este grupo etario.

0708. DE LA TIROIDES AL CORAZÓN: EXPLORANDO LOS EFECTOS DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO SOBRE EL ESTADO REDOX Y LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

Investigación Básica

Kiara PELOSO | Eugenia PIETRONAVE | Francisca SANNUTTO | Sofia EPISCOPO | Celeste FERRERI | Mónica NAVARRO | Noelia ARRECHE | Andrea FELLET
Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)

Introducción: Las hormonas tiroideas desempeñan un papel crucial en el desarrollo, metabolismo y maduración fetal, y su deficiencia intrauterina puede comprometer la adaptación del feto a la vida extrauterina.

Objetivos: El objetivo del estudio es explorar si el hipotiroidismo congénito inducido durante diferentes etapas de la vida (período intrauterino, lactancia y perinatal) afectaría diferentes parámetros fisiológicos, como el crecimiento, estado redox y función del sistema cardiovascular.

Materiales y Métodos: Las ratas Sprague-Dawley se dividieron en los siguientes grupos: Grupo A (crías macho de madre con libre acceso al agua con 0.02% de MMZ durante la gestación), Grupo B (crías macho de madre que tenía libre acceso al agua con 0.02% de MMZ durante la gestación y lactancia), Grupo C (crías macho de madre con libre acceso al agua corriente), Grupo D (crías macho tratadas con MMZ de madre con libre acceso al agua corriente). La eficacia del tratamiento con metimazol (MMZ) se evaluó mediante la determinación de los niveles séricos de T3 y T4. Los parámetros de crecimiento se midieron semanalmente desde los 21 días después del nacimiento. A los

60 días, se evaluaron el diámetro interno del ventrículo izquierdo (LVID) en sístole y diástole, la fracción de eyección (EF), la fracción de acortamiento (SF) y el volumen sistólico (SV). Se llevaron a cabo las determinaciones de la actividad enzimáticas de la superóxido dismutasa (SOD) y la catalasa, en ventrículo izquierdo. Los resultados se expresan como valor medio \pm SEM. Los datos fueron evaluados utilizando ANOVA de un solo factor y el test de Tukey a posteriori, utilizando el software GraphPad. La significancia estadística se estableció en $P < 0.05$.

Resultados: Los grupos G y GL fueron semejantes C en SF (%: $G: 60 \pm 3$, $GL: 63 \pm 10$, $D: 42 \pm 2^*$ vs. $C: 56 \pm 5$), pero no lo hizo el grupo D. Esto se repitió en EF (%: $G: 89 \pm 2$, $GL: 90 \pm 2$, $D: 73 \pm 2^*$ vs. $C: 85 \pm 4$). Se encontraron diferencias entre G y GL respecto a D en PPS ($G: 3.7 \pm 0.2^*$ vs. $D: 2.7 \pm 0.2$) y SS ($GL: 2.9 \pm 0.2^{**}$ vs. $D: 2.3 \pm 0.0$). No se observaron variaciones entre ninguno en factores como LVID, diámetro sistólico ni el de la pared posterior en diástole. No se observaron cambios en los niveles de T3 basales, pero sí un aumento en T4 respecto de C en G y GL. Hubo un aumento de T3 al final del período experimental en G vs. C, pero no en GL ($G: 1.24 \pm 0.01^{**}$, $GL: 1.10 \pm 0.02$ vs. $C: 1.13 \pm 0.02$). Los niveles de T4 se hallaron incrementados tanto en G como GL respecto a C ($G: 2.95 \pm 0.05^{***}$, $GL: 3.3 \pm 0.05^{***}$ vs. $C: 2.73 \pm 0.08$). Se observó una reducción de masa corporal y crecimiento lineal solo en el D, aunque se observaron variaciones entre grupos durante el período experimental. Las mediciones de SOD mostraron que en todos los grupos aumento en su actividad, siendo este más marcado en G y GL ($G: 310\%$, $GL: 242\%$, $D: 121\%$ vs. $C: 100\%$). Este patrón se observó también en aurícula derecha. Los resultados de catalasa mostraron un aumento de respecto a C en G y D, pero no en GL ($\mu\text{mol/mg proteínas}$, $G: 9.2 \pm 0.1^{***}$, $GL: 4.1 \pm 0.0$, $D: 2.7 \pm 0.1^{***}$ vs. $C: 3.84 \pm 0.1$).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que el hipotiroidismo inducido en las etapas tempranas de la vida condicionaría la actividad redox y función del sistema cardiovascular, explicando así el deterioro y los cambios estructurales observados en el mismo. Esto subraya la necesidad de comprender y analizar los impactos derivados de las alteraciones tiroideas siendo que podrían generar repercusiones duraderas a lo largo de la vida mediante modificaciones permanentes en la morfología y la actividad cardíaca.

0715. CARACTERIZACIÓN DE LAS DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE SHOCK EN UNIDAD CORONARIA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Guido ROVEDA | Juan Manuel URCELAY | María Camila BARTOLOMÉ ROCA | Marco SCAMPITELLI | Lucia BORTMAN | Anibal Martín ARIAS | Ignacio BLURO | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: El shock es una condición crítica que se caracteriza por una insuficiencia circulatoria aguda, resultando en una inadecuada perfusión tisular y un desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno. En la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC), el manejo del shock presenta desafíos significativos debido a su alta morbilidad y mortalidad.

Objetivos: El objetivo primario de este estudio es determinar la prevalencia de los distintos tipos de shock en la UCIC de nuestro hospital. Como objetivo secundario, se analizó solamente a los pacientes que se encontraban en shock cardiogénico y se evaluaron los mecanismos fisiopatológicos subyacentes del mismo, su evolución clínica, complicaciones y mortalidad en nuestro centro hospitalario.

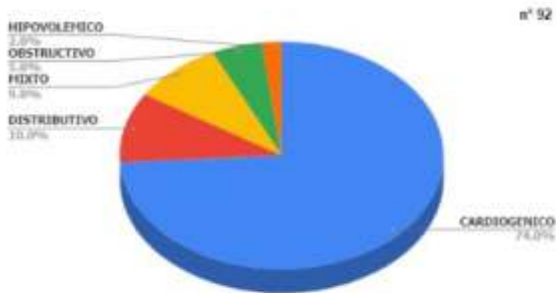
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal el cual incluyó en forma prospectiva y consecutiva todos los pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de shock entre Mayo de 2023 y Enero de 2024. Se excluyeron pacientes que se encontraran, en shock, dentro de las primeras 48 horas posteriores a una cirugía cardiovascular.

Resultados: En un periodo de 9 meses se evaluaron 92 pacientes. El 74% de los pacientes presentó shock de tipo cardiogénico, seguido por shock distributivo (10%), mixto (9%), obstructivo (5%) e hipovolémico (2%) (Figura 1). Entre el 31% y 38% de los pacientes se encontraban en estadios de shock cardiogénico avanzado, de acuerdo a las clasificaciones SCAI e INTERMACS. La media de láctico al momento de inicio del shock fue de 3,58 mmol/l ($DS \pm 2, 19$). Se identificó como causa predominante del shock cardiogénico la falla ventricular izquierda en 35 pacientes (47%), seguida por la falla biventricular (21%). La

Tabla 1. Evolución clínica y complicaciones del shock cardiogénico.

Pacientes en shock al ingreso hospitalario - n° (%)	34 (38%)
Lugar de inicio del shock - n° (%)	
UCIC	30 (87%)
Quirófano	10 (29%)
Oficina de atención general	2 (6%)
Unidad de Terapia Intensiva	1 (3%)
Causas de shock cardiogénico - n° (%)	
Post cardiopatía >48 hs	27 (79%)
Insuficiencia	13 (38%)
ICD reventado	12 (35%)
Arritmia	8 (23%)
Dilatación valvular	4 (12%)
Isotérmica	1 (3%)
Miocardiopatía	1 (3%)
Miocardiopatía periparto	1 (3%)
Severidad del shock cardiogénico según tiempo de evolución, a las 0 - 12 hs - n° (%)	
Clasificación SCAI	
B	5 (15%) - 5 (14%)
C	42 (82%) - 33 (79%)
D	18 (28%) - 18 (53%)
E	2 (3%) - 3 (2%)
Clasificación INTERMACS	
1	8 (24%) - 5 (14%)
2	21 (31%) - 18 (53%)
3	40 (60%) - 47 (71%)
4	1 (3%) - 1 (2%)
Tipo de tratamiento recibido - n° (%)	
Tratamiento cardíaco	
Angioplastia coronaria	15 (23%)
Asistencia ventilatoria	12 (18%)
ECMO	11 (17%)
ECMO + BCIA	8 (12%)
BCIA	3 (5%)
CRRT	3 (5%)
Complicaciones - n° (%)	
Muerte	33 (57%)
Sangrado	21 (31%)
Fallo cardíaco	15 (22%)
Stroke	5 (7%)
Hemorragia cerebral	4 (6%)
Tiempo entre la instauración del shock y el ingreso hospitalario - días (IC)	14 (5.28)

Figura 1. Distribución de los distintos tipos de shock en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.



menos prevalente de las causas fue la falla ventricular derecha (7%). Dentro de la población de pacientes con diagnóstico de shock cardiogénico se realizaron 15 trasplantes cardíacos, 12 angioplastias coronarias, 8 cirugías de revascularización miocárdica y a 12 pacientes se les colocaron dispositivos de asistencia ventricular (6 ECMO, 3 balones de contrapulsación aórticos más ECMO y 3 balones de contrapulsación aórticos). Como complicación más frecuente del shock cardiogénico, 21 pacientes presentaron sangrados (31%), 15 pacientes presentaron paro cardíaco (22%) y 5 pacientes, stroke (7%), con un total de 22 óbitos (32%). La mediana de tiempo entre la instalación del shock y el egreso hospitalario fue de 14 días (RIC 6-28).

Conclusiones: Conocer la prevalencia de los distintos tipos de shock en la UCIC es fundamental para un adecuado manejo de las posibles complicaciones que estos cuadros presentan. El shock cardiogénico es el tipo de shock más prevalente en este ámbito, lo que probablemente obedece a que el motivo de internación de los pacientes en dicha unidad corresponde exclusivamente a enfermedades cardiovasculares. La falla ventricular izquierda post cardiotoromía fue el principal mecanismo desencadenante, con un elevado número de pacientes en estadíos clínicos avanzados. La principal complicación observada fue el sangrado, y la mortalidad alcanzó el 31%. Es fundamental resaltar que estos resultados corresponden a la evolución clínica del shock cardiogénico en la UCIC de un centro hospitalario de alta complejidad.

0719. REINTERNACIÓN A 30 DÍAS POSTERIOR A REEMPLAZO VALVULAR QUIRÚRGICO O PERCUTÁNEO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA: INCIDENCIA, CAUSAS Y PREDICTORES

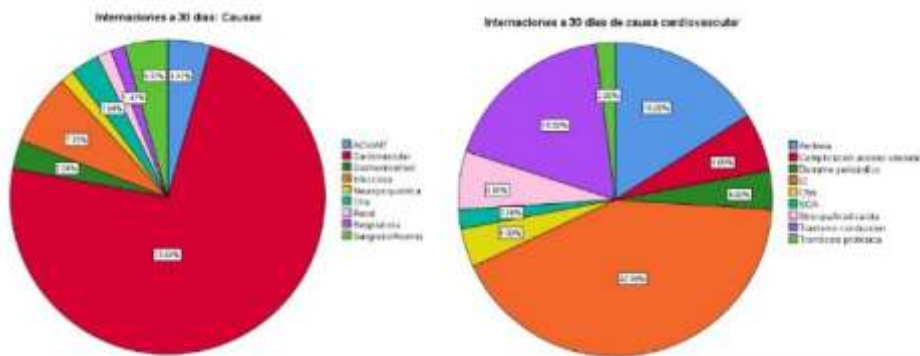
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Martín FASAN | Juan Pedro FESCINA | Fernando CURA | Fernando PICCININI | Marcia CORTES | Juan Pablo COSTABEL | María Florencia CASTRO
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Las reinternaciones tempranas posterior a una intervención cardiovascular son consideradas un parámetro de calidad en salud y se asocian a un aumento de la mortalidad y a mayores costos. En pacientes sometidos a procedimientos de reemplazo valvular aórtico existen pocos datos de reinternaciones y sus predictores en nuestro medio.

Objetivos: Analizar la incidencia, causas y predictores de reinternaciones a 30 días luego de reemplazo valvular aórtico quirúrgico (RVA) o reemplazo valvular aórtico transcateéter (TAVI) por estenosis aórtica severa (EAS).

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de una cohorte de pacientes con EAoS (definida como área valvular aórtica menor a 1 cm² o gradiente medio mayor a 40 mmHg) de un centro cardiovascular especializado. Se incluyeron de forma consecutiva a los pacientes sometidos a RVA o TAVI entre diciembre de 2021 y febrero de 2024. Fueron excluidos para el análisis aquellos pacientes fallecidos antes del egreso de la hospitalización por la intervención y aquellos sometidos a valvuloplastia percutánea. El evento reinternación fue definido como el primer reingreso hospitalario dentro de los 30 días luego de la intervención. Se analizó la incidencia de reinternación a 30 días, las causas y se realizó una regresión de Cox para búsqueda de predictores de reinternación.



Resultados: Se analizaron 476 pacientes, de los cuales 272 (57,1%) fueron sometidos a RVA y 204 (42,9%) a TAVI. El 63% eran hombres y la media de edad fue de 74 años. La incidencia de reinternaciones a 30 días fue del 14,3%; 12,9% en pacientes con RVA y 16,2% en TAVI, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,29$). Las causas más frecuentes de reinternación fueron cardiovasculares (73,5%), seguidas de las infecciosas (7,35%), hematológicas (4,4%) y los eventos cerebrovasculares (4,4%). Entre las causas cardiovasculares, las más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca (42%), los trastornos de la conducción con requerimiento de marcapasos (18%) y las arritmias (16%). La búsqueda de predictores mediante regresión de Cox mostró como factores independientes asociados al evento la hipertensión arterial (HR 1,91; IC 1,04-3,51; $p = 0,037$), fibrilación auricular o aleteo auricular (HR 2,51; IC 1,37-4,60; $p = 0,003$), reoperación (HR 6,31; IC 1,93-20,64; $p = 0,002$) y los trastornos de la conducción en el postoperatorio inmediato persistentes al alta (HR 1,79; IC 1,05-3,04; $p = 0,032$).

Tabla 2. Análisis univariado y multivariado de predictores de reinternación.

	Análisis univariado			Análisis multivariado		
	HR	IC	p	HR	IC	p
Sexo masculino	0,93	0,57-1,51	0,76			
Edad \geq 80 años	1,40	0,86-2,27	0,18			
Hipertensión arterial	1,92	1,05-3,51	0,35	1,91	1,04-3,51	0,037
Diabetes	1,01	0,58-1,75	0,97			
IMC \geq 30 kg/m ²	1,01	0,60-1,70	0,96			
Enfermedad coronaria previa	1,07	0,65-1,76	0,79			
Enfermedad pulmonar	1,18	0,68-2,05	0,55			
FA/AA	2,46	1,35-4,47	0,003	2,51	1,37-4,60	0,003
CF III/IV	1,08	0,58-2,01	0,82			
SAHOS	0,91	0,22-3,71	0,89			
EuroScore II $>$ 8%	1,95	1,04-3,65	0,037	1,73	0,90-3,30	0,098
Reintervención	4,62	1,43-14,88	0,01	6,31	1,93-20,64	0,002
ERC (CrCl \leq 50 ml/min)	1,54	0,87-2,76	0,142			
Hematocrito \leq 35%	0,88	0,38-2,03	0,76			
FEVI $<$ 50%	1,756	0,89-3,46	0,10			
DD grado I/III	1,29	0,62-2,71	0,49			
IMVI \geq 115 g/m ²	1,05	0,63-1,76	0,85			
Urgencia de la intervención	1,56	0,71-3,41	0,27			
Leak mayor a leve	2,11	0,96-4,62	0,63	1,70	0,73-3,96	0,22
Hemorragia c/ requerimiento transfusional	0,87	0,27-2,78	0,82			
Trastornos de la conducción	1,70	1,00-2,90	0,05	1,79	1,05-3,04	0,032

AA: Aleteo auricular. CF: clase funcional. DD: disfunción diastólica. ERC: enfermedad renal crónica. FA: Fibrilación auricular. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. HR: hazard ratio. IC: intervalo de confianza. IMVI: índice de masa del ventrículo izquierdo. SAHOS: síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño.

Conclusiones: La incidencia de reinternaciones a 30 días en pacientes intervenidos por EAS fue comparable a lo reportado en la literatura, con una mayor proporción de causa cardiovascular, probablemente por tratarse de un centro especializado. El monitoreo cercano de pacientes con predictores de rehospitalización podría disminuir el riesgo de reinternaciones en el corto plazo.

0720. LIPOPROTEINA INTESTINAL Y RIESGO ATEROGENICO. ¿LA COMPOSICIÓN IMPORTA?

Investigación Básica

Gregorio FARIÑA | Luciana SIELECKI | Carolina OLANO | Susana GORLZARCZANY | Vanesa MACRI | Magalí BARCHUK | Gabriela BERG | Valeria ZAGO
Universidad de Buenos Aires

Introducción: El quilomacrón (QM), principal lipoproteína de síntesis intestinal, y sus remanentes están aumentados en la insulino-resistencia (IR) y contribuyen al riesgo aterogénico. En trabajos previos en un modelo animal de IR y disbiosis con endotoxemia metabólica, demostramos que el QM presentaba un enriquecimiento en triglicéridos (TG) y LPS. La lipoproteína lipasa (LPL) es la enzima clave para la hidrólisis de los TG del QM y la generación de remanentes lipoproteicos. La composición del QM podría impactar en su interacción con la LPL, no sólo en la afinidad enzima-sustrato, sino también modulando la actividad de la enzima, lo cual podría contribuir a explicar el grado de lipólisis vascular y la generación de QM remanentes aterogénicos. Sin embargo, poco se conoce sobre la interacción QM-LPL en la pared arterial en el contexto de endotoxemia metabólica.

Objetivos: Evaluar la calidad del QM, enriquecido en LPS y TG secretado en IR, como sustrato de LPL y su efecto sobre la actividad de la enzima en la pared arterial.

Materiales y Métodos: Ratas Wistar macho fueron alimentadas con dieta estándar o dieta alta en grasas y sacarosa (DAGS), 14 semanas. En suero se determinó el perfil lipídico, se aislaron los QM (ultracentrifugación $d < 0,95$ g/ml) y se midió composición lipídica y LPS. Se realizó un ensayo in vitro incubando concentraciones crecientes de TG-QM (0,05-1,5 mmol/L) y LPL bovina (Sigma). Determinando los ácidos grasos liberados se calculó la Km como indicador inverso de la afinidad enzimática. En baño de órgano aislado, se incubaron anillos de aorta de rata en presencia de QM (TG: 2,0 mmol/L), a 37°C/120min. Se midió el contenido de TG y ácidos grasos liberados en el medio de incubación. En tejido aórtico, se midió la actividad de LPL por ensayos radiométricos.

Resultados: La afinidad de LPL por QM fue mayor en el grupo tratado (Km $0,91 \pm 0,59$ vs $2,75 \pm 1,1$ mM, $p=0,01$) y se correlacionó significativamente con el contenido de TG ($r=-0,817$, $p=0,03$) y LPS ($r=-0,681$, $p=0,04$) de la lipoproteína. La actividad de LPL aumentó en el tejido aórtico después de la incubación con QM de DAGS ($3,9 \pm 0,3$ vs $1,6 \pm 0,2$ uUI/mg, $p < 0,05$) asociándose directamente con la mayor producción de ácidos grasos en el medio de incubación ($r=0,658$, $p=0,02$).

Conclusiones: Hoy en día no quedan dudas del rol aterogénico de las lipoproteínas remanentes, entre ellas el QM. Sin embargo, más allá de un aumento en la concentración de estas lipoproteínas, la composición modificada del QM favorece la acción de la LPL en la pared arterial contribuyendo a la formación, no sólo de remanentes de menor tamaño, sino también a la liberación de AGL y LPS, ambos con acciones pro-inflamatorias sobre el endotelio vascular, incrementando el riesgo aterogénico.

0721. CONSULTORIO DE CARDIOMETABOLISMO; ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACION DE UN HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Diego SCHESAK | Alejo Andrés PÉREZ DE LA HOZ | Ignacio DAVOLOS | Ricardo Alfredo PEREZ DE LA HOZ

Hospital De Clinicas Jose De San Martin

Introducción: La enfermedad metabólica y la aterosclerosis son factores de riesgo prevalentes en la población mundial y son los causantes de elevada morbilidad a pesar de contar con métodos de diagnóstico precoz, directivas para mejorar el estilo de vida y tratamientos médicos modernos y efectivos. No existen dudas de la importancia que tiene el control de los mismos para modificar el pronóstico de los pacientes con elevado riesgo cardiovascular. Se han realizado numerosos estudios que permitieron observar el efecto positivo que tiene la intervención de equipos multidisciplinarios de salud en este aspecto y existe evidencia que demuestra la disminución del riesgo de recurrencia de eventos cardiovasculares, internaciones y mortalidad.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes ambulatorios con alto o muy alto riesgo cardiovascular evaluados en el marco del consultorio de cardiometabolismo durante los primeros 6 meses desde su creación.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de pacientes derivados a consultorio de cardiometabolismo por médicos cardiólogos de un Hospital Universitario de CABA. Se presentan los resultados de los primeros 42 pacientes con seguimiento completo al 6to mes. Se analizaron los datos obtenidos de Octubre de 2023 a Marzo de 2024 con un seguimiento estandarizado. Hemos descripto las características demográficas de la población, factores de riesgo cardiovascular preexistentes, medidas antropométricas, tensión arterial, capacidad funcional medida en METS, distancia inicial promedio en prueba de caminata de 6 minutos (P6M), perfil metabólico en laboratorio de sangre y tratamiento farmacológico.

Resultados: El 63,4% eran hombre con edad promedio de 64,23 (SD 10,3). El 76,2% presentaba cobertura médica. Respecto de los factores de riesgo cardiovascular: 88,1% hipertensos, 50% diabéticos, 100% dislipémicos y 73,2% tabaquistas. El 35% de la población tenía diagnóstico de insuficiencia cardíaca y el 83,3% eran sedentarios. El peso promedio era 82,96% con un IMC promedio de 30,15 (SD 5,3) y una mediana de 29,8. Perímetro de cintura promedio 104 cm. Se diagnosticó enfermedad vascular periférica en el 93,55% de los pacientes (90,3% afectación de vasos de cuello). En el electrocardiograma se observó 4,8% de fibrilación auricular. En ecocardiograma Doppler se observó FEV promedio de 54,89, hipertrofia ventricular izquierda en el 41,67% y dilatación auricular izquierda en el 58,33%. Prueba ergométrica con capacidad funcional promedio 6,25 METS y en la P6M distancia recorrida promedio 403,32 metros. Laboratorio con valores promedio de Ipa 75,46, LDL 79,34, VSG 26,04, PCR 1,34, glucemia 125,73, HbA1c 6,93, y leptina 20,8. El 84,38% de los pacientes recibía antihipertensivos, 73,8% betabloqueantes, ISGLT-2 38,57%, GLP-1 10%, insulina 35% y estatinas 92,86% (rosuvastatina 44,74%, atorvastatina 52,6%) El 75% recibía altas dosis de atorvastatina y el 60% de rosuvastatina. Del total de los paciente el 89,66% requirió ajuste de medicación por no encontrarse dentro de las metas terapéuticas propuestas por las guías actualizadas.

Conclusiones: Presentamos una descripción detallada de los pacientes que acudieron al consultorio de cardiometabolismo. La mayoría no cumplía con los objetivos terapéuticos propuestos por las guías actualizadas. La intervención de un equipo multidisciplinario es fundamental para el diagnóstico y ejecución precoz de las medidas necesarias para modificar el pronóstico de los pacientes a largo plazo.

0724. ANALISIS DE LA UTILIDAD DE DIFERENTES SCORES DE RIESGO PARA PREDECIR MORTALIDAD EN CIRUGIA CARDIACA EN PACIENTES AÑOSOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Carolina FLAMINI | Juan Ignacio MIEREZ | Lucía Eliana DE LA COSTA | Clefford STACO | Jesica Belén ARANDA | Mauricio Alcides PRIOTTI | Sebastián AGOSTINO | Sebastián GARCIA ZAMORA

Sanatorio Delta Rosario

Introducción: La cirugía cardiaca es la intervención de elección para el tratamiento de múltiples afecciones cardiovasculares. Para intentar predecir el riesgo de muerte o complicaciones de las personas que se someten a cirugía cardiaca se han desarrollado múltiples modelos de predicción. Sin embargo, la capacidad predictiva de los modelos varía de acuerdo a las características de la población en la cual se aplica.

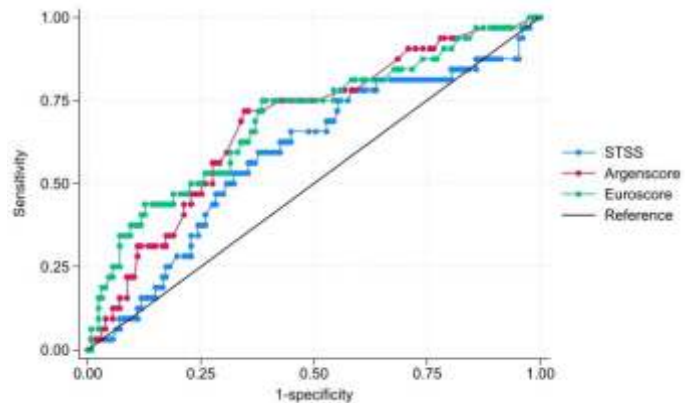
Tabla 1. Características de los participantes del registro

Características	Total (n=160)
Hombres	65,6%
Mujeres	34,4%
Edad Promedio	69.5 ± 6 años
Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	29.2 ± 6.6
Normopeso	19.4%
Sobrepeso	46.3%
Obesidad	34.4%
Hipertensión arterial	80,6%
Diabetes tipo 2	40,0%
Tabaquista	18,1%
Ex tabaquista	40,6%
Dislipemia	57,5%
Hiperuricemia	2,5%
ICC Previa	30,6%
IAM Previa	20%
Cirugía Previa	2,5%
ATC Previa	15%

IAM: Infarto Agudo de Miocardio; ATC: Angioplastia Transcatéter Coronaria; ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue comparar la capacidad del EuroScore II, STS Score y el ArgentScore para predecir mortalidad en pacientes de edad avanzada sometidos a cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, unicéntrico, donde se incluyeron todos los pacientes adultos mayores (edad superior a 60 años) sometidos a cirugía cardíaca, entre febrero de 2019 y enero de 2024. Para comparar la capacidad predictiva de cada uno de los sistemas de puntuación se procedió a confeccionar curvas receiver operating characteristic curve (ROC) para calcular el área bajo la curva (ABC) y los intervalos de confianza (IC) de cada uno de ellos.



Resultados: Se incluyeron 160 pacientes, 65.6% eran hombres; la edad promedio fue de 69.5 ± 6 años. El 80.6% eran hipertensos, 40.0% eran diabéticos, 57.5%, dislipémicos. En la tabla 1 se resumen las características basales de la población. Un 84.5% fueron cirugías programadas, 13.0% cirugías de urgencia y 2.5% cirugías de emergencia. Los procedimientos quirúrgicos realizados correspondieron: 73 (45.62%) a cirugía coronaria, 60 (37.5%) a cirugía valvular, 22 (13.75%) a cirugía combinada coronariovalvular, 4 (2.5%) a cirugía de aorta ascendente y 1 (0.62%) cirugía de cardiopatía congénita. La mediana de sangrado postoperatorio fue 300 ml (rango intercuartiles [RIC] 200 a 400 ml), la mediana de tiempo hasta extubar a los pacientes fue de 3 horas (RIC 2 a 4 horas) y la mediana de días de internación fue de 5 (RIC 4 a 8 días).

Respecto a las complicaciones postoperatorias un 20.6% presentaron fibrilación auricular, un 3.8% infarto agudo de miocardio (IAM) perioperatorio, y un 3.1% accidente isquémico transitorio o accidente cerebrovascular. La mortalidad de causa cardíaca fue 5.6% y causa no cardíaca fue 11.8%. Los pacientes con IAM perioperatorio mostraron una tendencia hacia mayor mortalidad postquirúrgica (14.6% vs 50.0%, p=0.054). Al comparar los puntajes de riesgo se observó que el ABC del EuroScore II fue de 0.69 (IC 95% 0.59–0.80), del ArgenScore fue de 0.68 (IC 95% 0.58–0.78) y del STS score 0.59 (IC 95% 0.48 – 0.70). En la figura 1 se pueden visualizar graficadas las curvas ROC correspondientes a los tres puntajes de riesgo mencionados.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que en una muestra de pacientes añosos intervenidos quirúrgicamente por distintas etiologías los modelos de predicción Euroscore II y ArgentScore fueron superiores al STS score para predecir mortalidad y complicaciones en nuestro centro.

0725. IMPACTO DE LA HIPOALBUMINEMIA EN LA DESCONGESTIÓN Y LA RESPUESTA DIURÉTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Agustina PICCINATO | Ornella ROBINO | Belén CARDONE | Sofía Mayra RIVAS | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Rafael Angel IAMEVO | Mercedes Alejandra PANNO | Nicolás CARUSO

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una de las principales causas de admisión hospitalaria en los servicios de cardiología a lo largo de todo el mundo. Se sabe que gran porcentaje de los pacientes con insuficiencia cardíaca presentan algún grado de hipoalbuminemia, sobre todo aquellos más añosos. Entender si existe relación entre la hipoalbuminemia y el grado de congestión sistémica

al ingreso, su impacto en la descongestión durante la internación y su implicancia en la respuesta diurética, es crucial a fin de optimizar el tratamiento médico y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Objetivos: Valorar si la desnutrición medida por hipoalbuminemia impacta en el grado de congestión al ingreso y descongestión durante la internación de pacientes con ICA. Establecer si existe asociación entre la hipoalbuminemia y la dosis requerida de diuréticos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con diagnóstico de ICA e insuficiencia cardíaca crónica reagudizada. El estado nutricional fue medido según dosaje de albúmina al ingreso, definiendo como hipoalbuminemia a aquellos que presentaron un valor de albúmina < 3,5 g/dl. El grado de congestión fue medido por

dosaje de prohormona N-terminal del péptido natriurético cerebral (NT-proBNP) al ingreso y al alta. Se evaluó el grado de descongestión por porcentaje de descenso entre las dos muestras. Se valoró también dosis de diurético requerida.

Resultados: Se incluyeron un total de 76 pacientes de los cuales el 55% eran de sexo masculino, la media de edad fue 74 años (\pm 13.9) y el 51% presentaba antecedentes de internaciones previas por insuficiencia cardíaca. El resto de las características basales se encuentran detalladas en la tabla 1. Del total de pacientes, 34 (44,7%) presentaron hipoalbuminemia a su ingreso y 42 (55,2%) valores de albúmina superiores a 3.5 g/dL. De aquellos que presentaron hipoalbuminemia, el 64,8% eran de sexo femenino (64,8% vs 28,6% $p=0.0007$). Estos pacientes tuvieron una tendencia no significativa (25,1% vs 10,7% $p=0,09$) a mayor requerimiento de bomba de infusión continua (BIC) de diuréticos endovenosos. En aquellos que no requirieron BIC, no encontramos diferencias en la dosis requerida de furosemida. A su vez, los pacientes con hipoalbuminemia presentaron un mayor grado de congestión sistémica al ingreso medida por NT-proBNP (7973 pg/dl vs 4232 $p=0,036$) y una tendencia no significativa de menor descongestión con el tratamiento, medido por la diferencia porcentual de NT-ProBNP de ingreso y egreso (42.2% vs 28.5% $p=0,07$). Por último, se observó una tendencia no significativa a mayor prevalencia de eventos (mortalidad, requerimiento de inotrópicos/vasopresores) (ver tabla 2).

Conclusiones: Nuestro análisis plantea la posibilidad de que la desnutrición valorada por hipoalbuminemia podría impactar en el grado de congestión y respuesta diurética así como en el pronóstico de los pacientes con ICA. Se necesitan estudios a mayor escala que confirmen o descarten nuestra hipótesis.

Tabla 2. Evolución durante internación según valor de albúmina

	Albuminemia >3.5 g/dL (n=42)	Albuminemia <3.5 g/dL (n=43)	p valor
NT-proBNP al ingreso	4232 (2403-11369)	7973 (3266 -13321)	0.036
Descenso de NT-proBNP (%)	42,2%	28,5%	0.07
BIC ¹ furosemida (%)	10,7%	25,1%	0.09
Inotrópicos/vasopresores (%)	7,4%	13,1%	0.258
VNI/ARM ²	19%	20,5%	0.86
Dosis de furosemida (mg)	40 (40-80)	60 (40-80)	0.462
Mortalidad (%)	11,9%	28,5%	0.242

¹Bomba de infusión continua, ²Ventilación no invasiva/asistencia respiratoria mecánica.

0727. EXPERIENCIA INICIAL CON LA VÁLVULA TRANSCATÉTER BALÓN EXPANDIBLE EN UN ÚNICO CENTRO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Mateo Manuel GIORDANO ZITTO | Joaquín Manuel VIDAUURETA | Luis María GARCÍA | Martín BODOIRA | Juan Pablo DE BRAHI | Ramón Antonio PIAZZA | Mercedes Alejandra PANNO

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: La terapia valvular transcatóter ha revolucionado el tratamiento de la patología estructural cardiovascular. El desarrollo de múltiples dispositivos ofrece al operador la oportunidad de elegir la prótesis más adecuada para cada tipo de paciente. Las válvulas balón expandibles pueden ser utilizadas como tratamiento percutáneo y, en especial, el dispositivo MyVal

Objetivos: comunicar la experiencia inicial en un único centro con el implante de las primeras 24 válvulas balón expandibles MyVal, incluyendo los resultados hemodinámicos y clínicos.

Materiales y Métodos: Registro retrospectivo en el que se incluyeron los primeros 24 pacientes sometidos a reemplazo valvular percutáneo en nuestro centro con la válvula MyVal. El punto final primario fue el éxito del procedimiento, y los puntos finales secundarios incluyeron los criterios del Valve Academic

Tabla 1: Características basales de la población

Edad (años)	76,3 \pm 21
Sexo femenino	4 (25%)
EuroSCORE II	6,36 \pm 2,64%
Diseño NYHA III	14 (58,33%)
Diseño NYHA IV	4 (16,67%)
Enfermedad coronaria	9 (37,5%)
Cirugía cardíaca previa	2 (8,33%)
Diabetes	7 (29,17%)
EPOC	13 (54,17%)
Dilatación renal	8 (33,33%)
Marcapaso previo	1 (4,17)
Fibrilación auricular	7 (29,17%)
Aorta bicuspid	1 (4,17%)
Posición Aórtica Nativa	23 (95,83%)
Posición Aórtica Valve in Valve	1 (4,17%)
Fración de eyección %	57,86 \pm 17
Área valvular aórtica (cm ²)	0,74 \pm 0,34 cm ²
Gradiente máximo aórtico (mmHg)	66,7 \pm 54,3
Edad, Euroscore II, área valvular aórtica y gradiente máximo aórtico expresados como media y desvío estándar. Resto de variables expresadas como número y porcentaje (%).	

Research Consortium-3 (VARC-3), mortalidad de todas las causas, mortalidad cardiovascular, ACV, leak paravalvular moderado o severo y nuevo implante de marcapasos definitivo en su evolución intrahospitalaria.

Resultados: La edad media fue $76,3 \pm 21$ años. El área valvular aórtica media fue de $0,74 \pm 0,34$ cm², con un EuroSCORE II del $6,36\% \pm 2,64\%$. El 95,83% de los implantes se realizaron en posición aórtica nativa, y el 4,17% en válvula aórtica protésica (valve-in-valve). El éxito del procedimiento fue del 100%. El 4,17% requirió implante de marcapasos definitivo post-TAVI. Ningún paciente presentó leak paravalvular moderado o severo, accidente cerebrovascular o mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: La utilización de la prótesis valvular transcáteter balón expandible MyVal ha resultado eficaz, segura y versátil, ya que permitió adaptarse a escenarios muy variados y de alta complejidad técnica. La gran cantidad de tamaños disponibles optimiza la elección del dispositivo, disminuyendo la tasa de complicaciones.

Tabla 2: Puntos finales intrahospitalarios según criterios VARC-3

Mortalidad de todas las causas	0 (0)
Mortalidad de causa cardiovascular	0 (0)
Infarto de Miocardio	0 (0)
ACV	0 (0)
Lesiones vasculares del acceso	0 (0)
Implante de marcapasos definitivo	1 (4,17)
Sangrado mayor	0 (0)
Insuficiencia renal	0 (0)
Endocarditis	0 (0)
Variables expresadas como número y porcentaje (%)	

0732. ANEMIA Y FERROPENIA, ENEMIGOS SUBESTIMADOS DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Valvulopatías

Elena Elizabeth KARPIUK CHUB | Laura Micaela MILAR | Gerania Estefy PINTO SAHONERO | Jhon Erick FLORES SERRANO | José Mario JIMÉNEZ CORREA | Adrián José LESCANO

Centro Gallego De Buenos Aires

Introducción: La prevalencia de anemia en insuficiencia cardíaca y su importancia clínica es considerablemente elevada. Según el registro OFFICE IC AR, la prevalencia de anemia en insuficiencia cardíaca crónica es del 30,5%. La anemia y la ferropenia son factores independientes de mal pronóstico que se asocian a un mayor número de hospitalizaciones y mortalidad cardiovascular. Son marcadores de gravedad en la insuficiencia cardíaca, con impacto en la mortalidad y calidad de vida. En el siguiente trabajo se analiza la prevalencia de anemia y ferropenia y su relación con la insuficiencia cardíaca congestiva, en una cohorte de pacientes hospitalizados.

Objetivos: Determinar y comparar la prevalencia de anemia y ferropenia en una cohorte de pacientes con Insuficiencia cardíaca congestiva con FEVI mayor a 50% y FEVI menor o igual a 49%, en pacientes hospitalizados en la UCO del Centro Gallego de Buenos Aires durante el año 2023.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, donde se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva, ingresados a la UCO del Centro Gallego de Buenos Aires durante el año 2023. Se recolectaron datos de la historia clínica digital, los cuales se analizaron en una base de datos. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca congestiva, con al menos una internación en unidad coronaria. Datos de laboratorio con hemoglobina, ferritina y saturación de transferrina. Ecocardiograma doppler con medición de fracción de eyección. Criterios de exclusión: Pacientes sin diagnóstico de insuficiencia cardíaca, menores de 18 años, estudios complementarios incompletos. Para el análisis los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la FEVI: levemente reducida o reducida (menor o igual a 49%, Grupo 1) y preservada (mayor a 50%, Grupo2). Para el análisis de datos se definió anemia con una hemoglobina <12 g/dL en mujeres y <13 g/dL en hombres. El déficit de hierro se analizó utilizando la ferritina (menor de 100 ng/mL) y una saturación de transferrina <20%.

Resultados: De los 100 pacientes analizados, la media de edad en ambos grupos fue de 77 años, con predominio del sexo masculino en el grupo 1 y femenino en el grupo 2 (tabla 1). La prevalencia de anemia fue de 55% en el grupo 1 vs 64% en el grupo 2. Según el sexo, en el grupo 1 el 55% de las

PACIENTES CON FEY REDUCIDA (GRUPO 1)	
MUJERES (Hb < 12 gr/dl)	11 (55%)
HOMBRES (Hb < 13 gr/dl)	24 (55%)
Prevalencia anemia	35 (55%)
Ferritina < 100 ng/ml	
MUJERES	8 (40%)
HOMBRES	9 (20%)
Prevalencia	17 (27%)
Sat. De transferrina < 20 %	
MUJERES	14 (70%)
HOMBRES	30 (68%)
PREVALENCIA	44 (69%)

PACIENTES CON FEY PRESERVADA (GRUPO 2)	
MUJERES (Hb < 12 gr/dl)	14 (67%)
HOMBRES (Hb < 13 gr/dl)	9 (60%)
Prevalencia anemia	23 (64%)
Ferritina < 100 ng/ml	
MUJERES	8 (38%)
HOMBRES	3 (20%)
Prevalencia	11 (30%)
Sat. De transferrina < 20 %	
MUJERES	16 (76%)
HOMBRES	8 (53%)
PREVALENCIA	24 (67%)

mujeres presentaron anemia y en el grupo 2 un 67% (tabla 2). Los niveles de ferritina analizados por grupos fueron similares. El 27% de los pacientes del grupo 1 presentó valores menores a 100 ng/ml, y un 30% en el grupo 2 (tabla 2). La saturación de transferrina <20% registró una prevalencia de 69% en el grupo 1 vs 67% en el grupo 2. Analizando los subgrupos por género se evidenció mayor predominio en el sexo femenino del grupo 2 (76% del sexo femenino vs 53% del sexo masculino), y con ligera diferencia entre ambos sexos en el grupo 1 (71% femenino vs 68% masculino).

Conclusiones: El paciente con insuficiencia cardíaca es una entidad integrada por diferentes comorbilidades que interactúan entre sí generando gran impacto a nivel pronóstico y de morbimortalidad. En esta pequeña cohorte de pacientes se puede ver la alta prevalencia de anemia y ferropenia en los pacientes que ingresan a hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva. Anemia y déficit de hierro son comorbilidades frecuentes en los pacientes con insuficiencia cardíaca aunque permanecen subdiagnosticados y subtratados, es prioritario recordar su rol y realizar su búsqueda y tratamiento oportuno ya que la evidencia actual respalda su manejo con impacto beneficioso en la morbimortalidad cardiovascular, reingresos hospitalarios y la calidad de vida de los pacientes.

0733. HIPERTENSIÓN PULMONAR: DIFERENCIAS FENOTÍPICAS ENTRE LOS GRUPOS I Y III. ¿SON TAN DIFERENTES?

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Nicolas SILVA CROOME¹ | Nicolas CARUSO² | Guillermina SORASIO² | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO¹ | Paul VARGAS MIELES¹ | Julieta SORICETTI² | Tomas VANEGAS² | Adrián José LESCANO¹
Sanatorio Trinidad de Quilmes¹; Centro Gallego de Buenos Aires²

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) se caracteriza por ser una condición hemodinámica severa, con alta morbimortalidad, independientemente de la etiología.

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar las diferencias clínicas, hemodinámicas y ecocardiográficas entre ambos grupos de HP.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, descriptivo, de pacientes con HP confirmada, definida como una presión pulmonar media > 20 mmHg con Resistencia vascular pulmonar > 2 UW. Los pacientes fueron divididos en 5 grupos de acuerdo a las recomendaciones europeas 2022. Hemos comparado parámetros clínicos, ecocardiográficos y hemodinámicos para establecer las diferencias y similitudes entre los grupos 1 y 3. Las variables continuas se expresan en media ± Desvío estándar y las variables categóricas, en porcentajes. Para analizar las diferencias hemos utilizado el test de T o Chi cuadrado en relación con las variables utilizadas.

Table 1. Características basales, hemodinámicas y ecocardiográficas

	Grupo 1 (n=222)	Grupo 3 (n=93)	P
Edad, años (±DS)	58.4 (±18.7)	71.5 (±7.9)	< 0.001
Sexo femenino (%)	65.5	47.3	< 0.001
Clase funcional NYHA (%)			< 0.001
1	5.2	0	
2	51.3	22.7	
3	33.2	59.1	
4	10.3	18.2	
TC6M, metros (±SD)	352 (±149.4)	241 (±125.4)	< 0.001
Parámetros hemodinámicos, media (±SD)			
PAD (mmHg)	10.1 (±7.1)	9.8 (±10.3)	0.77
PAPm (mmHg)	43.1 (±16.4)	36.1 (±10.1)	< 0.001
RVP (WU)	7.7 (±5.7)	5.5 (±3.2)	0.0012
IC (l/min)	2.74 (±0.75)	2.76 (±0.86)	0.87
IVS (ml/min/m ²)	34.5 (±11.4)	33.4 (±11.6)	0.50
Medidas ecocardiográficas, mediana (±DS)			
Diámetro basal del VD (mm)	44.8 (±6.1)	44.9 (±5.5)	0.92
VRT (m/sec)	3.67 (±0.58)	3.65 (±0.86)	0.85
TAPSE (mm)	18.9 (±4.1)	20.2 (±6.0)	0.02
TAPSE/PSAP	0.31 (±0.13)	0.32 (±0.12)	0.66
Strain longitudinal global	22.9 (±10.2)	19.0 (±13.6)	0.31
Strain de pared libre del VD	-15.9 (±4.8)	-17.6 (±4.3)	0.04
CAF (%)	28.9 (±7.3)	31.7 (±5.3)	0.01
Area de AD (cm ²)	22.7 (±6.1)	22.7 (±6.1)	0.99
Índice de excentricidad	1.17 (±0.23)	1.20 (±0.21)	0.50

DS: Desvío estándar, NYHA: New York Heart Association, TC6M: Test de caminata de 6 minutos. PAD: Presión de aurícula derecha. PAPm: Presión arterial pulmonar media. RVP: Resistencia vascular pulmonar. IC: Índice cardíaco. IVS: Índice de volumen sistólico. VD: Ventrículo derecho, VRT: Velocidad de reflujo tricúspideo TAPSE: Excursión sistólica del plano del Anillo tricúspideo. PSAP: Presión sistólica de arteria pulmonar. CAF: Cambio de área fraccional AD: Aurícula derecha.

Resultados: Se incluyeron un total de 381 pacientes con HP. 222 se clasificaron en el grupo 1 y 93 en el grupo 3. Los pacientes del grupo 3 presentaron mayor edad (71.5 vs 58.4 años), con menor prevalencia del sexo femenino (47.3 vs 65.5 OR para sexo femenino 2.79). También presentaron mayor prevalencia de clase funcional NYHA avanzada (III/IV) (77.3 vs 43.5%) y menor distancia recorrida en el test de caminata de 6 minutos (241 vs 325 m). También se ha observado diferencias en los parámetros hemodinámicos como un valor menor de presión media de arteria pulmonar (43.1 vs 36.1 mmHg) y resistencias vasculares pulmonares (7.7 vs 5.5 UW) en pacientes del grupo 3. No observamos diferencias en la presión de aurícula derecha, índice cardíaco o índice de volumen sistólico. Finalmente, hemos observado que los pacientes del grupo 3 presentaban mayor TAPSE (18.9 vs 20.2 mm), strain de pared libre del VD (-15.9 vs -17.6) y fracción de acortamiento (31.7 vs 28.9%). En contraste, el diámetro basal del VD, VRT, índice TAPSE/PSAP, el strain longitudinal global, el área de AD y el índice de excentricidad fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: Este análisis sugiere que existen diferencias clínicas, hemodinámicas y ecocardiográficas entre ambos grupos. Aunque los pacientes del grupo 3 presentan mejor perfil hemodinámico y menor disfunción del VD, se observó edad más avanzada y mayor limitación funcional. Deberá evaluarse en futuros estudios si existen diferencias en la evolución frente a la terapéutica específica.

0736. PAUTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Cardiopatía Isquémica

Marisa Malvina ACOSTA¹ | Miguel Angel FREIS¹ | Ricardo Mario IGLESIAS¹ | Jorge Daniel FIGUEROA² | Martin Amilcar PUGA² | Luis QUINTANA² | Eugenia RUIZ² | Liza Maria Marcela WENETZ³

Hospital de Alta Complejidad Juan Domingo Perón - Formosa¹; Hospital Central de Formosa, Ministerio De Desarrollo Humano De Formosa.²; Hief-hospital Interdistrital Evita Formosa³

Introducción: Las estrategias de reperfusión temprana mostraron un descenso en la mortalidad del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (IAMCEST). Con el propósito de estandarizar y homogeneizar la atención al paciente con infarto se crearon redes asistenciales, que trabajan de forma sinérgica y eficiente. Se conocen con el nombre de “Código Infarto” que evidenciaron un importante beneficio, sin embargo, son de difícil implementación debido a múltiples barreras

Objetivos: Describir y transmitir nuestra experiencia acerca de las dificultades que enfrentamos y las soluciones que adoptamos al implementar un programa asistencial integral, multidisciplinario y común para el paciente con IAMCEST

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo y descripción prospectiva del desarrollo de la implementación de un código de infarto en una provincia argentina

Resultados: En el año 2022 se inició un análisis de las internaciones por IAMCEST en la Provincia de Formosa (habitantes 607.419) y los resultados fueron desalentadores, los tiempos de reperfusión eran de 13 hs. \pm 7. Por tal motivo especialistas (profesionales de la salud, directores de instituciones y entes gubernamentales), analizaron los problemas, limitaciones y la búsqueda de soluciones para desarrollar un programa. Inconvenientes que se detectaron: - áreas poco y muy densamente habitadas, - largas distancias de traslado, - ambulancias con déficit en equipamiento y personal sin experiencia en traslado, - realidades culturales diferentes, con escasa información de síntomas y donde llamar/acudir, - Único centro de hemodinámica, - pocos cardiólogos, - inexistencia de contacto telefónico, - servicios de salud no coordinados, - hospitales con fallas en la comunicación interna. Se generaron reuniones periódicas para delinear el protocolo, las soluciones y llevarlo a la práctica. Las soluciones implementadas fueron: -Información a la comunidad, por medios audiovisuales, de pautas ante un dolor de pecho y las posibilidades de contacto con personal de salud. -Proveer a las ambulancias de electrocardiógrafos (ECG), desfibriladores y personal de enfermería entrenado para todas las complicaciones -Entrenamiento de personal de salud en el reconocimiento del dolor precordial y la realización de ECG -Proveer drogas trombolíticas a los hospitales -Armado de una sala de shock en cada hospital de cabecera - Entrega a los hospitales de un teléfono celular -Entrenamiento al personal administrativo para el rápido ingreso -Coordinación del centro de ambulancias con el personal de atención primaria del evento -Creación de un centro receptor unificado de las consultas y lectura del ECG. - El Ministerio de Desarrollo Humano Provincial, coordinó todo el accionar con una Resolución brindando un marco legal. El diseño se basa en: - Identificar dolor de pecho y realización de ECG. - Transferir caso clínico y ECG al centro receptor unificado. - De confirmar IAMCEST se activa el código - Distancia a sala de hemodinamia > 120 minutos se indica tratamiento fibrinolítico y posterior traslado a centro de mayor complejidad. Cuando el tiempo es < 120 minutos se traslada para angioplastia. .

Conclusiones: Implementar el código de infarto en una provincia requiere un importante esfuerzo del sistema de salud. En nuestra experiencia implicó la capacitación masiva del personal de más de 38 hospitales y 42 centros de salud, incluyendo a médicos, enfermeros, sistema de ambulancia para emergencias y personal administrativo, para la detección y atención inmediata, así como la logística y seguridad del traslado para que el paciente llegue lo más pronto al tratamiento de reperfusión

0738. UTILIDAD DE LA VALVULOPLASTIA AÓRTICA COMO PUENTE A TRATAMIENTO DEFINITIVO O TERAPIA FINAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Valvulopatías / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Yanela BERTELLO | Juan Ignacio MIEREZ | Florencia GARDINO | Jesica Belén ARANDA | Sebastián AGOSTINO | Mauricio Alcides PRIOTTI | Ruben A. PIRAINO | Sebastián GARCIA ZAMORA

Sanatorio Delta

Introducción: La estenosis aórtica degenerativa (EAO) es la valvulopatía más prevalente en la actualidad; si bien el reemplazo valvular quirúrgico constituye el tratamiento de elección para los casos severos sintomáticos, el reemplazo percutáneo se ha convertido en una opción para pacientes de muy alto riesgo. En nuestro país, un número importante de pacientes con EAO severa sintomática no acceden a ningún tratamiento, por diversos motivos.

Objetivos: El objetivo de nuestro registro fue valorar la utilidad de la valvuloplastia aórtica percutánea como tratamiento en pacientes con EAO severa sintomática que presentan dificultades en el acceso a reemplazo percutáneo.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo de pacientes sometidos a valvuloplastia aórtica percutánea, entre Diciembre de 2021 y Febrero de 2024. Se consideró exitoso el procedimiento cuando los gradientes medidos en hemodinamia disminuyeron al menos un 50% luego de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con una mediana de edad de 78,0 años (rango intercuartiles [RIC] 71-83 años); el 50,0% eran mujeres. El 85,7% tenían historia de insuficiencia cardíaca (IC), y 74,1% habían tenido al menos una hospitalización previa por esta causa (RIC 1-3). La Tabla 1 resume las características basales de los participantes. El 92,9% de las valvuloplastias fueron consideradas exitosas. Un 18,0% (n=9) de los participantes presentaron alguna complicación vinculada al procedimiento, a saber: hematoma del sitio de punción (2,0%), fibrilación auricular "de novo" autolimitada (8,2%), bloqueo aurículo-ventricular completo autolimitado (6,0%), taquicardia ventricular sostenida que requirió cardioversión eléctrica (2,0%) y taponamiento (2,0%). Ningún paciente falleció, y fueron externados con una mediana de estancia hospitalaria de 2,5 días (RIC 1-9,5 días). Los motivos para la realización de valvuloplastia fueron: 26,0% previo a cirugía de reemplazo valvular, 28,0% previo a reemplazo percutáneo, y 46,0% como tratamiento definitivo. El 50,0% de los participantes se encontraban en clase funcional 3-4 de la NYHA previo a la valvuloplastia; 15 días luego del procedimiento el 12,5% persistía en dicha clase funcional ($p < 0,001$). Al cabo de 6 meses, 22,0% de los pacientes habían fallecido; la Tabla 2 resume las características y causas de defunción de los participantes. En el seguimiento alejado, 20,0% de los participantes requirieron reinternación por IC, con un tiempo promedio hasta la reinternación de 2 meses (RIC 1-3). Todos estos pacientes poseían historia de reinternaciones por IC (mediana 2, RIC 1-4). Tres pacientes requirieron nuevas valvuloplastias en el seguimiento, sin complicaciones.

Conclusiones: La valvuloplastia aórtica es una intervención con baja tasa de complicaciones, al tiempo que parece reducir las reinternaciones por IC, y mejorar la sintomatología de los pacientes.

Tabla 1: características basales de los participantes incluidos en el registro.

	Mujeres (n=25)	Hombres (n=25)	"p"
Edad (años)	76,9 ± 6,3	77,2 ± 10,3	0,909
Hipertensión arterial	93,3%	92,3%	0,722
Diabetes tipo 2	20,0%	38,5%	0,410
Tabaquista	6,7%	0,0%	0,014
Ex tabaquista	13,3%	63,6%	
Clase funcional	3 (RIC 2-3)	3 (RIC 2-3)	1,000
Fracción de eyección por ecocardiograma (%)	56,2 ± 14,6	43,4 ± 19,7	0,060
Área valvular aórtica*	0,84 ± 0,15	0,72 ± 0,13	0,145
Gradiente pico (mmHg)	85,9 ± 21,7	66,4 ± 19,5	0,027
Gradiente medio (mmHg)	51,5 ± 14,9	40,8 ± 13,3	0,064
Velocidad aórtica (m/seg)	4,43 ± 0,8	4,03 ± 0,6	0,167
PSAP (mmHg)	39,8 ± 16,7	44,9 ± 18,9	0,480
TAPSE	21,4 ± 3,6	19,6 ± 5,9	0,403
Insuficiencia aórtica			
- No	33,3%	38,5%	0,879
- Leve	53,3%	53,9%	
- Leve a moderada	13,4%	7,7%	
Enfermedad coronaria	33,3%	38,5%	0,778
Fibrilación auricular	13,3%	30,7%	0,262

* Calculada mediante ecuación de continuidad

PSAP= Presión sistólica en la arteria pulmonar; TAPSE= excursión sistólica del anillo tricúspide

Tabla 2: características de los pacientes fallecidos, y causa de defunción.

Paciente	Edad (años)	Causa óbito	Meses*	Desceso gradientes	FEy	N° int. previas
1	83	Sepsis	4,5	90%	70%	1
2	68	ICC/Shock	0,5	60%	27%	5
3	68	Íleo	1	55%	26%	3
4	75	Desconocido	3	50%	25%	3
5	78	Sepsis	4	71%	68%	1
6	81	Sepsis	2	28,0%	68%	1
7	86	I. Renal	7	61,9%	85%	1
8	78	Sepsis	6	70%	35%	1
9	76	Sepsis	0,5	75,0%	30%	1
10	87	ICC/Shock	1	75,0%	68%	4
11	71	HIPE	6	66,7%	60%	0

* meses desde la valvuloplastia hasta el óbito

FEy= fracción de eyección del ventrículo izquierdo; N° int. Previas= número de internaciones previo a la valvuloplastia; ICC/Shock= insuficiencia cardíaca y/o shock cardiogénico; I. Renal= insuficiencia renal.

0741. NUESTRA EXPERIENCIA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ARGENTINA "QUE 10 AÑOS NO ES NADA". MÁS ALLÁ DE LA EVIDENCIA

Enfermedad Vasculat Pulmonar / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO¹ | Nicolás SILVA CROOME¹ | Nicolás CARUSO² | Guillermina SORASIO² | Julieta SORICETTI¹ | Paul VARGAS MIELES¹ | Tomas VANEGAS² | Adrián José LESCANO¹

Sanatorio Trinidad de Quilmes¹; Centro Gallego de Buenos Aires²

Introducción: En la actualidad existe escasa información epidemiológica en Latinoamérica sobre la hipertensión pulmonar (HP). Los datos más relevantes se originan en Europa y en Estados Unidos.

Objetivos: Nuestro objetivo es presentar un análisis de la experiencia obtenida por nuestro grupo médico multidisciplinario y evaluar las características clínicas y las variables de riesgo en nuestros pacientes (p) con diagnóstico de HP.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo que incluyó p con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo derecho (CCD) según guías ESC 2022 entre enero de 2012 y enero de 2024. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, de estudios complementarios (CCD, ecocardiograma Doppler, test de caminata de 6 minutos (TC6M), laboratorio) y terapéutica implementada. La estratificación de riesgo fue realizada según las guías ESC 2022. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%), las cuantitativas en media o mediana con desvío estándar (DS) o rango intercuartil (RI) según distribución.

Resultados: Se incluyeron 381 p con una edad media de 61 años (DS ± 17) y sexo femenino de 65.35%. En cuanto a los grupos se observó: grupo I: 58.89%, grupo II: 8.49%, grupo III: 24.67%, grupo IV 6.1% y grupo V: 1.86%. 50.92% presentó clase funcional avanzada (III/IV). 59% mostró insuficiencia cardíaca, 13.68% síncope y 11.11% angor. En el TC6m solo el 25% recorrió una distancia mayor a 440 metros. En el CCD 11% presentó índice cardíaco (IC) menor de 2 l/min*m2 y 25% IC entre 2 y 2.5 l/min*m2. 50.3% tuvo resistencia vascular pulmonar > 5 UW. 71.17% mostró dilatación del ventrículo derecho y 69.28%, deterioro de la función sistólica. La mediana de NT-proBNP fue 750 pg/ml. 16% tuvieron un valor mayor de 1100 pg/ml. 54.33% se clasificaron como de riesgo intermedio y 21.78%, con alto riesgo.

Table 2. Mediciones hemodinámicas y ecocardiográficas

Variables hemodinámicas	
PAD (mmHg)	10,09 (SD ± 7,91)
PAPs (mmHg)	64,4 (SD ± 22,82)
PAPd (mmHg)	29,16 (SD ± 12,05)
PAPm (mmHg)	41,51 (SD ± 15,49)
RVP (UW)	7,2 (SD ± 5,32)
Compliance (ml/mmHg)	2,36 (SD ± 1,6)
Wedge (mmHg)	11,99 (SD ± 4,38)
IC (l/min*m ²)	2,75 (SD ± 0,77)
iVS (ml/m ²)	34,26 (SD ± 11,45)
AP SAT (%)	72,8 (SD ± 7,67)
Variables ecocardiográficas	
Área de AD (cm ²)	22,7 (SD ± 7,67)
TAPSE (mm)	19,33 (SD ± 7,67)
PL strain (%)	-16,29 (SD ± 7,67)
CAF (%)	29,63 (SD ± 7,67)
IE	1,18 (SD ± 7,67)
TAPSE/sPAP (mm/mmHg)	0,314 (SD ± 7,67)

PAD: Presión de aurícula derecha. PAPS: Presión sistólica de arteria pulmonar. PAPd: Presión diastólica de arteria pulmonar. PAPm: Presión media de arteria pulmonar. PVR: Resistencia vascular pulmonar CI: índice cardíaco. IVS: índice de volumen sistólico. AP Sat: Saturación de arteria pulmonar. AD: Aurícula derecha TAPSE: Excursión sistólica del plano tricuspídeo. PL: pared libre. CAF: Cambio de área fraccional. IE: índice de excentricidad.

Tabla 1

n=281	
Edad, años (SD)	61 (SD ± 17)
Sexo femenino (%)	65,35
Grupo (%)	
I	58,89
II	8,49
III	24,67
IV	6,1
V	1,86
Patología asociada (%)	
Idiopático	54
Enfermedad del tejido conectivo	28
Cardiopatía congénita	13
Hipertensión portopulmonar	4
HIV	3
Asociado a drogas	1
Grupo III	
Enfermedad pulmonar intersticial	66
Síndrome combinado	28
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3
Clase funcional WHO (%)	
I	3,88
II	44,32
III	39,61
IV	12,19
Test de caminata de 6 minutos	
Distancia (m)	256 (328±151,68)
Estratificación de riesgo (%)	
Bajo	23,88
Intermedio	54,33
Alto	21,78
Tratamiento inicial (%)	
Monoterapia	35,17
Terapia dual	40,94
Terapia triple	23,88

Conclusiones: Nuestra población con HP se caracteriza por ser un grupo heterogéneo con predominancia de los grupos I y II, marcada disfunción ventricular derecha y más de un 20% en alto riesgo. Aunque contar con más de una década de experiencia nos brinda una comprensión más profunda de la enfermedad, aún debemos esforzarnos por abordar la HP de forma más precoz y efectiva.

0742. PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO QUE PRESENTAN UN ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL BAJO Y PREVALENCIA DE PREDICTORES DE EVOLUCIÓN DESFAVORABLE EN QUIENES SE INDICÓ UNA TERAPIA DE REPERFUSIÓN. RESULTADOS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO

Enfermedad Vascular Pulmonar

José BONORINO | Jorge BILBAO | Nicolás Arturo TORRES | Mateo IWANOWSKI | Ignacio Carlos MELEM | Renzo Eduardo MELCHIORI | Horacio Enrique FERNANDEZ | Sergio Juan BARATTA

Hospital Austral

Introducción: En el tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), la decisión de reperfusión, es tomada frecuentemente por un equipo multidisciplinario (PERT) basado en la presencia de diversos predictores de evolución desfavorable. El acoplamiento entre el ventrículo derecho (VD) y la arteria pulmonar (AP) puede valorarse utilizando un índice que considera la relación entre la excursión del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE) y la presión sistólica en la arteria pulmonar (PSAP). Un índice TAPSE/PSAP < 0.295mm/mmHg (ACOPLAMIENTO-BAJO), podría asociarse con una evolución desfavorable, aunque la información es limitada.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	REPERFUNDIDOS (n=25)	NO-REPERFUNDIDOS (n=6)	Valor de p
Edad (años)	65.2	76.3	0.005
Género Femenino	11 (44%)	5 (83.3%)	NS
Hipertensión Arterial	16 (64%)	7 (77.7%)	NS
Diabetes	4 (16%)	2 (33.3%)	NS
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2 (8%)	0 (0%)	NS
Tabaquismo	11 (44%)	4 (66.6%)	NS
Dilopenia	9 (32%)	6 (66.6%)	NS
Cáncer	5 (20%)	4 (66.6%)	NS
PREDICTORES DE PRONÓSTICO ADVERSO			
Troponina T > 24ng/ml	24 (96%)	6 (88.8%)	NS
Dilatación del Ventrículo Derecho	25 (100%)	7 (77.7%)	0.015
Puntaje FAGT >= 2 puntos	22 (88%)	4 (44%)	0.017
Puntaje de Bos >= 4 puntos	25 (100%)	7 (78%)	NS
Índice de shock > 1	9 (36%)	1 (15%)	NS
Riesgo Intermedio-Alto (Sociedad Europea de Cardiología-2019)	25 (100%)	7 (78%)	NS
Puntaje PEGI-ECHO > 128 puntos	25 (100%)	9 (100%)	NS
EVENTOS ADVERSOS INTRAHOSPITALARIOS			
Asistencia Respiratoria Mecánica	14 (56%)	1 (11.1%)	0.02
Drogas Inconstricidas	16 (64%)	2 (22.2%)	0.03
Muerte Intra-hospitalaria	6 (24%)	2 (22.2%)	NS

Objetivos: Analizar en pacientes con TEP que presentan un ACOPLAMIENTO-BAJO, su asociación con mortalidad intrahospitalaria (MIH) y eventos adversos durante la internación (EvADV) tales como necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y uso de drogas inoconstrictoras; evaluar la prevalencia de diversos predictores de pronóstico adverso en quienes el PERT haya decidido indicar una terapia de reperfusión; y conocer la evolución intrahospitalaria hayan o no sido reperfundidos.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes con TEP entre el 2008 y 2023. La indicación y estrategia de reperfusión fue tomada en cada caso por el PERT. Se excluyeron los pacientes con un Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar (PESI) ≤ 86 puntos o con limitación del esfuerzo terapéutico. Asimismo, se evaluó la prevalencia de diversos predictores de evolución desfavorable en ambas poblaciones (reperfundidos vs. no-reperfundidos), entre los que se consideraron: dilatación del VD (cociente entre diámetro del VD/ventrículo izquierdo > 0.9); puntaje de Bova ≥ 4 puntos; puntaje FAST ≥ 3 puntos; puntaje PESI-ECHO > 128 puntos (PESI-ECHO = puntaje PESI + PSAP - TAPSE); TEP de riesgo Intermedio-alto o Alto según la Sociedad Europea de Cardiología 2019 y el índice de shock > 1 (índice de shock = frecuencia cardíaca/presión arterial sistólica).

Resultados: Sobre 456 pacientes con TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 385 pacientes con datos completos; edad promedio 68 años (femenino 47%). Un total de 34 pacientes presentaron un ACOPLAMIENTO-BAJO y fueron incluidos en el análisis. El subgrupo de pacientes en quienes el PERT decidió una reperfusión (n:25) respecto de aquellos sin reperfusión (n:9) fueron más jóvenes (65.2 vs. 78.3 años; $p=0.005$), tuvieron una mayor prevalencia de predictores de pronóstico adverso: dilatación del VD (100% vs. 77.7%; $p=0.015$), puntaje FAST ≥ 3 puntos (88% vs. 44%; $p=0.017$), mayor requerimiento de ARM (56% vs. 11.1%; $p=0.020$) y mayor uso de inoconstrictores (64% vs. 22.2%; $p=0.031$). La MIH de los pacientes con TEP y ACOPLAMIENTO-BAJO fue alta, sin diferencias estadísticamente significativas entre reperfundidos y no-reperfundidos (24% vs. 22.2%; $p=NS$) Tabla I.

Conclusiones: En pacientes con TEP que presentaron un ACOPLAMIENTO-BAJO, más de un quinto fallecieron durante la internación independientemente de la indicación de reperfusión. Los pacientes en quienes el PERT decidió indicar una terapia de reperfusión resultaron ser más graves, con mayor prevalencia de dilatación del VD, con puntajes FAST ≥ 3 puntos y más EvADV tales como necesidad de ARM o uso de drogas inoconstrictoras aunque no se observaron diferencias en las tasas de MIH hayan o no sido reperfundidos.

0744. ACETAZOLAMIDA: ¿UN NUEVO ALIADO DE LOS DIURETICOS DE ASA EN INSUFICIENCIA CARDIACA?

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Paulina BRAIDOTTI | Paula PINTOS | Carolina FLAMINI | Aldana Nicole CUBA | Jesica Belén ARANDA | Mauricio Alcides PRIOTTI | Sebastián AGOSTINO | Sebastián GARCIA ZAMORA

Sanatorio Delta Rosario

Introducción: Los signos clínicos residuales de congestión en pacientes con recientes internaciones por insuficiencia cardíaca (IC) son fuertes predictores de mal pronóstico. Los diuréticos son un arma fundamental en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA), y son los diuréticos de ASA los primeros recomendados por las guías, debido a su eficacia para mejorar los síntomas. Se ha demostrado que la adición de acetazolamida a este tratamiento intravenoso (i.v) estándar mejora la incidencia de descongestión exitosa en pacientes con ICA descompensada.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es evaluar la seguridad del empleo de acetazolamida vía oral como diurético en pacientes hospitalizados por ICA.

Materiales y Métodos: Entre noviembre de 2022 y enero de 2024 se incluyeron en forma prospectiva pacientes adultos hospitalizados por ICA tratados con acetazolamida 250 mg vía oral durante 48 horas. Se excluyeron aquellos que poseían un clearance de creatinina menor a 20 ml/kg/minuto, o presentaban una presión arterial sistólica menor a 90 mmHg al ingreso. El presente constituye un sub-estudio del registro AZ-Santa Fe, el cual fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación de la FAC.

Tabla 1: características basales clínicas y de laboratorio de los participantes del registro

Características	Total (n=80)
Hipertensión arterial	85,0%
Diabetes tipo 2	21,3%
Dislipemia	38,8%
Tabaquistas	23,8%
Ex tabaquistas	27,5%
Índice de masa corporal (kg/m ²)	29,6 ±4,5
Fibrilación auricular	37,5%
ACV o AIT	10,0%
Neoplasias	18,8%
EPOC	18,8%
SAHOS	10,0%
Insuficiencia renal crónica	16,3%
Anemia	16,3%
Marcapasos	10,0%
CDI	2,5%
Angioplastia coronaria	15,0%
Cirugía de revascularización miocárdica o combinada	5,0%
Reemplazo valvular quirúrgico o percutáneo	3,8%
Hemoglobina al ingreso (g/dl)	12 (10,7 - 13,5)
Leucocitos al ingreso (RIC)	8195 (6220 - 9250)
Glucemia al ingreso (RIC)	102 (86 - 121)
Urea al ingreso (RIC)	0,62 (0,42 - 1,0)
Creatinina al ingreso (RIC)	1,07 (0,76 - 1,61)
Kalemia al ingreso (RIC)	3,6 (3,3 - 4,0)
Natremia al ingreso (RIC)	137 (132 - 141,5)

ACV= accidente cerebrovascular; AIT= accidente isquémico transitorio; EPOC= Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SAHOS= síndrome de apnea hipopnea del sueño.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes con un promedio de edad de 76,1 ± 8,8 años; el 42,9% eran mujeres. El 35,5% de los participantes tenían una fracción de eyección (FEy) menor a 40% (reducida), 16,1% una FEy entre 40% y 52% (rango intermedio) y 48,9% una FEy mayor a 52%. La Tabla 1 resume las características basales de los participantes. El 52,5% de los participantes tenían diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca, y 38,8% habían estado hospitalizados por esta causa durante el año previo. La mediana de internaciones previas fue de 2 (rango intercuartiles [RIC]) 1-3). El 47,5% recibían furosemida, un 22,5% antialdosterónicos, y 5,0% tiazidas; un 19,0% de los participantes con diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca crónica no utilizaban ningún diurético. Al ingreso el 81,3% presentaban edemas en miembros inferiores, 46,3% derrame pleural y 10,0% ascitis; el 81,3% se encontraban en clase funcional III-IV. La dosis diaria promedio de furosemida i.v fue de 220 mg (RIC 120-240 mg); el 7,5% recibió drogas inotrópicas. La mediana de diuresis de 24 horas fue 2800 (RIC 2150-3700). El 13,8% de los pacientes presentó algún evento adverso durante la internación, siendo la mayoría leves y reversibles (Tabla 2). Un único paciente falleció debido al desarrollo de shock séptico. La mediana de estancia hospitalaria fue de 6 días (RIC 4-9) y el 78,8% de los participantes refirió estar en clase funcional I-II al momento de ser externado.

Tabla 2: eventos adversos durante la hospitalización en pacientes que recibieron Acetazolamida VO

Eventos	Frecuencia (*n*)
Presión arterial <85 mmHg	1.3% (1)
Kalemia <3.0 mEq/L	5,0% (4)
Duplicación de creatinina basal	5,0% (4)
Duplicación de creatinina y kalemia <3.0 mEq/L	1.3% (1)
Muerte intrahospitalaria	1.3% (1)

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la adición de la acetazolamida vía oral al tratamiento con diuréticos de ASA i.v, no pareciera tener reacciones adversas significativas, y aquellas presentes no son irrevocables, lo cual es aceptable teniendo en cuenta que nuestros pacientes presentan un alto grado de congestión, edad avanzada y múltiples comorbilidades.

0745. IMPACTO TEMPRANO DE LA OBESIDAD SOBRE OTROS FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES. UN LLAMADO DE ATENCIÓN EN PREVENCIÓN PRIMORDIAL

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud / Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del adulto

Pablo CUTINE | María Florencia PEREZ | Agustín LAROCCA | Ignacio GONDOLESI | María Isabel RODRIGUEZ ACUÑA | Florencia AGUILO | Laura BRANDANI | Gustavo GIUNTA

Fundación Favalaro

Introducción: La pandemia de la obesidad es un motivo de preocupación mundial. Este flagelo se asocia a factores de riesgo de diversas patologías, entre ellas, cardiovasculares y oncológicas. Diversos estudios muestran cifras alarmantes de obesidad en niñez y adolescencia. Por este motivo, es prioritario conocer su prevalencia y su vínculo con otros factores de riesgo en edades tempranas.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de obesidad en adolescentes y determinar su asociación con otros factores de riesgo.

Materiales y Métodos: En un diseño observacional transversal con seguimiento prospectivo se evaluaron participantes de un programa de prevención cardiovascular. Se incluyeron participantes entre 16 y 17 años, que concurrieron a realizar una evaluación cardiovascular entre enero de 2017 y diciembre de 2023. Los datos antropométricos, clínicos y de laboratorio fueron tomados de los registros médicos. Se evaluó el índice de masa corporal (IMC) y se determinó la presencia de obesidad con valores ≥ 30 (IMC-AI). Se realizó un análisis comparativo entre los pacientes con IMC ≥ 30 y aquellos por debajo de ese valor (IMC-Ba). Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y recorrido intercuartil (RIC) de acuerdo a su distribución. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba de T de Student, Wilcoxon o χ^2 cuadrado según fuera apropiado. Se admitió un valor de $p < 0.05$ como nivel de significancia estadística.

Resultados: En total, 380 participantes del registro tenían entre 16 y 17 años al momento de la inclusión (edad promedio 16.6 ± 0.4 años; 51.8% de sexo femenino), se encontraron 41 (10.8%) con IMC > 30 . No hubo diferencia en la proporción de mujeres entre ambos grupos (IMC-AI 43.1% vs. IMC-Ba 52.8%; $p = ns$) o en el tabaquismo (IMC-AI 7.3% vs. IMC-Ba 6.8%; $p = ns$). El IMC promedio del grupo IMC-AI fue 33.7 ± 3.1, mientras que para el grupo IMC-Ba fue 22.7 ± 3.1 ($p < 0.00001$). Esto también se reflejó en mayor diámetro abdominal (IMC-AI 97.3 ± 11.1 vs. IMC-AI 76.2 ± 8.3; $p < 0.00001$). Con respecto a la presión arterial, se observó que IMC-Ba mostró valores más elevados tanto de la presión arterial sistólica (IMC-AI 118.6 ± 9.9 vs. IMC-Ba 108.9 ± 10.3; $p < 0.00001$), como diastólica (IMC-AI 68.6 ± 7.7 vs. IMC-Ba 76.5 ± 7.3; $p < 0.00001$). Se observó además un incremento en los valores de colesterol (IMC-AI 168.5 ± 26.1 mg/dL vs. IMC-Ba 156.6 ± 30.1 mg/dL; $p < 0.05$), triglicéridos (IMC-AI 99.5 RIC 82-155.2 mg/dL vs. IMC-Ba 71.5 RIC 54-96 mg/dL; $p < 0.00001$) y una reducción del HDLc (IMC-AI 43.3 ± 8 mg/dL vs. IMC-Ba 52.1 ± 9.5 mg/dL; $p < 0.01$).

Conclusiones: En esta población de adolescentes la presencia de obesidad se asoció a mayores niveles de presión arterial y factores de riesgo lipídico. Nuestros datos alertan sobre el impacto temprano que el sobrepeso y la obesidad pueden causar en los jóvenes. Estrategias apropiadas para este grupo de edad deberían implementarse y así evitar las consecuencias cardiovasculares de esta compleja patología.

0746. DIFERENCIAS EN PACIENTES TRASLADADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN FIN DE SEMANA VERSUS DÍAS DE SEMANA: COMO ACTÚA EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Mercedes QUIROGA | Federico Ivan WECKESSER | Alejandro KIM | Carolina GALVEZ GIL | Vielka YURKO | Miguel Federico ALBORNOZ | Rodrigo Ignacio BLANCO | Gigena GERARDO

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Los pacientes con diagnóstico de Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) deben ser reperfundidos de manera urgente, ya sea por angioplastia primaria como el uso de fibrinolíticos en caso de no poder acudir a centro con hemodinamia dentro de los 120 minutos de realizado el diagnóstico. Los pacientes que acudan a centro que no cuenten con servicio de hemodinamia, deben ser trasladados de manera inmediata para tratamiento.

Objetivos: Analizar diferencias clínicas, angiográficas y tiempos al tratamiento endovascular de urgencia en ptes con diagnóstico SCACEST derivados de centros sin hemodinamia disponible por red salud en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires según se trate de día de la semana o fin de semana.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos en forma prospectiva y consecutiva ptes que ingresaron a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de SCACEST para realizarse una angioplastia coronaria (AC) de urgencia entre 2014 y 2023, derivados de centros que no cuentan con hemodinamia disponible. Se definieron 2 grupos según cuando fueron trasladados: G1 (traslado en día de fin de semana); G2 (traslado en día de semana). En cada grupo se compararon variables clínicas, angiográficas y las medianas de tiempo a la AC de urgencia (expresadas en minutos) con cuartiles 25%-75%: demora consulta (desde el inicio del síntoma hasta la consulta médica); demora diagnóstica (desde la consulta hasta el llamado al intervencionista de guardia); demora de traslado (desde el llamado al cardiólogo intervencionista hasta llegada a centro de hemodinamia); demora hemodinamia-balón (desde llegada a servicio de hemodinamia hasta reperusión con balón) y demora balón (desde la consulta a la reperusión con balón). Se utilizaron las pruebas de Chi2 para los datos cualitativos, test de T o Kruskal-Wallis en los cuantitativos acorde a la distribución. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 1486 ptes, de los cuales 860 fueron derivados desde otro hospital de la Ciudad de Buenos Aires, mediante red SAME. Se evidencio una mayor cantidad de infartos durante la semana (G2 605 ptes), que durante el fin de semana (G1 255 ptes). La distribución de los factores de riesgo fue similar en ambos grupos al igual que la edad. Hubo más prevalencia de hombres en ambos grupos. Con respecto a la activación del sistema de salud, no hubo diferencia en cuanto a las demoras en diagnóstico, traslado ni tratamiento desde inicio de síntomas y desde primer contacto médico hasta reperusión entre los grupos. Sin embargo, la demora dolor consulta, fue significativamente mayor en los pacientes que acudieron el fin de semana que durante la semana (G1 130 minutos (60-265) vs. G2 90 minutos (45-180), $p < 0,001$).

Conclusiones: El sistema de salud para pacientes trasladados por SCACEST desde centros sin hemodinamia a centro con posibilidad de realizar AC, responde de igual manera los fines de semanas comparados a los días de la semana. El mayor tiempo total de isquemia en estos pacientes, se da por el retraso de la consulta desde inicio de dolor y no por las demoras hospitalarias.

N°Trasladados	860				p
	FIN DE SEMANA		SEMANA		
N°	255	29,60%	605	70,30%	0,01
Edad	59	11 DS	60	11 DS	0,2
Hombres	205	80,40%	492	81,30%	0,7
HTA	147	57,60%	337	55,70%	0,6
DLP	80	31,37%	179	29,60%	0,6
TBQ	119	46,67%	283	46,78%	0,97
DBT	41	16%	105	17,36%	0,64
SDT	163	63,92%	375	61,98%	0,6
Drogas	13	5,10%	33	5,45%	0,51
Demoras					
Dolor-consulta	130	106-210	138	105-197	<0,001
Consulta-llamado	55	27-110	59	30-116	0,5
Llamada-llegada	60	45-77	59	45-77	0,8
Llegada-balón	30	23-45	32	25-41	0,25
Dolor-balón	258	179-355	240	160-370	0,8
Consulta-balón	137	106-210	138	105-197	0,8
Realizo ATC	168	65,80%	404	66,70%	0,79
ATC Exitosa	158	94,60%	369	91,79%	0,24
Sin Lesiones	28	32,18%	51	25,37%	0,23
Fibrinolíticos	3	1,20%	16	2,65%	0,18
Muerte	7	2,75%	25	4,10%	0,32

0747. SÍNDROME VASOPLÉJICO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA ASOCIADO A LA INFUSIÓN DE LEVOSIMENDAN: INCIDENCIA Y COMPLICACIONES

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Federico SOLLAZZO | María Paula FAREZ | Lucas Iván MÜLLER | Alejandro CICOLINI | Federico TARET | Brunella BERTAZZO
Fundación Favalaro

Introducción: El levosimendán es un sensibilizador de calcio evaluado en múltiples ensayos por su potencial aplicación en el perioperatorio de cirugía cardíaca. La vasodilatación arterial sistémica es un efecto no deseado del mismo. El síndrome vasopléjico post-cardiotomía tiene una alta incidencia en el postoperatorio de cirugía cardíaca, pero se desconoce la relevancia de los factores relacionados a vasoplejia en el contexto de la infusión de levosimendán en nuestra población. **Introducción:** El levosimendán es un sensibilizador de calcio evaluado en múltiples ensayos por su potencial aplicación en el perioperatorio de cirugía cardíaca. La vasodilatación arterial sistémica es un efecto no deseado del mismo. El síndrome vasopléjico post-cardiotomía tiene una alta incidencia en el postoperatorio de cirugía cardíaca, pero se desconoce la relevancia de los factores relacionados a vasoplejia en el contexto de la infusión de levosimendán en nuestra población.

Objetivos: El objetivo de este estudio es identificar la asociación entre factores preoperatorios e intraoperatorios y la incidencia de vasoplejía profunda (VP) postoperatoria, en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con infusión perioperatoria de levosimendán. Además, se busca describir los resultados y la incidencia de complicaciones postoperatorias.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis observacional y retrospectivo de todos los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular central incluyendo cirugía de revascularización miocárdica (CRM), valvular, de aorta torácica o cirugía combinada, que recibieron levosimendán en el perioperatorio desde marzo 2019 hasta marzo 2024 en un único centro. Se analizaron características demográficas, clínicas y ecocardiográficas preoperatorias, características intraoperatorias y de los resultados postoperatorios, la cantidad de hemoderivados recibidos, el desarrollo de shock cardiogénico asociado, la profundidad del síndrome vasopléjico según el requerimiento de vasopresores. Se definió vasoplejía profunda como el requerimiento de al menos dos vasopresores, y vasoplejía leve (VL) al requerimiento de ningún o un único vasopresor. Se utilizó un modelo de regresión logística univariado para seleccionar variables potencialmente relevantes a utilizar en el modelo de regresión multivariado, analizando los factores asociados al desarrollo de VP posterior a la infusión de levosimendán.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes con una mediana de edad de 65 años, siendo un 21% de sexo femenino. En el 44% de los casos recibieron el levosimendán de forma programada preoperatoria, mientras que el resto lo recibió en el postoperatorio temprano. La cirugía fue programada en el 67% de los casos, de urgencia en el 31% y de emergencia en el 1.8%. La mayoría de las cirugías fueron CRM con circulación extracorpórea (37%) o combinadas (26%). La incidencia global de VP fue del 46.7%, mientras que el 70% presentó shock cardiogénico. En el análisis univariado, no hubo diferencias significativas en la incidencia de VP según antihipertensivos de uso crónico, el infarto de miocardio reciente, los tiempos quirúrgicos ni el paro circulatorio. En el modelo multivariado, la enfermedad renal crónica (OR 3.9, CI95% 1.43-11.7, p < 0,01) y las transfusiones de hemoderivados en quirófano (OR 1.032, CI95% 1.01-1.06, p < 0,028) fueron

Tabla 1: Características prequirúrgicas e intraquirúrgicas

	Sin vasoplejía profunda, n = 90	Vasoplejía profunda, n = 79	p-valor ¹
Edad, Mediana (RQ)	60 (58, 74)	70 (63, 74)	0.071
Sexo femenino, n (%)	14 (16%)	21 (27%)	0.078
IMC, Mediana (RQ)	2,769 (2,425, 3,094)	2,764 (2,488, 3,077)	0.81
Hipertensión arterial, n (%)	62 (69%)	59 (75%)	0.40
Diabetes, n (%)	26 (29%)	22 (28%)	0.88
Enfermedad renal crónica grado 3-4-5, n (%)	7 (7.8%)	18 (23%)	0.006
Diálisis previa, n (%)	3 (3.3%)	5 (6.3%)	0.48
Reoperación, n (%)	13 (14%)	8 (10%)	0.40
IECA / ARA-2, n (%)	58 (64%)	54 (68%)	0.59
Bloq. calcio, n (%)	3 (3.3%)	9 (11%)	0.17
Fly, Mediana (RQ)	42 (32, 65)	45 (35, 60)	0.43
Infarto reciente, n (%)	14 (16%)	16 (20%)	0.43
Endocarditis infecciosa activa, n (%)	4 (4.4%)	3 (3.8%)	>0.99
Levosimendán preoperatorio, n (%)	43 (48%)	32 (41%)	0.34
Situación, n (%)			0.033
Electiva	67 (74%)	46 (58%)	
Urgencia	22 (24%)	21 (27%)	
Emergencia	1 (1.1%)	2 (2.5%)	
Procedimiento, n (%)			0.76
Cirugía combinada	22 (24%)	22 (28%)	
Cirugía de la aorta	6 (6.7%)	6 (7.6%)	
CRM con CEC	36 (40%)	27 (34%)	
CRM sin CEC	1 (1.1%)	2 (2.5%)	
Valvular múltiple	8 (8.9%)	11 (14%)	
Valvular única	17 (19%)	11 (14%)	
Tiempo de bomba (min), Mediana (RQ)	144 (112, 202)	164 (114, 218)	0.12
Tiempo de clamps (min), Mediana (RQ)	107 (85, 150)	112 (84, 137)	0.53
Paro circulatorio, n (%)	2 (2.2%)	2 (2.5%)	>0.99
Hemoderivados en quirófano, Mediana (RQ)	3 (0, 11)	11 (2, 34)	<0.001

¹ Prueba de la suma de rangos de Wilcoxon; prueba chi cuadrado de independencia; test exacto de Fisher.

Tabla 2: Resultados quirúrgicos

Variable	Sin vasoplejía profunda, n = 90	Vasoplejía profunda, n = 79	p-valor ¹
Ventilación mecánica (hs), Mediana (RQ)	6 (4, 24)	144 (72, 240)	<0.001
Pico de lactato (mg/dl), Mediana (RQ)	45 (31, 90)	35 (27, 78)	0.002
Infarto perioperatorio, n (%)	8 (8.9%)	11 (14%)	0.30
Fibrilación auricular, n (%)	46 (51%)	51 (65%)	0.078
Distés respiratorio, n (%)			0.009
No	72 (80%)	48 (58%)	
Leve	14 (16%)	22 (28%)	
Moderado	4 (4.4%)	7 (9%)	
Grave	0 (0%)	1 (1.3%)	
Injuria renal aguda, n (%)			<0.001
No	45 (50%)	21 (27%)	
A0-I	37 (41%)	33 (42%)	
A0-II	7 (7.8%)	5 (6.3%)	
A0-III	1 (1.1%)	2 (2.5%)	
Diálisis, n (%)	6 (6.7%)	29 (37%)	<0.001
Accidente cerebrovascular, n (%)	6 (6.7%)	2 (2.5%)	0.29
Shock cardiogénico, n (%)	50 (56%)	69 (87%)	<0.001
Bañón de contrapulsación, n (%)	22 (24%)	46 (58%)	<0.001
ECMO, n (%)	3 (3.3%)	8 (10%)	0.074
Días de internación, Mediana (RQ)	8 (6, 16)	17 (12, 34)	<0.001
Días en área crítica, Mediana (RQ)	4 (3, 7)	11 (8, 21)	<0.001
Muerte en internación, n (%)	6 (6.7%)	33 (42%)	<0.001

¹ Prueba de la suma de rangos de Wilcoxon; prueba chi cuadrado de independencia; test exacto de Fisher.

estadísticamente significativos para el desarrollo de VP. El grupo de VP tuvo peores resultados postoperatorios, incluyendo un mayor tiempo de ARM, mayor incidencia de distrés respiratorio, injuria renal aguda, diálisis, días y de internación y mortalidad en internación (ver Figura 2)

Conclusiones: En pacientes que reciben levosimendán en relación a una cirugía cardiovascular central, la incidencia de vasoplejía profunda es significativa y deben considerarse otros factores que predisponen a su desarrollo. En nuestro análisis, los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y aquellos que recibieron una cantidad mayor de hemoderivados en quirófano presentaron mayor riesgo de vasoplejía, por lo que en dichos pacientes debiera evaluarse minuciosamente el beneficio de infundir levosimendán en el perioperatorio.

0748. EFECTO DE LA TERAPIA HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATEROSCLERÓTICA TRADICIONALES Y EMERGENTES

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

María Gabriela BALLERINI₁ | Maximiliano MARTIN₁ | Florencia MINOTTI₂ | Catalina VALVERDE₂ | Patricia OTERO₂ | Alberto NAGELBERG₂ | Fernando BRITES₁ | Laura BOERO₁

Universidad de Buenos Aires; Hospital General de Agudos Dr. C. Durand

Introducción: El término transgénero describe a las personas cuya identidad de género no coincide con el sexo biológico y se someten voluntariamente al tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG). De la literatura resulta controversial el impacto del THAG sobre los parámetros metabólicos, especialmente sobre los componentes del perfil lipídico, probablemente debido a la diversidad de estrategias terapéuticas y a la presencia factores de riesgo cardiovascular (cv) preexistentes. Más aún, las enzimas y proteínas transportadoras de lípidos, determinantes de la concentración y funcionalidad de las lipoproteínas, no han sido evaluadas en individuos transgénero.

Objetivo: Evaluar el impacto de la THAG sobre los parámetros hematológicos, de química clínica, del metabolismo de las lipoproteínas y, en particular, la actividad de las enzimas y proteínas transportadoras de lípidos que circulan unidas a las lipoproteínas en cohortes de personas transgénero.

Materiales y Métodos: Estudio longitudinal de cohortes que incluyó 39 personas transgénero (mediana de edad: 26 años), 24 transmujer (TM) y 15 transvarón (TV), que iniciaron tratamiento con 17β-estradiol (E2) transdérmico o testosterona (To) transdérmica o intramuscular, respectivamente. Todos brindaron su conformidad para participar del estudio. Antes de iniciar la THAG y luego de 6 meses, se evaluaron los parámetros de rutina (métodos automatizados estandarizados) y las actividades de la paraxonasa (PON) 1 con 2 sustratos específicos (actividades PON y arilesterasa, ARE), de la fosfolipasa A2 asociada a lipoproteínas (LpPLA2) y de la proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP) por métodos desarrollados. Análisis estadístico apareado, ajustando por la concentración de E2 o To según correspondiese. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA.

Resultados: Luego de 6 meses de THAG, se observó que el grupo TM presentó una disminución y el TV un incremento de los parámetros hematimétricos, la creatinina y el ácido úrico ($p < 0,0001$). El colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL), única lipoproteína antiaterogénica, aumentó luego de la THAG en las personas TM (46 ± 12 vs. 50 ± 14 mg/dL) y disminuyó en los TV (61 ± 16 vs. 53 ± 11 mg/dL), $p < 0,05$. Además, los TV presentaron aumentos de los triglicéridos, del C-no-HDL, de los cocientes CT/C-HDL y TG/C-HDL ($p < 0,001$) y de la actividad de LpPLA2, marcador de inflamación específica vascular ($p < 0,05$). En las TM, se observó que la actividad ARE explicaba la variabilidad del C-HDL ($r^2 = 0,11$, $p < 0,0001$) mientras que la LpPLA2 estaba asociada al colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) ($r^2 = 0,16$, $p < 0,001$). En TV, se detectó que la actividad PON se asociaba a la variabilidad del C-HDL ($r^2 = 0,10$, $p < 0,001$), mientras que la PON, la LpPLA2 y la CETP estaban fuertemente asociadas al C-LDL ($r^2 = 0,58$, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Los esteroides sexuales ejercieron un impacto diferencial sobre los biomarcadores de enfermedad cv (ECV) en personas transgénero que recibían THAG, generando en los TV un perfil lipídico más aterogénico y evidencia de inflamación específica vascular. Resulta de interés la observación de que algunas de las enzimas y proteínas transportadoras de lípidos resultaron determinantes para los cambios observados en asociación a la THAG. El posible cambio de status de los individuos transgénero luego de la THAG en relación al riesgo aterogénico resulta crucial para identificar los pacientes que requerirían la implementación de estrategias preventivas adecuadas tendientes a disminuir la morbimortalidad por ECV.

0751. PACIENTES DE TERCERA EDAD: ¿QUÉ VALOR DE CORTE DE EDAD DEBEMOS TOMAR PARA CONSIDERAR SIMILARES LAS CARACTERÍSTICAS ENTRE GÉNEROS EN PACIENTES DERIVADOS PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Mercedes QUIROGA | Federico Ivan WECKESSER | Alejandro KIM | Carolina GALVEZ GIL | Vielka YURKO | Miguel Federico ALBORNOZ | Federico Luis BLANCO | Gerardo Esteban GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Existe evidencia que la edad de presentación de pacientes (ptes) con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) produce diferencias en su género y edad. La prevalencia es mayor en hombres, pero ésta suele equipararse en pacientes mayores. El valor de corte para determinar este grupo varía en la literatura, aunque la mayoría coincide que se trata de pacientes octogenarios.

N	> 70 años			> 75 años			> 80 años		
	H	M	p	H	M	p	H	M	p
N	169	104	<0,01	96	60	<0,01	49	17	0,09
Sexo	76,28	5,3	0,05	77,4	0,4	0,9	31,8	4,28	0,05
HTA	120	71	71	68,27%	69	70,8	65	78,6	0,5
DLP	59	34,9	38	37,5	0,6	28	29,17	21	35
TGO	39	23	23	22	0,8	15	15,6	7	11,8
DMT	28	16,5	17	11,5	0,25	16	18,7	8	11,3
OBP	29	17,2	25	23,6	0,001	16	16,67	20	33,3
AHF	24	14,7	12	11,54	0,5	11	11,46	8	13,3
Multivasos	114	67,8	45	44	<0,001	60	62,16	26	49,3
Artr CV (ATC/CMA)	38	16,5	8	7,6	0,03	18	18,97	6	10
KK no A	35	22	24	23,3	0,08	27	28,3	22	36,6
Demoras									
Dolor consulta	90	45-225	120	60-230	0,5	90	45-130	140	60-255
Consulta llamado	45,5	18-125	60	25-115	0,48	59,5	15-145,5	77	24-137
Consulta balón	194,5	148,5-405	189,9	143-476	0,7	196	148,5-280,5	193	147-168
Ptq gu	46	37-66	54	34-90,5	0,35	51	35-85	57,5	35-95
Realizó AIC	122	72,19	96	89,46	0,18	96	98,73	24	56,87
AIC Exitosa	107	88,45	60	64,7	0,6	59	89,39	31	91,7
sin lesiones	8	37	7	18,42	0,8	3	30	4	15,38
Muerte	8	4,73	8	7,69	0,9	3	3%	3	8,3

Objetivos: Analizar diferencias clínicas, angiográficas y tiempos al tratamiento endovascular de urgencia en ptes con diagnóstico IAMCEST derivados por angioplastia primaria en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires según el rango etario en el cual se iguale la prevalencia entre hombres y mujeres.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos en forma prospectiva y consecutiva ptes que ingresaron a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de IAMCEST para realizarse una angioplastia coronaria (AC) de urgencia entre 2014 y 2023. Se establecieron 3 grupos para definir cuando se equipara la prevalencia entre hombres y mujeres de IAMCEST y evaluar sus características. Se tomó un valor de corte a partir de los 70 años, y se realizaron 3 grupos que incluyen: G1 ptes mayores de 70 años; G2 mayores de 75 años; G3 mayores de 80 años. En cada grupo se compararon variables clínicas, angiográficas y las medianas de tiempo a la AC de urgencia (expresadas en minutos) con cuartiles 25%-75%: demora consulta (desde el inicio del síntoma hasta la consulta médica); demora diagnóstica (desde la consulta hasta el llamado al intervencionista de guardia); demora de traslado (desde el llamada al cardiólogo intervencionista hasta llegada a centro de hemodinamia); demora hemodinamia-balón (desde llegada a servicio de hemodinamia hasta reperusión con balón) y demora balón (desde la consulta a la reperusión con balón). Se utilizaron las pruebas de Chi2 para los datos cualitativos, test de T o Kruskal-Wallis en los cuantitativos acorde a la distribución. Se consideró significativa una p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 1486 ptes, de los cuales 273 eran mayores de 70 años. Dentro de los tres grupos se observó que la prevalencia según sexo se equiparó a partir del G3. A diferencia de G1 y G2, el G3 tiene igual distribución de factores de riesgo cardiovascular e igual prevalencia de enfermedad coronaria de múltiples vasos. Persiste en G3 un mayor antecedente de revascularización coronaria previa en hombres versus mujeres.

Conclusiones: La prevalencia de IAMCEST según género se equipara en nuestra población, a partir de los 80 años. Consistente a estos resultados, la variable que persiste con mayor prevalencia en hombres versus mujeres es el antecedente de revascularización previa, dado que los hombres tienen mayor antecedente de enfermedad coronaria de manera más temprana que las mujeres.

0752. ESTENOSIS AORTICA COMO MOTIVO DE INTERNACIÓN EN UNIDAD CORONARIA. RELACIÓN CON EL ESTADÍO DE DAÑO EXTRAVALVULAR

Valvulopatías / Investigación Básica

Brenda Ayelen ALBERICI ALBARRACIN | Erika QUISPE | Mariano Emanuel CRESPO | Lucas BUSTAMANTE | Georgina CAZZANIGA | Jorge Rafael PALAGUERRA BAPTISTA | Susana Claudia LLOIS | Ricardo Alberto MIGLIORE

HIGA EVA PERON (EX- CASTEX)

Introducción: En pacientes con estenosis aórtica (EAo) grave se ha propuesto una clasificación en estadios para evaluar la extensión del daño extravalvular (anatómico y funcional) con la idea de mejorar la indicación y pronóstico del reemplazo valvular aórtico basado solo en la presencia de síntomas o fracción de eyección < 50 %. En los últimos años se ha observado un aumento de los pacientes que se internan en la unidad coronaria (UCO) por síntomas relacionados con EAo.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de EAo como motivo de internación en UCO y su relación con el estadio de daño extravalvular

Materiales y Métodos: Entre enero 2017 y diciembre del 2023 se internaron en UCO 991 pacientes (p) de los cuales 52 (5%) p tuvieron diagnóstico de EAo como determinante de su internación. A su ingreso 14 (27 %) p se conocían portadores de valvulopatía aórtica y 38 (73%) p desconocían su enfermedad y el diagnóstico de EAo se realizó durante su internación. A todos los p se le realizó eco-Doppler cardíaco durante la internación y a 44 (85%) p cinecoronariografía. Para la determinación del estadio de daño extravalvular se utilizó la clasificación de Générax: Estadio(E) 0: sin daño; E 1: daño ventricular izquierdo; E 2: Daño de auricular izquierda o válvula mitral; E 3: Hipertensión pulmonar o compromiso de la válvula tricúspide; E 4: Daño del ventrículo derecho.

Resultados: (Ver Figura 1) Se estudiaron 52 p con edad promedio de 73 (±12) años de los cuales el 38% eran mujeres. Los motivos de internación fueron: disnea III-IV 38 %, insuficiencia cardíaca global 23 %, angor 21 %, síncope 11 % y arritmias 6 %. El número de p internados con diagnóstico de EAo fue incrementándose desde el año 2017 al 2023, exceptuando los años de pandemia. (ver figura 2).

Conclusiones: La incidencia de EAo como motivo de internación en UCO ha ido en aumento en los últimos años. El 77% de los p se encontraban en estadio de daño extravalvular avanzado (E3-E4). El 73 % de los p desconocían ser portadores de EAo, lo que probablemente influyó en que los E3-E4 de daño extravalvular sean los más prevalentes, indicando un grado más avanzado de la enfermedad como consecuencia de no tener un diagnóstico precoz.

Estadio	II	III	IV
n=	12	23	17
Edad	74	72	74
Sexo (M/F)	8/4	14/9	10/7
FEY (%)	30%	41%	39%
AVA	1,5	1,1	0,9
GP	3,3	4,8	4,2
GM	39,5	44,1	41,6
PSAP	58,4	54,2	60,1
TAPSE	22	20	17

Figura 1

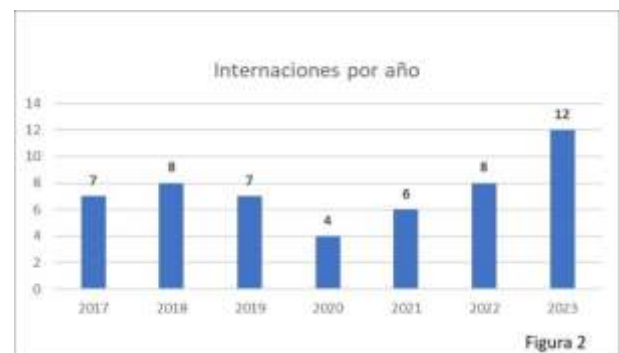


Figura 2

0757. REQUERIMIENTO DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS DE CLDL POSTERIOR A UN SINDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN CLDL BASAL

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Juan Pablo YAPUR | Ana SPACCAVENTO | Alan SIGAL | Juan Francisco FURMENTO | Leonardo SEOANE | Ricardo REY | Juan Pablo COSTABEL

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El colesterol de baja densidad (cLDL) es un factor de riesgo bien establecido en las enfermedades cardiovasculares. Lograr las metas de cLDL es esencial para reducir el número de eventos. El tratamiento iniciado durante la internación aumenta la adherencia del paciente. Una posible estrategia para determinar el tratamiento adecuado al alta podría ser considerar los niveles basales de cLDL al ingreso de una internación por un síndrome coronario agudo (SCA)

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es determinar cuántos pacientes que ingresaron por un SCA, sin tratamiento previo con hipolipemiantes, requerirían una, dos o tres drogas para alcanzar sus metas de cLDL, considerando sus niveles basales de colesterol y la reducción promedio de cLDL que proporciona cada medicación.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos recolectada prospectivamente que incluyó datos de pacientes internados por SCA desde el 2 de enero de 2023 hasta el 1 de mayo de 2024. Dentro de los SCA se incluyeron a las Anginas inestables (AI), Infartos agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) y a los Infartos agudos de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Los pacientes fueron divididos en tres grupos según sus niveles de colesterol LDL al ingreso. Esta clasificación se basó en la necesidad de tratamiento con uno, dos o tres medicamentos hipolipemiantes para alcanzar el objetivo terapéutico de LDL. Los valores de corte fueron: grupo 1 con cLDL menor a 120 mg/dL, grupo 2 con cLDL entre 120 y 180 mg/dL, y grupo 3 con cLDL mayor a 180 mg/dL. Esta división se basó en la búsqueda de un objetivo de cLDL de 55 mg/dl posterior a un evento coronario, teniendo en cuenta una reducción promedio de cLDL de 55% con rosuvastatina 40mg, y de 70% con rosuvastatina + ezetimibe.

Resultados: Se registraron 1084 pacientes, 304 pacientes no recibían tratamiento con estatinas previo al evento, se seleccionaron 256 pacientes que contaban con valores de cLDL registrados durante su internación. En la Tabla 1 se presentan las características basales. El 19,7% tenían diabetes tipo II, mientras que la hipertensión arterial se encontraba presente en el 55,6%. Con relación al tabaquismo, 30,1% eran fumadores activos y 24,0% eran ex-tabaquistas. Respecto al tipo de síndrome coronario un 34,8% presentó un cuadro de AI, el 37,5% IAMSEST y un 27,7% IAMCEST. En cuanto a los valores de laboratorio, como se muestra en la Tabla 2, el colesterol total mostró una mediana de 186 mg/dL (157-215 mg/dL). Los niveles de cLDL tuvieron una mediana de 105,5 mg/dL (89-135 mg/dL). Por otro lado, el colesterol HDL presentó una mediana de 41 mg/dL (34-48 mg/dL). Los triglicéridos mostraron una mediana de 128 mg/dL, (93,25-178,5 mg/dL). En base a los valores de cLDL se evidenció que la mayoría se encontraba en el grupo 1, con total del 65,2%, mientras que en el grupo 2 quedó compuesto por un 31,6% de los pacientes y tan solo un 3,1% pertenecían al grupo 3.

Conclusiones: El análisis de pacientes con síndrome coronario agudo sin tratamiento previo con estatinas muestra que la mayoría presentó un evento coronario con valores de colesterol LDL por debajo de 120 mg/dL. Esto sugiere que podrían alcanzar el objetivo de cLDL menor a 55 mg/dL tras el evento utilizando solo un fármaco hipolipemiante. Esta hipótesis debe confirmarse con estudios prospectivos para asegurar que los pacientes alcancen y mantengan los niveles objetivo de cLDL de manera efectiva y a lo largo del tiempo, reduciendo así la incidencia de futuros eventos coronarios.

Características	Porcentaje	
Diabetes	No	79.6%
	Tipo II	19.7%
	Tipo I	0.7%
Hipertension Arterial	No	42.1%
	Si	57.9%
Tabaquismo	Si	45.9%
	Ex	24.0%
	No	30.1%
Diagnóstico	AI	34.8%
	IAMSEST	37.5%
	IAMCEST	27.7%
Categoria de LDL	<120	65.2%
	120-180	31.6%
	>180	3.1%

	Colesterol Total	cLDL	cHDL	Triglicéridos
Mediana	186	105.5	41	128
Percentilo	25	157	89	93.25
	75	215	135	178.5

0758. VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES INGRESADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Arritmias y Electrofisiología

Aldana RODRIGUEZ WAGNER | Nicolás VECCHIO | Alexis Braian DIETZ | Juliane SANTOS DAMASCENA | Luis Adrián GIORGIO |
Valentina TANCREDI | Juan Jose BACIGALUPE | Nora Elisabet ZEBERIO
Hospital Municipal Dr. Hector Cura

Introducción: El ecocardiograma transtorácico es una herramienta fundamental en la evaluación inicial de pacientes con fibrilación auricular (FA), ya sea para detectar cardiopatía estructural de base, valorar la función ventricular, evaluar el tamaño auricular o la presencia de trombos. Al ser una técnica no invasiva, ampliamente utilizada, permite guiar de manera inmediata la toma de conducta acorde a cada paciente y predecir posibles complicaciones o recurrencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es valorar los hallazgos ecocardiográficos según género en los pacientes ingresados por FA en el servicio de emergencia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo. Se recolectaron datos de 167 historias clínicas digitalizadas desde enero del año 2020 hasta abril del 2024 sobre pacientes que ingresaron por FA al servicio de emergencias de un Hospital Público. Un total de 90 pacientes presentaban ecocardiograma transtorácico (ETT) durante la internación. Se registraron los datos basales de la población y los parámetros ecocardiográficos fueron, volúmenes auriculares, fracción de eyección, valvulopatía, hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI), presencia de trombos.

Resultados: La edad promedio fue de 73 años y el 59% eran de sexo femenino. Los hallazgos más relevantes fueron, insuficiencia mitral (IM) 59%, hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) 57%, dilatación auricular severa 29%, tamaño auricular >48ml/m² 29%, fracción de eyección reducida (FEr) 27%. Los pacientes con dilatación auricular severa presentaban una edad media más alta (77 vs 70 p. 0.039), mayor deterioro en la fracción de eyección (p: 0.0001), y un grado moderado de IM (p: 0.001). Se observó una asociación significativa entre la presencia de ACV previo con FEr (p: 0.009) y un grado auricular severo (p: 0.01). Los días de internación se relacionaron significativamente con una FEr (6 vs 1,9 p: 0.00001). Los pacientes con antecedente de FA previa, tenían una FEr al ingreso (17% p: 0.016). Ningún paciente presentó trombo auricular. No hubo relación significativa entre la presencia de HTA e HVI (p: 0.13).

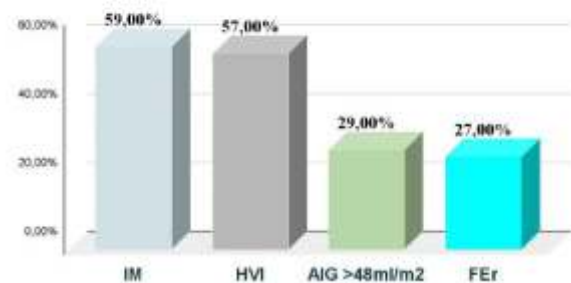
Conclusiones: La mayoría de los pacientes son de edad avanzada y de sexo femenino. Se encontró una alta prevalencia de IM, seguida de HVI, aurícula severa y FEr. La presencia de dilatación auricular severa se asoció con FEr y pacientes de edad más avanzada. Además, fueron predictores de ACV previo. La edad no se correlacionó con ACV y FEr. Los pacientes con FEr presentaron una internación más prolongada. La evaluación ecocardiográfica es de gran importancia para el manejo y prevención de complicaciones.

Tabla 1.

Característica	Población	Femenina	Masculina	p-value
Total	90	53 (59%)	37 (41%)	
Edad (mediana y RIC)	73 [63-82]	75 [66-84]	68 [61-78]	0.01
Volumen/ml >48 AI	26 (29%)	14 (26%)	12 (27%)	0.6
IM M	20 (22%)	11 (21%)	9 (24%)	0.7
HVI	51 (57%)	29 (55%)	22 (59%)	0.67
FEV reducida	24 (27,5%)	9 (17%)	15 (40,5%)	0.01

Grafico 1.

Hallazgos ecocardiográficos



0759. HIPERTENSIÓN PULMONAR EN POBLACIÓN JOVEN: ¿UN SUBGRUPO CON DIFERENTE RIESGO?

Enfermedad Vasculiar Pulmonar / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Nicolas SILVA CROOME¹ | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO¹ | Nicolas CARUSO² | Guillermina SORASIO² | Julieta SORICETTI² | Paul VARGAS MIELES¹ | Briana TORRES CERVANTES¹ | Adrián José LESCANO¹

Sanatorio Trinidad de Quilmes¹; Centro Gallego de Buenos Aires²

Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HP) es una patología grave, infrecuente y heterogénea, con impacto en todos los grupos y alta morbimortalidad.

Objetivos: Nuestro objetivo es realizar una comparación entre las características clínicas, hemodinámicas, ecocardiográficas y pronósticas entre los pacientes (p) jóvenes en relación con el resto de la muestra.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, descriptivo, de pacientes con HP confirmada por cateterismo cardíaco derecho (CCD) (presión pulmonar media (PPM) > 20 mmHg con Resistencia vascular pulmonar (RVP) >=; 2 UW. Se evaluaron parámetros clínicos, ecocardiográficos, hemodinámicos y terapéuticos entre p <= 40 años (grupo A) y > 40 años (grupo B). En la estratificación de riesgo se utilizó la escala ESC/ERS 2022. Se definió evento como empeoramiento de la HP que requirió hospitalización o inicio de prostanoides parenterales. Las variables continuas se expresan en relación a la distribución en media ± Desvío estándar, mediana + rango intercuartilo y las variables categóricas, en porcentajes. En el análisis inferencial se utilizó test de T, Chi cuadrado, test de Wilcoxon o regresión logística en relación a las características de las variables.

	< 40 años (n=66)	≥ 40 años (n=342)	P
Sexo femenino (%)	77.58	62.97	0.031
Grupo I	80.7	53.03	0.000
Clase funcional NYHA (%)			0.012
1	10	2.48	
2	50	44.72	
3	32.14	40.06	
4	7.14	12.73	
Test de caminata de 6 minutos			
Distancia recorrida (metros ±SD)	441.5 (±136.8)	305.65 (±145.4)	0.000
FC al minuto de recuperación (l/m ±SD)	119 (±32.5)	92.1 (±17)	0.0402
Parámetros hemodinámicos,			
PAD (mmHg)	8.98 (±4.78)	10.65 (±10.97)	0.277
PAPm (mmHg)	51.18 (±18.96)	39.12 (±12.97)	0.0000
RVP (WU)	10.11 (±7.28)	6.43 (±4.24)	0.0000
IC (l/min)	2.92 (±0.87)	2.76 (±0.78)	0.19
IVS (ml/min/m ²)	35.3 (±12.47)	34.42 (±11.23)	0.616
Medidas ecocardiográficas,			
Diámetro basal del VD (mm)	44.44 (±6.17)	44.91 (±6.34)	0.581
VRT (m/seg)	3.80 (±0.61)	3.60 (±0.54)	0.0386
TAPSE (mm)	18.62 (±3.73)	19.46 (±4.48)	0.1942
Onda S (m/seg)	11 (±2.82)	11.89 (±3.33)	0.0782
PSAP (mm Hg)	74.70 (±24.8)	66.35 (±17.92)	0.0056
Strain de pared libre del VD	-15.87 (±4.98)	-16.3 (±4.79)	0.6386
CAF (%)	27.43 (±7.59)	30.02 (±7.31)	0.0733
Área de AD (cm ²)	22.47 (±6.35)	22.43 (±6.11)	0.9676
Índice de excentricidad	1.26 (±0.31)	1.16 (±0.23)	0.0167

Resultados: Se incluyeron 408 p con HP. 16.17% en el grupo A y 83.83% en el grupo B. El grupo joven presentó mayor prevalencia de sexo femenino (77.58 % vs 62.97%) y de grupo I (80.7% vs 53.03%) y V (5.26% vs 1.4%). En la población mayor de 40 años predominó el grupo II (3.5% vs 10.61%) y III (3.4% vs 30.08 %) mientras que la prevalencia de grupo IV fue similar (5 vs 5.03%). No se encontró diferencia significativa entre clase funcional avanzada (39.28% vs 50.62% p 0.117) ni en la presencia de insuficiencia cardíaca pero el síncope fue más frecuente en el grupo A. En la hemodinamia, la población joven presentó mayor PPM y RVP. No encontramos diferencias significativas en la presión de aurícula derecha, índice cardíaco e índice de volumen sistólico. En los parámetros ecocardiográficos, el grupo A presentó mayor VRT, mayor PSAP y alteración del índice de excentricidad. También, presentó mayor distancia recorrida en el test de caminata de 6 minutos y mayor frecuencia cardíaca al minuto de la recuperación. En cuanto a la clasificación de riesgo, evidenciamos una distribución similar entre ambos grupos, sin embargo, el grupo A presentó mayor indicación de triple esquema inicial y de utilización de antagonistas de receptor de endotelina.

	< 40 años (n=66)	≥ 40 años (n=342)	p
Tratamiento (%)			
IPDES	93.75	95.16	0.1707
Antagonista de endotelina	71.1	50	0.006
Selexipag	4	3.9	0.905
Riociguat	2	2.03	0.2043
Prostanoides	34	30.45	0.264
Tratamiento (%)			
Monoterapia	14.28	31.56	0.009
Terapia dual	39.28	33.75	0.422
Terapia triple	28	14	0.007
Estratificación de riesgo (%)			
Bajo	32.75	25.36	0.238
Intermedio	48.27	53.64	0.449
Alto	18.96	20.69	0.762

Conclusiones: En nuestra población con HP, encontramos que los pacientes jóvenes presentan mayor representatividad en el grupo I y en el sexo femenino, mayor valor de PPM y RVP, diferentes parámetros ecocardiográficos, mejor capacidad de ejercicio y mayor tratamiento combinado. Si bien, el riesgo no demuestra diferencia significativa, se observa una tendencia a subestimarlos.

0764. CARACTERISTICAS CLINICAS Y EVOLUCION DE PACIENTES AÑOSOS CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Enfermedad Vascular Pulmonar

Estefanía Marcela BARBÓN¹ | Florencia GARDINO² | Paula PINTOS¹ | Carolina FLAMINI¹ | Jesica Belén ARANDA¹ | Sebastián AGOSTINO¹ | Sebastian GARCIA ZAMORA¹ | Mauricio Alcides PRIOTTI¹

Actividad Clínica Privada¹; Sanatorio Delta²

Introducción: El tromboembolismo de pulmón agudo (TEP) es el tercer causa de mortalidad cardiovascular. Es una enfermedad causada por la obstrucción de las venas pulmonares por trombos que migran desde otras partes del sistema venoso. Es muy frecuente que su presentación clínica sea inespecífica, por lo cual su sospecha clínica es imprescindible para su diagnóstico. En cuanto a su pronóstico puede variar ampliamente dependiendo de la forma de presentación, pudiendo producir una escasa repercusión hemodinámica hasta el shock cardiogénico con alta tasa de mortalidad. Nuestro objetivo fue caracterizar clínicamente a los pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro descriptivo, retrospectivo, unicentrico entre enero del 2019 y enero de 2024 donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de TEP hospitalizados en un sanatorio privado de alta complejidad. Las variables que intervinieron en la caracterización fueron edad, sexo, factores de riesgo para TEP, manifestaciones clínicas, complicaciones, terapéutica, así como mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con una mediana de edad de 72 años (rango intercuantiles [RIC] 67 - 77); el 56,0% eran mujeres. Entre los síntomas al ingreso, 86,0% referían disnea, 25,6% dolor torácico, 25,0% palpitaciones, 4,8% hemóptisis y 2,0% se presentaron con síncope. Por otro lado, 31,8% de los participantes refirieron dolor



unilateral en uno de sus miembros inferiores, mientras que 6,5% presentaron alteraciones del sensorio. De acuerdo al PESI, 4,7% eran categoría I, 4,7% categoría II, 30,2% categoría III, 14,0% categoría IV y 46,4% categoría V. En el electrocardiograma 63,8% presentaban ritmo sinusal, 17,0% fibrilación auricular, 4,3% aleteo auricular, mientras que 14,9% poseían otros ritmos. El 15,4% de los participantes tenían ondas T negativas en precordiales, y 6,1% presentaban el patrón SI Q3T3. A 44,7% de los pacientes se les diagnosticó TVP. En el Ecocardiograma Doppler, 10,0% presentaban dilatación exclusivamente de aurícula derecha, 10,0% dilatación exclusiva de ventrículo derecho, y 20,0% dilatación de ambas cámaras. La mediana de PSAP fue 40 mmHg (RIC 36-45). El 10,7% de los participantes tuvieron disfunción ventricular derecha en el Ecocardiograma. Un único paciente requirió trombólisis sistémica. El 20,0% de los participantes inicio tratamiento con Rivaroxaban durante en la internación El tratamiento al alta fue: rivaroxaban 44,9%, enoxaparina 34,7% y acenocumarol 20,4% La mortalidad hospitalaria fue de 8,0%

Conclusiones: Los hallazgos de nuestro registro revelan que en nuestra muestra la incidencia tromboembolismo pulmonar fue mayor en pacientes añosos sin presentar predilección por algún sexo. La disnea fue el síntoma más común al igual que el dolor torácico que motivaron a los pacientes a consultar. Respecto a los factores de riesgo, el reposo prologado y las neoplasias activas fueron los de mayor presencia en los individuos diagnosticados con TEP. Casi la mitad de los ellos presentaban TVP lo que permite evidenciar su relación con la mayoría de los eventos de embolia pulmonar. Además se demuestra que un porcentaje considerable de nuestros pacientes presentan un alto riesgo de riesgo de muerte y resultados adversos secundarios a la presencia de TEP. Estos resultados reflejan que nuestra realidad no esta tan alejada de la evidencia existente sobre TEP.

0765. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y ANGIOGRÁFICAS EN PACIENTES OCTOGENARIOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DERIVADOS PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Mercedes QUIROGA | Federico Ivan WECKESSER | Alejandro KIM | Carolina GALVEZ GIL | Vielka YURKO | Miguel Federico ALBORNOZ | Analia Mabel ALONSO | Gerardo Esteban GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la enfermedad y causa de muerte más prevalente en el mundo, aumentando la misma a mayor edad. En los últimos años dado el aumento en la expectativa de vida, se cuenta con una población cada vez más creciente de pacientes octogenarios. Alrededor de un 7% de los pacientes que se presentan con infarto agudo de miocardio (IAMCEST), son mayores de 80 años. En diferentes estudios se relaciono a estos pacientes con mayor tasa de factores de riesgo y mayor mortalidad.

Objetivos: Analizar diferencias clínicas, angiográficas y tiempos al tratamiento endovascular de urgencia en ptes con diagnóstico IAMCEST derivados para angioplastia primaria en mayores de 80 años en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos en forma prospectiva y consecutiva ptes que ingresaron a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de IAMCEST para realizarse una angioplastia coronaria (AC) de urgencia entre 2014 y 2023. Se establecieron 2 grupos: G1 ptes menores de 70 años; G2 mayores de 80 años. En cada grupo se compararon variables clínicas, angiográficas y las medianas de tiempo a la AC de urgencia (expresadas en minutos) con cuartiles 25%-75%: demora consulta (desde el inicio del síntoma hasta la consulta médica); demora diagnóstica (desde la consulta hasta el llamado al intervencionista de guardia); demora de traslado (desde el llamada al cardiólogo intervencionista hasta llegada a centro de hemodinamia); demora hemodinamia-balón (desde llegada a servicio de hemodinamia hasta reperusión con balón) y demora balón (desde la consulta a la reperusión con balón). Se utilizaron las pruebas de Chi2 para los datos cualitativos, test de T o Kruskal-Wallis en los cuantitativos acorde a la distribución. Se consideró significativa una $p < 0,05$

Resultados: Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular, únicamente se vio diferencia significativa en la presencia de hipertensión arterial en pacientes de G2. Los pacientes de G2 presentaban menor enfermedad de múltiples vasos, y su presentación en cuanto a severidad clínica no difirió entre los mismos, sin diferencias en mortalidad. En cuanto a los tiempos, se vio que se demoró mas tiempo en el diagnóstico en pacientes mayores. El porcentaje de pacientes sin lesiones coronarias fue menor en los pacientes añosos.

	<80 años		> 80 años		p
N	1400	94,30%	86	5,70%	<0,01
Edad	59	10 DS	84,09	3,5 DS	<0,01
Hombres	1152	82,30%	49	56,9 %	<0,01
HTA	769	54,93%	67	77,90%	<0,01
DLP	426	30,4 %	24	27,91%	0,62
TBQ	675	48,21%	9	10,47%	<0,01
DBT	249	17,79%	12	13,95%	0,36
OB5	396	28,30%	22	25,58%	0,58
SDT	845	60,36%	54	62,79%	0,65
Multivasos	634	45,30%	48	55,80%	0,05
Acds CV (ATC/CRN)	161	11,50%	12	13,95%	0,49
KK no A	309	22,13%	25	29,41%	0,11
Demoras					
Dolor-consulta	95	(50-195)	102	(45-225)	0,6
Consulta-llamado	40	(19-86)	59	(21-150)	0,04
Consulta-balón	185	(132-3432)	196	(136-509)	0,38
Dolor-Balón	256	(173-389)	240	(149-440)	0,63
Realizo ATC	987	70,50%	56	65,12%	0,29
ATC Exitosa	911	92,35%	48	85,71%	0,07
Sin Lesiones	116	28,09%	4	13,33%	0,05
Muerte	62	4,40%	6	6,98%	0,27

Conclusiones: A mayor edad, la distribución por género en el IAMCEST se equipara, pasando a ser el factor de riesgo con más prevalencia la hipertensión arterial y no el sexo. Los pacientes mayores con diagnóstico de IAMCEST tuvieron más enfermedad coronaria verdadera, sin impacto en la mortalidad ni presentación clínica. Si se evidenció una demora diagnóstica, pudiendo ser esta patología subdiagnosticada en los pacientes ancianos, por las múltiples comorbilidades que los mismos presentan.

0768. REGISTRO DE SCORE DE CALCIO CORONARIO EN UN INSTITUTO MONOVALENTE CARDIOVASCULAR: RECAC

Multimagen / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

María Del Rosario RODRÍGUEZ | Paola KUSCHNIR | Fiorella Sofia CHICOTE | María de La Paz RICAPITO | Agustina SCIANCALEPORE | Marcelo HERRASTI | Ruth HENQUIN | Hugo Daniel SANABRIA

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El calcio coronario es un predictor de riesgo independiente de eventos coronarios. La cuantificación del mismo mediante el score de calcio coronario (SCC), es un método de evaluación de aterosclerosis subclínica, y una herramienta indiscutible para evaluar el riesgo cardiovascular (RCV) de pacientes asintomáticos. No sólo la evidencia de calcio coronario sino la cuantificación del mismo y su distribución en el árbol coronario tiene valor diagnóstico y pronóstico.

Objetivos: Analizar una población de pacientes asintomáticos a quienes se les realizó una tomografía cardíaca con medición de SCC en prevención primaria y describir el SCC total, su distribución por arteria coronaria y por sector de cada arteria coronaria en cada grupo etario (≤ 50 , 51-60, 61-70 y > 70 años), así como la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en dichos grupos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional tipo corte transversal. Se analizaron los últimos 575 SCC realizados en el ICBA, en pacientes asintomáticos y sin eventos cardiovasculares previos. Mediante el autoreporte (llenado de formulario) y/o comprobación a través de la historia clínica electrónica se recabaron datos filiatorios y biométricos, presencia de factores de riesgo cardiovasculares y medicación actual. Se realizó tomografía cardíaca con equipo Philips de 64 detectores, gatillado por electrocardiograma, sin contraste, con adquisición de protocolo para Score de calcio coronario. Especialistas en tomografía computarizada analizaron cada estudio mediante software dedicado al cálculo de score de Agatston. Se obtuvo el valor del SCC total, el SCC por arteria coronaria y su distribución en ellas (según se hallara en el segmento proximal, medio y/o distal). Se analizó el SCC y los factores de riesgo presentes en 4 grupos etarios: ≤ 50 , 51-60, 61-70 y > 70 años.

Características de la población total.

Variables	Población total (n 575)
Sexo masculino, n (%)	307 (53.3)
Edad - mediana [RiQ]	55 [48 - 63]
Ex tabaquismo, n (%)	174 (30.2)
Tabaquismo, n (%)	98 (16.8)
Hipertensión, n (%)	188 (32.7)
Sedentarismo, n (%)	188 (32.6)
Diabetes, n (%)	23 (4)
Antecedentes heredofamiliares, n (%)	217 (37.73)
Score de calcio coronario	
SCC 0 UA, n (%)	337 (58.6)
SCC 0.1 a 99.9 UA, n (%)	146 (25.4)
SCC ≥ 100 UA, n (%)	92 (16)
Compromiso por arteria y segmento	
Compromiso de TCI - n %	45 (7.3)
Sin compromiso proximal, n (%)	398 (68.8)
Compromiso de 1 segmento proximal, n (%)	83 (14.4)
Compromiso de 2 segmentos proximales, n (%)	60 (10.4)
Compromiso de 3 segmentos proximales, n (%)	38 (6.2)

Características de los 4 grupos etarios

Variables	≤ 50 años n 145	51-60 años n 147	61-70 años n 154	≥ 70 años n 129
Diabetes, n (%)	4 (2.7)	4 (2.7)	5 (3.2)	10 (7.7)
Sedentarismo, n (%)	43 (29)	48 (32.8)	51 (33.1)	46 (35.6)
Antecedentes heredofamiliares, n (%)	58 (40)	64 (43.5)	50 (32.4)	45 (34.8)
Tabaquismo, n (%)	71 (48.9)	57 (38.7)	75 (48.7)	67 (51.9)
Hipertensión arterial, n (%)	38 (26.2)	39 (26.5)	68 (44.1)	72 (55.8)
CAC total - mediana [RiQ]*	14 [4 - 66.1]	11.55 [1.73 - 61.3]	16.9 [9.7 - 114.1]	45 [11.6 - 149.9]
Compromiso de 1 segm prox**, n (%)	13 (8.9)	15 (10.2)	28 (18.1)	27 (20.9)
Compromiso de 2 segm prox**, n (%)	7 (4.8)	11 (7.4)	19 (12.3)	23 (17.8)
Compromiso de 3 segm prox**, n (%)	2 (1.3)	3 (2)	8 (5.2)	23 (17.8)

*Distintos de cero
**Sin incluir TCI

Resultados: De los 575 pacientes un 53.3% eran de sexo masculino, con una mediana de edad de 55 años [48 - 63]. Presentaron una prevalencia de hipertensión, diabetes y sedentarismo del 32.7%, 4% y 32.6%, respectivamente. A su vez el 16.6% y 30.2% eran tabaquistas y ex tabaquistas, y el 37.7% referían antecedentes heredofamiliares de eventos cardiovasculares. El 58.6% presentó un SCC de 0 UA, mientras que el 25.4% y 16% presentaron un SCC de 0.1 a 99.9 UA y ≥ 100 UA, respectivamente. El 31% presentó SCC distinto de 0 en ≥ 1 segmento/s proximal/es. En el grupo de ≤ 50 años (n de 145) se obtuvo una mediana de SCC total de 14 UA [4 - 66.1] y el 15% presentó compromiso de ≥ 1 segmento/s proximal/es, mientras que el grupo de 51 a 60 años (n de 147) presentó una mediana de SCC total de 11.55 UA

[1.73 - 81.3] y el 19.6% demostró compromiso proximal. En los grupos de 61 a 70 años (n de 154) y de > 70 años (n de 129) se obtuvieron medianas de SCC total de 16.9 UA [9.7 - 114.1] y 45 UA [11.6 - 149.9], con afectación de al menos un segmento proximal en un 35.6% y 56.5%, respectivamente. Con respecto a los factores de riesgo se evidenció una prevalencia mayor de antecedentes familiares en ambos grupos menores de 60 años (40 y 43.5 %, respectivamente), y una mayor prevalencia de hipertensión y diabetes en los mayores de 70 años. A su vez la prevalencia de tabaquismo en los cuatro grupos etarios (de forma creciente) fue del 48.9%, 38.7%, 48.7% y 51.9%, respectivamente.

Conclusiones: El SCC es una herramienta útil para recategorizar el riesgo de pacientes asintomáticos sin eventos cardiovasculares. No sólo el SCC total sino también su distribución en el árbol coronario resulta atractivo para guiar la intensidad de las medidas terapéuticas así como la eventual solicitud de nuevos estudios diagnósticos.

0771. FENOTIPO DE PLACAS VULNERABLES POR ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Cardiopatía Isquémica / Multimagen

Ian Neil CHAPMAN | Juan Francisco FURMENTO | Paola KUSCHNIR | Marcos VIRUEL | Agustina SCIANCALEPORE | María Florencia LAMBARDI | Florencia GIACOMOZZI | Juan Pablo COSTABEL

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El concepto de "placa vulnerable" (o de alto riesgo) se definió inicialmente en 1989 como una placa con mayor riesgo de trombosis. Estas lesiones suelen tener una gran carga de placa con un núcleo necrótico bien formado y una cubierta fibrosa delgada, siendo metabólicamente más activas. Desde el punto de vista clínico, la angiotomografía coronaria (CTA) se ha convertido en la mejor modalidad de imagen no invasiva en términos de evaluación tanto del lumen arterial, así como de la composición de la placa aterosclerótica. Su precisión en la detección de lesiones coronarias obstructivas exhibe una excelente capacidad diagnóstica con un valor predictivo negativo cercano al 100%.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir una serie de pacientes con placas vulnerables (diagnosticadas por CTA) que presentaron un síndrome coronario agudo (SCA).

Materiales y Métodos: Describimos los resultados de 62 pacientes con placas vulnerables que presentaron SCA y que fueron evaluados con CTA. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SCA sin elevación del ST que no cumplieran criterios de alto riesgo (inestabilidad hemodinámica, cambios dinámicos del segmento ST-T, arritmia ventricular, score GRACE > 140, angina refractaria, insuficiencia cardíaca o paro cardiorrespiratorio) que consultaron al ICBA (Instituto Cardiovascular de Buenos Aires).

Resultados: Se estudiaron 62 pacientes, con una edad media de 58 años, de los cuales el 79% eran varones. Entre los diagnósticos de ingreso, el 16% se presentó como IAMSEST y el 84% como angina inestable, de acuerdo con la 4ª definición universal de infarto agudo de miocardio (IAM). La mediana del valor de troponina T de alta sensibilidad fue de 7 nanogramos por litro (rangos intercuartiles, 5 a 9) para la primera medición de troponina, y de 8 nanogramos por litro (rangos intercuartiles, 5 a 13) para la segunda medición. En todos los pacientes se realizó CTA (100%). El score de Calcio coronario (SCC) promedio fue de 63 unidades de Agatston (rangos intercuartiles, 10 a 180 UA). Cabe destacar que 8 pacientes (13%) tenían un SCC=0. El 19% tenía enfermedad coronaria no obstructiva (placas <50%). El resto presentaba lesiones significativas en al menos un vaso (76%), predominantemente en la arteria descendente anterior izquierda, o no eran diagnósticas (5%). A 49 pacientes (79%) se les realizó cinecoronariografía y 38 (62%) requirieron una angioplastia coronaria percutánea.

Conclusiones: El uso de la CTA podría ayudar a identificar a los pacientes con un mayor riesgo de resultados cardiovasculares adversos debido a las características metabólicas de sus placas. Esto podría aportar una mayor precisión para guiar la intensidad del tratamiento médico y así estabilizar las placas vulnerables y reducir su riesgo de ruptura. Por otro lado, podría permitir un seguimiento evolutivo de las características de estas placas.

0772. OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO POSTQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: ROL DEL MARCAPASOS EPICÁRDICO

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Ignacio ALVAREZ AMUCHASTEGUI¹ | Mauro Gastón GINGINS¹ | Pablo SORENSEN² | Mariano Gabriel DE TITTA² | Eduardo Miguel BRUNEL² | Héctor Alejandro MACHAIN¹ | Horacio Alberto AVACA¹ | Christian SMITH¹

Hospital Británico de Buenos Aires¹; Hospital Italiano de Buenos Aires²

Introducción: El uso de marcapaso epicárdico (MPE) en cirugía cardíaca (CCV) se ha extendido para tratar las alteraciones del ritmo cardíaco en el postquirúrgico y también se podría ser útil para la estabilización hemodinámica en los pacientes con inestabilidad. Por otro lado presenta escasas complicaciones y es de bajo costo, esto lo convierte en una alternativa en el postquirúrgico de CCV, sobre todo para el tratamiento precoz de pacientes síndrome de bajo volumen minuto.

Objetivos: Comparar la evolución clínica intrahospitalaria y el uso de inotrópicos de pacientes en el postquirúrgico de CCV que fueron tratados de forma sistemática con colocación de MPE con un grupo control sometidos a CCV sin utilización de MPE.

Materiales y Métodos: Material y métodos Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes sometidos a CCV en un centro privado de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires desde enero de 2010 hasta diciembre de 2014. A un grupo se les aplicó MPE de forma sistemática en una etapa y se utilizó un grupo control. Las variables cualitativas se presentan como porcentajes, para la descripción de las variables cuantitativas, se utilizó la media y el desvío estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartilo (RIC 25-75), según su distribución. El análisis de las variables discretas se realizó a través de tablas de contingencia y el de las variables continuas, por el Test de t o Kruskal Wallis para datos no apareados o mediante el análisis de la varianza (ANOVA) para comparaciones múltiples, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$ a dos colas. El análisis se realizó con el paquete estadístico R.

Resultados: Se incluyeron 305 pacientes, 156 en grupo MPE y 149 en control. En el grupo de MPE los pacientes fueron más añosos como se muestra en la tabla 1. No hubo diferencias en el tipo de CCV practicada, CRM 49,4% y 51,4%, cirugía valvular 31,4% y 27,7% en los grupos de MPE y control ($p = 0,325$). CCV de urgencia se practicó en 9,6% en MPE y 15,4% en el control ($p = 0,172$). El tiempo de clampeo fue de 70 minutos (RIC 55-89) y 68 minutos (RIC 53-90) respectivamente ($p = 0,449$), el tiempo de CEC fue de 95 minutos (RIC 79-112) en MPE y 99 minutos (RIC 82-103) en el control. En el intraoperatorio el grupo MPE utilizó más Noradrenalina 64,1% vs 45,6% ($p = 0,002$), Dobutamina 13,5% vs 6% ($p = 0,047$) y Milirina 16% vs 8,1% ($p = 0,050$). No se observaron diferencias significativas en las complicaciones postoperatorias como se observa en la tabla 2.

Conclusiones: El uso de MPE no se asoció a una disminución del uso de inotrópicos en el postoperatorio de CCV. A pesar que en el grupo MPE se utilizó más inotrópicos en el intraoperatorio, éstos fueron administrados de forma similar en el postquirúrgico, podría inferirse que este fenómeno se dio gracias al uso de MPE ya que esta población tuvo un procedimiento más complejo, pero esta hipótesis debe ser corroborada con estudios de mayores dimensiones.

Característica	Grupo MPE (n=156)	Grupo Control (n=149)	p
Edad media (IC95%)	68,2 (66,8-69,6)	64,1 (62,8-65,4)	0,001
Sexo masculino, %	78,9	78,9	0,987
Insuficiencia cardíaca, %	27,6	26,9	0,776
Presión arterial mayor, %	22,4	28,2	0,238
Diabetes, %	17,9	18,8	0,817
Dislipidemia, %	54,5	54	0,811
TC media (IC95%)	174,4 (170,8-178,0)	177,9 (174,3-181,5)	0,111
Perfil de lípidos (LDL-C, HDL-C, TG)	141,1 (137,5-144,7)	141,1 (137,5-144,7)	0,999
Insuficiencia renal crónica, %	8,3	8,1	0,911
Índice de masa corporal, %	22,4	22,3	1
Angiotensinólisis, %	26,3	27,5	0,791
CRM, %	49,4	51,4	0,325
Diagnóstico de urgencia, %	9,6	15,4	0,172
Clasificación, %	1	1	0,999
Intervención, %	31,4	27,7	0,176
ECV, %	51,4	45,6	0,172
Insuficiencia renal aguda, %	3,2	3,3	0,911
Insuficiencia renal crónica, %	8,1	8,1	1
Muerte, %	5,8	6	1
Días de internación, mediana (RIC)	5 (4-8)	5 (4-10)	0,674
Oliguria mayor de 24 horas, %	3,2	2	0,776
Síndrome de bajo volumen minuto, %	8,3	6	0,581

	Uso de marcapasos epicárdico, n=156	Grupo control, n=149	p
Dopamina, %	14,1	12,1	0,724
Noradrenalina, %	64,1	45,6	0,002
Dobutamina, %	13,5	6	0,047
Milirina, %	16,2	8,1	0,050
Tiempo de utilización de inotrópicos (en minutos), mediana (RIC)	230 (90-400)	202 (60-420)	0,453
IM postoperatorio, %	3,2	2,7	1
Empaño, %	8,3	12,1	0,372
Respiración, %	9,6	7,4	0,622
Fiebre, %	8,3	6,4	0,901
Mediastinitis, %	0,6	1,3	0,581
Insuficiencia renal aguda, %	3,2	4,7	0,707
Marcapasos definitivo, %			
Muerte, %	5,8	6	1
Días de internación, mediana (RIC)	5 (4-8)	5 (4-10)	0,674
Oliguria mayor de 24 horas, %	3,2	2	0,776
Síndrome de bajo volumen minuto, %	8,3	6	0,581

0776. HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR Y ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO. "TRABAJO INTERDISCIPLINARIO MAS ALLA DE UNA UTOPIA"

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Tomas VANEGAS¹ | Julieta SORICETTI¹ | Nicolas SILVA CROOME² | Josefina MOLINA¹ | Pablo COSTAS² | Nicolas CARUSO¹ | Alejandro NITSCHKE¹ | Adrián José LESCANO²

Centro Gallego De Buenos Aires¹; Trinidad Quilmes²

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad clínica multifactorial caracterizada por su elevada morbimortalidad que requiere de un enfoque diagnóstico y terapéutico multidisciplinario. El perfil epidemiológico y clínico de la enfermedad ha variado en los últimos años. Sin embargo, los pacientes (p) con enfermedades del tejido conectivo (ETC), representan uno de los subgrupos con mayor prevalencia y diferente pronóstico. El estudio Reveal demostró que las ETC en general y la esclerosis sistémica en particular constituye un fenotipo único y de mal pronóstico para el desarrollo de hipertensión arterial pulmonar (HAP).

Objetivos: Determinar y comparar las características demográficas, clínicas, hemodinámicas, la estratificación de riesgo y los tratamientos instituidos en nuestra población de p con diagnóstico de HP-ETC vs. HAP-No ETC.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, consecutivo de corte transversal y multicéntrico. Se incluyeron 201 p con diagnóstico confirmado de HAP, grupo I (presión media de arteria pulmonar (PAPM) > 20 mmHg, resistencia vascular pulmonar (RVP) > = 2 UW y presión wedge (PW) < 15 mmHg). Se clasificó en HAP con ETC (grupo A) y sin (Grupo B) ETC. Se evaluaron las características demográficas, clínicas: insuficiencia cardíaca, clase funcional; test de caminata de 6 minutos (TC6M), ecocardiográficas: función sistólica del VD, cambio del área fraccional (CAF) del VD en %; hemodinámicas: presión de aurícula derecha (PAD), PmAP, RVP, PW e índice cardíaco

(IC); estratificación de riesgo (score de guías europeas) y conductas terapéuticas: inhibidores de fosfodiesterasa-5 (IPDE-5), inhibidores del receptor de endotelina (IRE) y prostaciclina (PCI) durante 6 meses a partir del cateterismo cardíaco derecho. Las variables se expresaron en media o mediana, con los desvíos standard o rangos intercuartiles, en relación con la distribución. Se aplicó test de t, Chi2, Fisher o Wilcoxon según las características de las variables continuas o categóricas y la normalidad de la muestra. Se adjudicó significancia estadística a un valor $p < 0.05$.

Resultados: 201 p con HAP grupo I, 54 (27%) tuvieron HAP-ETC y 147 (73%) HAP-No ETC. La población global presentó: edad media de 61 ± 17 años, sexo femenino 67%, historia de insuficiencia cardíaca 60%, perfil hemodinámico: PAD 9.6 ± 4.8 mmHg, PAMP 42.5 ± 15 mmHg, RVP 7.4 ± 5 UW e IC 2.7 ± 0.7 l/min/mt2, distancia recorrida en TC6M 356 ± 12.2 mts. Estratificación de riesgo de la población global: bajo 22%, intermedio 52% y alto 26%. Tratamiento: IPDE-5 96.8%, IRE 65.3%, PCI 26.2%. De los 54 pacientes con HAP-ETC el 72% presentaron diagnóstico de esclerosis sistémica, 11% lupus eritematoso sistémico, 9.2% artritis reumatoidea, 3.9% enfermedad mixta del tejido conectivo y 3.9% síndrome de Sjögren. La tabla 1 muestra las diferencias entre las variables evaluadas en ambos grupos de pacientes con HAP. El grupo HAP-ETC presentó en forma significativa menor edad, menor porcentaje de varones, menores valores de PAD, PAMP y CAF y mayor número de paciente en bajo riesgo estratificado. No se evidenció diferencia estadísticamente significativa en insuficiencia cardíaca, CF III/IV, TC6M, IC ni en los diferentes tratamientos.

Variables evaluadas	HAP-ETC (Grupo I) n=54	HAP-No ETC (Grupo II) n=147	p*
Edad media en años	58 ± 10	68 ± 14	0.00
Sexo Masculino, %	9	23	0.01
Insuficiencia cardíaca, %	49	60	0.001
CF III/IV, %	37	46	0.7
PAD, mmHg (SD)	9.2 ± 4.6	10 ± 4.6	0.006
RVP, UW (SD)	7.2 ± 6.0	8.5 ± 9.1	0.108
PAMP, mmHg (SD)	38 ± 11.8	46 ± 15.4	0.02
IC, l/min/mt2 (SD)	2.7 ± 0.7	2.7 ± 0.8	0.885
Dist. mts (SD)	375 ± 21	381 ± 14	0.87
CAF ml, %	31.8	27.8	0.02
Bajo Riesgo estratificado, %	30	18	0.02
Tratamientos específicos			
IPDE-5, %	38	29.4	0.8
IRE, %	63.4	65.8	0.7
PCI, %	26.8	26.4	0.8

Variables evaluadas	HAP-ETC (Grupo I) n=54	HAP-No ETC (Grupo II) n=147	p*
Edad media en años	58 ± 10	68 ± 14	0.00
Sexo Masculino, %	9	23	0.01
Insuficiencia cardíaca, %	49	60	0.001
CF III/IV, %	37	46	0.7
PAD, mmHg (SD)	9.2 ± 4.6	10 ± 4.6	0.006
RVP, UW (SD)	7.2 ± 6.0	8.5 ± 9.1	0.108
PAMP, mmHg (SD)	38 ± 11.8	46 ± 15.4	0.02
IC, l/min/mt2 (SD)	2.7 ± 0.7	2.7 ± 0.8	0.885
Dist. mts (SD)	375 ± 21	381 ± 14	0.87
CAF ml, %	31.8	27.8	0.02
Bajo Riesgo estratificado, %	30	18	0.02
Tratamientos específicos			
IPDE-5, %	38	29.4	0.8
IRE, %	63.4	65.8	0.7
PCI, %	26.8	26.4	0.8

Conclusiones: Nuestros p con HAP-ETC fueron con mayor frecuencia mujeres, más jóvenes, con mejor perfil hemodinámico, mejor función del ventrículo derecho y mayor bajo riesgo estratificado basal. Los parámetros clínicos, funcionales y de tratamientos farmacológicos no tuvieron diferencias significativas. En HAP-ETC, el mejor perfil hemodinámico observado podría deberse al manejo temprano multidisciplinario constituyendo una eficaz estrategia de screening sistemática en el diagnóstico y la definición del tratamiento.

0778. OPINIÓN DE LOS CARDIÓLOGOS ARGENTINOS SOBRE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: RESULTADOS INICIALES DE LA ENCUESTA FLUENCE

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Sebastián GARCIA ZAMORA¹ | Lucio FLORES² | Facundo Javier BALSANO² | Maria Luz ARRIZ³ | Maria Ines SOSA LIPRANDI³ | Gerardo ZAPATA⁴ | Claudio MAJUL⁵ | Alvaro SOSA LIPRANDI³

Sanatorio Delta Rosario¹; CONAREC²; Sanatorio Güemes³; FAC - Federación Argentina de Cardiología⁴; Sociedad Argentina de Cardiología⁵

Introducción: La vacunación anual contra influenza reduce eventos cardiovasculares mayores y muerte en personas con cardiopatía, manteniendo al mismo tiempo un excelente perfil de seguridad. Sin embargo, diversos estudios y registros han demostrado consistentemente tasas de vacunación subóptimas en esta población.

Objetivos: Explorar las opiniones de cardiólogos en formación y especialistas de Argentina sobre la seguridad y eficacia de la vacunación antigripal en personas con cardiopatía.

	Residentes (n=165)	Especialistas (n=467)	Valor p
La vacuna es muy segura en adultos	94.6%	92.7%	0.367
La vacuna es muy segura en individuos con antiagregantes plaquetarios o anticoagulación	79.4%	89.1%	0.002
La infección por influenza es muy grave en individuos con cardiopatías	63.6%	71.1%	0.075
Los efectos adversos son muy comunes con la vacuna contra la influenza	16.0%	7.3%	0.001
Los efectos adversos graves son muy comunes con la vacuna contra la influenza	3.6%	3.0%	0.687
Es muy importante vacunar a individuos mayores de 65 años con cardiopatías	86.7%	91.2%	0.093
Es muy importante vacunar a individuos menores de 65 años con cardiopatías	72.7%	76.5%	0.340

Materiales y Métodos: Entre septiembre de 2023 y febrero de 2024, se llevó a cabo una encuesta electrónica siguiendo la lista de verificación para la presentación de resultados de encuestas electrónicas en internet. Las opiniones de los participantes fueron evaluadas mediante escalas tipo Likert. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se evitaron respuestas duplicadas utilizando la plataforma SurveyMonkey®, la cual identifica direcciones IP duplicadas. En el presente sub-estudio se analizaron la opinión de los cardiólogos de Argentina.

Resultados: Participaron de la encuesta 632 cardiólogos: el promedio de edad fue $45,8 \pm 14,7$ años; el 40,0% eran mujeres y 26,1% eran residentes. El 67,9% de los residentes y 82,7% de los especialistas se habían vacunado contra influenza el año previo ($p < 0,001$). Además, 33,9% de los residentes y 6,9% de los especialistas dijo no haber prescrito nunca la vacuna a sus pacientes ($p < 0,001$). Mientras que el 97,8% de los participantes dijo que la vacuna contra influenza estaba disponible en su país, el 24,3% de los residentes y 17,4% de los especialistas desconocían las guías de práctica clínica sobre la vacunación contra la influenza en pacientes con cardiopatía ($p = 0,04$). A su vez, 72,1% de los residentes y 74,5% de los especialistas no sabían de la existencia de distintos tipos de vacuna contra influenza en su país ($p = 0,053$). La Tabla 1 resume las perspectivas de los participantes sobre la seguridad de esta intervención. Respecto al momento de vacunación, solo el 26,7% de los residentes y el 42,0% de los especialistas consideraron seguro vacunar a un paciente durante la hospitalización o dentro del primer mes después de un síndrome coronario agudo ($p < 0,001$). Opiniones similares se mantuvieron respecto a la vacunación durante la hospitalización o dentro del primer mes después de la descompensación de insuficiencia cardíaca (42,4% versus 51,6%, respectivamente, $p = 0,043$). Solamente 33,9% de los residentes y 48,2% de los especialistas reconocieron el beneficio de la vacunación contra influenza para reducir el riesgo de infarto agudo de miocardio ($p = 0,002$; Tabla 2). Finalmente, el 63,0% de los residentes y 72,4% de los especialistas encontraron este tópico altamente relevante para su práctica diaria ($p = 0,024$), mientras que el 59,4% de los residentes y el 45,2% de los especialistas expresaron que necesitaban más formación en esta área ($p = 0,002$).

	Residentes (n=165)	Especialistas (n=467)	Valor p
La vacuna es muy beneficiosa para prevenir la infección por influenza	92,1%	87,8%	0,128
La vacuna es muy beneficiosa para reducir la incidencia de infarto agudo de miocardio	33,9%	48,2%	0,002
La vacuna es muy beneficiosa para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular	28,5%	38,8%	0,018
La vacuna es muy beneficiosa para prevenir la mortalidad	78,2%	80,3%	0,561
La vacuna es muy beneficiosa para prevenir hospitalizaciones	76,4%	85,9%	0,005

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que un número significativo de cardiólogos de Argentina desconoce la reducción de eventos cardiovasculares con la vacunación para influenza, siendo esto más notorio entre residentes. Además, es probable que exista una baja tasa de prescripción de vacunación durante o inmediatamente luego de un evento agudo, especialmente cuando este sea de origen coronario.

0779. RIESGO QUIRÚRGICO. ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Guillermo Alberto SUAREZ | Soledad PALACIO | Patricia BLANCO | Laura FLOR | Pablo Omar SCHYGIEL | Mayra Giselle VILLALBA NUÑEZ

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: Las complicaciones del postoperatorio ocupan el tercer lugar como causa de muerte detrás de la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, siendo más del 50% de origen cardiovascular. Su número se encuentra en crecimiento debido al incremento continuo de las intervenciones quirúrgicas. La evaluación previa de la fragilidad y multimorbilidad al igual que el diagnóstico y tratamiento precoz de la injuria miocárdica post cirugía no cardíaca (MINS) ocupan un lugar fundamental en la evolución prequirúrgica del adulto mayor (AM).

Objetivos: Evaluar si los cardiólogos consideran la fragilidad en la estratificación de riesgo preoperatorio de cirugía no cardíaca en pacientes AM y la importancia que otorgan al uso de marcadores biológicos para el diagnóstico de MINS.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta entre cardiólogos destinada a evaluar las herramientas que utiliza para estratificar al paciente AM que va ser sometido a una intervención quirúrgica programada y su manejo perioperatorio. Para ello se elaboraron preguntas simples sobre si habitualmente valora fragilidad en el prequirúrgico, si la misma influye en la decisión de realizar la cirugía, si considera que la edad cronológica es más relevante que la biológica al evaluar la capacidad de recuperación, si cree que la evaluación integral es importante en la preparación y manejo perioperatorio y si considera el uso de biomarcadores (como troponinas) en el pre y postquirúrgico.

Resultados: Se observaron los siguientes resultados: el 97% (99 c) considera que la fragilidad influye en la decisión de realizar una cirugía, el 99% (101 c) considera importante una evaluación integral del paciente (77 c totalmente de acuerdo y 24 c de acuerdo), el 51% (52 c) de

los encuestados no valora habitualmente fragilidad como parte del riesgo quirúrgico, el 26,5% (27 c) cree que la edad cronológica es más importante que la biológica en la recuperación y el 43,1% (44 c) considera que los biomarcadores son importantes en el pre y postquirúrgico.

Conclusiones: La mayoría de los cardiólogos encuestados considera que la evaluación de la fragilidad influye en la decisión quirúrgica y que la valoración integral es importante para una mejor preparación y manejo perioperatoria; a su vez no considera que la edad cronológica sea más importante que la biológica en la recuperación del paciente. Sin embargo, no realizan la valoración en su práctica habitual. Con respecto a las medición de troponina los cardiólogos respondieron que no la consideran importante o desconocen su valor, siendo herramientas fundamentales en la evaluación de MINS. Consideramos que debemos seguir trabajando en herramientas que permitan al cardiólogo clínico una fácil y rápida estratificación integral del paciente AMI con el fin de mejorar la evolución y evitar complicaciones potencialmente evitables.

0782. INCIDENCIA DE MUERTE Y EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR CADENAS LIVIANAS Y TRANSTIRETINA: DATOS DE UN REGISTRO INSTITUCIONAL

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio / Arritmias y Electrofisiología

Santiago DECOTTO | Eugenia VILLANUEVA | Ignacio BLURO | María Adela AGUIRRE | Elsa NUCIFORA | María Lourdes POSADAS MARTINEZ | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

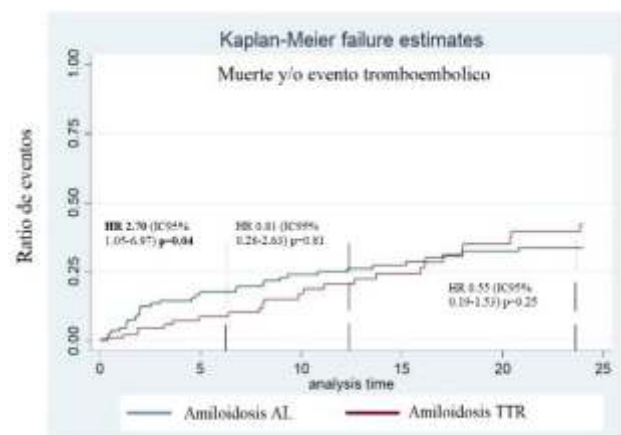
Introducción: Los pacientes con amiloidosis cardiaca (AC) presentan un pronóstico desfavorable debido al desarrollo de insuficiencia cardiaca, arritmias auriculares y eventos tromboembólicos. Se ha informado una elevada mortalidad e incidencia de eventos tromboembólicos en pacientes con AC, pero no disponemos de suficiente información acerca de la incidencia de estos eventos estratificados según tipo de AC.

Objetivos: Evaluar la incidencia de muerte y eventos tromboembólicos en pacientes con AC y estratificado según el tipo de amiloidosis.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AC por cadenas livianas (AL) y por transtiretina (TTR), incluidos en el Registro Institucional de Amiloidosis (ClinicalTrials.gov NCT01347047). Se consideraron como eventos tromboembólicos el accidente cerebrovascular, el accidente isquémico transitorio, la isquemia arterial aguda, la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar. Se realizó un seguimiento con censura administrativa a los 2 años para evaluar la incidencia del punto final primario de muerte y evento tromboembólico según presenten amiloidosis AL o amiloidosis TTR. Dado que existe evidencia de que los riesgos varían y no son proporcionales en el tiempo según el tipo de amiloidosis, se dividió el tiempo de seguimiento en tres intervalos: los primeros 6 meses, de 6 a 12 meses, y de 12 a 24 meses, estimándose un HR separado para cada intervalo.

Resultados: Se incluyeron un total de 201 pacientes con AC, 54% (n=109) con amiloidosis AL y 46% (n=92) con amiloidosis TTR. En el seguimiento a 2 años, la mortalidad total fue del 25% (n=50), la incidencia de eventos tromboembólicos del 9,5% (n=19) y del punto final primario combinado del 30% (n=60). Al realizar la comparación según tipo de AC, la incidencia del punto final primario combinado de muerte y evento tromboembólico fue superior durante el primer intervalo de tiempo (primeros 6 meses) en pacientes con amiloidosis AL comparado con aquellos con amiloidosis TTR (HR 2.70; IC 95% 1.05 - 6.97; p=0.04), y similar durante el segundo y tercer intervalo de tiempo (HR 0.81; IC 95% 0.28 - 2.63; p=0.81 y HR 0.55; IC 95% 0.19 - 1.53; p=0.25), respectivamente.

Conclusiones: En esta cohorte, los pacientes con amiloidosis AL tuvieron mayor riesgo de muerte y eventos tromboembólicos en etapas iniciales del seguimiento comparado con pacientes con amiloidosis TTR. Estos hallazgos destacan la importancia del monitoreo cercano y de considerar la posibilidad de una anticoagulación precoz en pacientes seleccionados con amiloidosis AL.





Sociedad Argentina de Cardiología