

## 0003 - PREVALENCIA E IMPLICANCIAS PRONOSTICAS DEL SINDROME CARDIORRENAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Cardiología Clínica

Natalia CIPOLLETTI

SANATORIO COLEGIALES

**Objetivos:** La afección renal y cardíaca como insuficiencia cardíaca aguda (ICA) constituyen una entidad denominada el síndrome cardiorenal (SCR). La implicancia pronóstica de la afección simultánea de estas dos entidades ha variado en los diferentes estudios. Al final de esta presentación usted podrá conocer la prevalencia del SCR entre pacientes que se internan por ICA, así como sus características demográficas e implicancias clínicas y pronósticas a nivel intrahospitalario.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 200 pacientes consecutivos, de manera retrospectiva, que ingresaron a nuestra institución entre julio de 2014 y junio de 2016 con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda, ya sea de nuevo inicio o como descompensación de una forma crónica. Se excluyeron aquellos que presentaron ICA asociado a un síndrome coronario agudo (p. ej., IAM Killip y Kimball  $\geq$  B). Se recolectaron variables clínicas, de laboratorio y de evolución intrahospitalaria de la historia clínica de los pacientes ingresados al registro. Se definió al SCR según parámetros de laboratorio con la afección renal concomitante caracterizado por la elevación de urea mayor a 50 U/L y/o creatinina mayor a 1.2 mg/dl, ya sea desde el ingreso o durante la internación con un empeoramiento mayor a 0.3 mg/dl. Finalmente, se analizaron y compararon características clínicas y evolutivas asociadas a la presencia de FA mediante test exacto de Fisher, Chi-cuadrado o Mann-Whitney, según correspondiera.

**Resultados:** Se analizaron 200 pacientes con una edad media de 77 años ( $\pm$  14 años). El 49% eran hombres, 87% hipertensos, 19% tenían antecedente de infarto previo y el 28.5% presentaban deterioro de la función sistólica del Ventrículo izquierdo (FSVI) moderada a severa. El 15.5% de los pacientes refirió el antecedente de insuficiencia renal crónica, sin embargo la prevalencia del síndrome cardiorenal en este grupo de pacientes llegó al 53%, conformándose en un 35% por pacientes que al ingreso ya presentaban alteraciones renales y un 18% que desarrollaron las mismas durante la estadía hospitalaria. El SCR afectó predominantemente al género masculino (35.8% vs 61%,  $p < 0.001$ ), refirieron con menor frecuencia el antecedente de hipertensión arterial (92.6% vs 82.9%,  $p = 0.024$ ), sin diferencias en la prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes. En su evolución intrahospitalaria, los pacientes que ingresaron con un cuadro de SCR o lo desarrollaron durante la internación se manifestaron con signos clínicos con frialdad de extremidades (4.2% vs 13.3%,  $p = 0.027$ ), con una tendencia a la progresión al shock cardiogénico (4.2% vs 10.5%,  $p = 0.093$ ) y con mayor requerimiento de la instrumentalización de la vía aérea (33.7% vs 52.4%,  $p = 0.008$ ), lo que llevo a una mayor tasa de eventos del punto final combinado de asistencia respiratoria mecánica/shock cardiogénico/muerte (40% vs 55.2%,  $p = 0.031$ ), aunque sin diferencias en la tasa de muerte. En el análisis multivariado, la presencia de un SCR persistió como predictor independiente del punto final combinado de asistencia respiratoria mecánica/shock cardiogénico/muerte (OR 1.833, IC 95% 1.040-3.228,  $p = 0.036$ ).

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca se presenta con un SCR. Su presencia se relaciona con mayores signos de hipoperfusión periférica, tendiendo a progresar al shock cardiogénico y evolucionando con mayor requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, con un significativo aumento del punto final combinado asistencia respiratoria mecánica/shock cardiogénico/muerte. Estos hallazgos evidencian que la presencia del SCR en pacientes que se internan por insuficiencia cardíaca podrían ser la expresión de un cuadro de mayor gravedad de la ICA.

Tabla 5	Odds Ratio	IC 95%	P
EDAD	0.99	0.978-1.020	NS
Fey moderada a severa	1.37	0.743-2.537	NS
Síndrome cardiorenal	1.833	1.040-3.228	0.036

## 0005 - ANGIOPLASTÍA CON STENT FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ELEVADO RIESGO QUIRURGICO. NUESTRA EXPERIENCIA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hermodinamia

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

Carolina Silvia BIRCHNER | María Del Carmen RUBIO | Antonio DR. SCUTERI | Liliana Noemí NICOLOSI

HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

**Objetivos:** La cirugía de revascularización coronaria se considera el tratamiento de elección en la lesión severa del tronco de la arteria coronaria izquierda (TACI). Es responsable de la irrigación del 75% de la masa miocárdica del ventrículo izquierdo en el tipo dominante derecho y/o en el tipo equilibrado y del 100% en el tipo dominante izquierdo. Por ende, la lesión severa del TACI coloca al paciente en una situación de riesgo elevado debido a la posibilidad de eventos potencialmente mortales, disfunción del ventrículo izquierdo y arritmias. Existen datos que muestran una eficacia y seguridad similar entre la cirugía de revascularización y la angioplastia con stent liberador de drogas. La estenosis severa del TACI ocurre en el 5-7% de los pacientes sometidos a angiografía coronaria. Sin embargo este hallazgo suele ser aun más prevalente en pacientes añosos en los cuales existe un mayor riesgo en la cirugía convencional. OBJETIVO: Evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento mediante angioplastia (ATC) con implante de stent liberador de fármacos, en lesiones severas del tronco de la arteria coronaria izquierda en pacientes con riesgo quirúrgico elevado.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva pacientes que recibieron ATC con stent liberador de fármacos a lesión severa del TACI. Se determinó la incidencia de eventos cardiovasculares y muerte. Se evaluó: antecedentes, factores de riesgo aterogénico y anatomía coronaria. Se utilizó el programa SPSS 23, para el análisis de las variables según correspondiera: para la estadística descriptiva de variables discretas con porcentajes y continuas con media y desvío estándar, con intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** Ingresaron 21 pacientes con un promedio de seguimiento de 18 meses con un mínimo de 12 y un máximo de 36 meses. Hombres 76.19% (16), edad 76.5  $\pm$  3.4 años (IC 95% 74.63-77.36). Las características de la población se detalla en la tabla. (Ref.: Referencias: HTA: hipertensión arterial, DPL: hipercolesterolemia, DBT: diabetes, TBQ: tabaquista, TBQ: tabaquista, IAM infarto agudo de miocárdio, ACE angina crónica estable, AI: angina inestable. IC: insuficiencia cardíaca, CRM: cirugía de revascularización miocárdica). Los pacientes presentaron conjuntamente con la lesión del TACI, lesión de la arteria descendente anterior 14 (66.66%), lesión de tres vasos coronarios 10 (47.61%) y dos vasos 4 (19.04%). SYNTAX II SCORE 39.71  $\pm$  3.19, EuroSCORE II 13.05  $\pm$  6.06 y ArgensCORE 37.40  $\pm$  6.86. Las complicaciones intra y peri procedimiento fueron: disección del TACI que fue resuelta en el procedimiento, y 3 pacientes que requirieron transfusión por sangrado. Mortalidad de causa cardiovascular: 4.75% (1), por trombosis aguda del stent en las primeras 24 hs. El 23.81% (5) de los paciente fallecieron durante el seguimiento a 2 años. La mortalidad por todas las causas fue: 4.76% (1) en el primer año y 19.04% (4) a los 2 años.

Factores de Riesgo	n (%)	Antecedentes CV	n (%)
HTA	18 (85.71)	IAM	7 (33.33)
Dislipemia	12 (57.14)	ACE	7 (33.33)
DBT	9 (52.80)	AI	3 (14.26)
TBQ	1 (4.76)	IC	2 (7.52)
Ex TBQ	12 (57.14)	CRM	6 (28.57)

**Conclusiones:** En los pacientes estudiados, la angioplastia del TACI resultó ser una alternativa válida a la cirugía de revascularización miocárdica con una baja incidencia de complicaciones intra y peri procedimiento en pacientes con elevado riesgo quirúrgico.

## 0006 - ASOCIACIÓN ENTRE LA SEPSIS Y LA FUNCIÓN VENTRICULAR. DIFERENCIA ENTRE AMBOS SEXOS

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Clínica

Unidad Temática 2: Ecocardiografía

Eduardo Matias TOBAR SALCES | Walter Ramon ALUSTIZA | Javier Fabian VENTRICE | Humberto Darío KENNY ACOSTA | Matias FOSCO | Julio Hector BISUTTI | Gastón Edmundo FERREYRA | Gisele Adriana Ruth FLORES | María Pia MARTURANO

SANATORIO PASTEUR DE LA CIUDAD DE CATAMARCA

**Objetivos:** La sepsis es un síndrome inducido por una infección evaluados por criterios diagnósticos como el score de SOFA mayor a 2. Nuestro objetivo es evaluar en nuestra población el impacto de ésta entidad en la función de ambos ventrículos y si existen diferencias entre ambos sexos.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo sobre 75 pacientes ingresados en forma consecutiva entre enero del 2016 a septiembre del 2017 con diagnóstico de sepsis a los cuales se les realizó durante la internación un ecocardiograma Doppler color y se estimó la fey por el método de Simpson. Las variables continuas se expresan por su mediana y rango intercuartílico (RIC) y se comparan mediante prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon. Las variables categóricas se expresan por su porcentaje y se comparan mediante prueba Chi Cuadrado. Se utilizó un nivel de significancia  $p < 0.05$ . También se utilizó análisis de regresión lineal y variables de expresión de interés con el fin de analizar la asociación de la función ventricular y otras variables de ajuste.

**Resultados:** La presión arterial sistólica (PAS) mediana en las mujeres fue de 133 mmHg (Rango intercuartílico (RI) 120-150) en los hombres PAS de 113 mmHg (RI 105-141). La presión arterial diastólica (PAD) fue de 82 mmHg (RI 70-92) en mujeres y de 70mmHg (RI 59-84) en los hombres. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) mediana fue de 56% (RI 39-62) y del ventrículo derecho (Fey VD) de 61% (RI 56-65), en las mujeres y FEVI mediana 65%, (RI) 60-66 y Fey del VD 57% (RI 39-62) en los hombres. La mediana del diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) fue 45% (RI 46-50), y del diámetro sistólico (DSVI) de 29 (RI 29-31) en mujeres y DDVI 51% (RI 47-55) y DSVI 35 (RI 30-42) en hombres, con una de  $p < 0,01$  en todas las variables analizadas. Se analizó por método de Regresión lineal multivariada como variable dependiente la FEVI y variable independiente (de exposición) de interés: sexo masculino, variables independientes (de exposición) de ajuste: edad, IAM previo, diabetes, insuficiencia renal y uso de inotrópicos.

**Conclusiones:** Se observaron diferencias significativas por sexo en pacientes con sepsis en la Unidad Coronaria. En los hombres se evidenció que tanto la PAS y PAD fueron más bajas al igual que la FEVI biventricular. Los diámetros ventriculares fueron mayores, resultando que en esta observación el sexo masculino presentó corazones más dilatados y con peor función. En el análisis multivariado, el sexo masculino se asoció significativamente y en sentido negativo con FEVI, independientemente del resto de variables de ajuste.