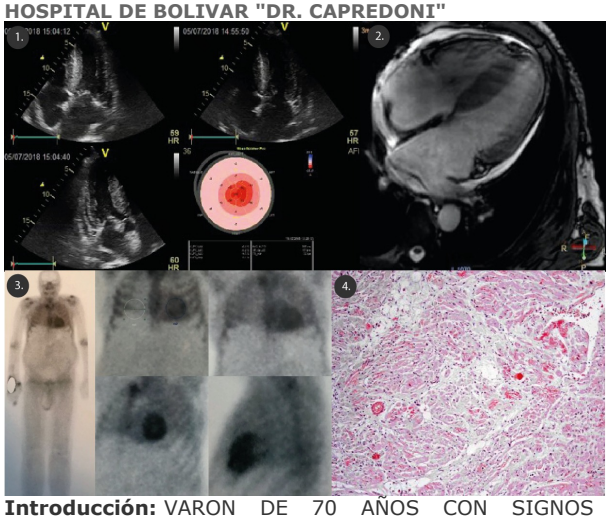
## 0005 - RECATEGORIZANDO LAS MIOCARDIOPATIAS CON FRACCION DE EYECCION CONSERVADA: AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA

MANGANIELLO, Carlos Francisco
**HOSPITAL DE BOLIVAR "DR. CAPREDONI"**



**Introducción:** VARON DE 70 AÑOS CON SIGNOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE ARROJAN COMO RESULTADO DEFINITIVO: MIOCARDIOPATIA INFILTRATIVA "AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA"

**Descripción:** VARON DE 70 AÑOS HIPERTENSO, COMIENZA SU ENFERMEDAD ACTUAL CON EDEMAS EN MIEMBROS INFERIORES, DISNEA CLASE FUNCIONAL II-II Y ORTOPNEA. SE REALIZAN LOS SIGUIENTES ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: ECOCARDIOGRAMA (1) DILATACION BIAURICULAR SEVERA, AUMENTO DE LOS ESPESORES PARIETALES, FRACCION DE EYECCION CONSERVADA (SIMPSON 71%), CON INDICES DE DEFORMIDAD DE FIBRA SEVERAMENTE DISMINUIDO (STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL -8) CON RELATIVA CONSERVACION DE LOS SEGMENTOS APICALES. CARDIORESONANCIA (2): ANULACION PRECOZ DEL POOL SANGUINEO, REALCE SUBENDOCARDICO DIFUSO EXTENSO EN AMBAS AURICULAS Y VENTRICULOS. SPECT CON PIROFOSFATO (3): VALORACION ENTRE EL NUMERO TOTAL DE CUENTAS DEL CORAZON CON RESPECTO A UN AEREA SIMILAR DEL TORAX CONTRALATERAL (RELACION H/CL) FUE DE 1.80, HALLAZGOS ALTAMENTO SUGESTIVO DE AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA (TTR). CONFIRMACION DIAGNOSTICA POR BIOPSIA ENDOMIOCARDICA (4): TINCION CON ROJO CONGO Y EXAMEN DE BIRREFRINGENCIA CON LUZ POLARIZADA, POSITIVO PARA AMILOIDE.

**Conclusión:** LAS MIOCARDIOPATÍAS INFILTRATIVAS POR AMILOIODOSIS TIPO TRANSTIRETINA (TTR), SE PUEDEN PRESENTAR CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA, PERO CON MARCADA ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN DE FIBRA (STRAIN FRANCAMENTE DETERIORADO: A PREDOMINIO DE LOS SEGMENTOS BASALES Y MEDIOVENTRICULARES, CON RELATIVA PRESERVACIÓN DEL APEX). DANDO EL GATILLO PARA REALIZAR ESTUDIOS QUE AYUDAN A CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO: CARDIORESONANCIA, SPECT CON PIROFOSFATO Y BIOPSIA ENDOMIOCARDICA. PUDIENDO COMENZAR TRATAMIENTO ESPECIFICO CON TAFAMIDIS.

## 0008 - ¿SE ASOCIA LA FIBRILACIÓN AURICULAR A SÍNDROME DE BAJO VOLUMEN MINUTO EN LA CIRUGÍA CARDÍACA?

CORTES, Paulina | BOCCACCI, Santiago Tomás | MASTANTUONO, Christian Gustavo | LEEDS, Ariel Federico | ZIVANO, Daniel Francisco
**SANATORIO DR. JULIO MENDEZ**

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en el post operatorio de cirugía cardiovascular siendo entre el 80-90% de todas las arritmias, su incidencia varía de acuerdo a la cirugía realizada y alcanza el pico de presentación entre el segundo y el tercer día. A pesar que muchos autores la consideran una arritmia benigna, se ha demostrado que los pacientes que la padecen presentan una morbimortalidad mayor, esto cobra un especial valor en los pacientes operados.

Tabla 1: Resultados

| | Sin SBVM (nº) | Con SBVM (nº) | RR | IC 95% | P |
|---|---|---|---|---|---|
| FA | 32,6% (136) | 45,6% (42) | 1,11 | 1,011-1,21 | 0,013 |
| Edad >65 años | 64% (268) | 67% (62) | 1,02 | 0,94-1,11 | 0,3 |
| FSVI <50 | 32% (102) | 56,5% (39) | 1,2 | 1,08-1,35 | 0,000013 |
| Sexo masculino | 66,7% (277) | 67% (62) | 1 | 0,92-1,09 | 0,5 |
| TCEC >= 100' | 36% (144) | 55% (50) | 1,15 | 1,05-1,27 | 0,0009 |
| CRM | 55% (230) | 59% (55) | 1,03 | 0,95-1,12 | 0,25 |
| RVAO | 21% (87) | 9,7% (9) | 0,88 | 0,81-0,95 | 0,007 |
| RVM | 5,5% (23) | 9,7% (9) | 1,14 | 0,92-1,43 | 0,1 |
| CRM-RVAO | 10,3% (43) | 11,9% (11) | 1,03 | 0,89-1,18 | 0,38 |

FA: Fibrilación auricular; FSVI: función sistólica del ventrículo izquierdo; TCEC: tiempo de circulación extracorpórea; CRM: cirugía de revascularización miocárdica, RVAO: reemplazo de válvula aortica; RVM: reemplazo válvula mitral.

**Descripción:** Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de FA en cirugía cardíaca. 2) Evaluar la asociación de FA y síndrome de bajo volumen minuto (SBVM) en cirugía cardíaca. 3) Valorar la mortalidad que presentan los pacientes con FA y SBVM. Materiales y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva 508 cirugías cardíacas realizadas entre enero del 2007 y diciembre del 2019 en el Sanatorio Dr. Julio Méndez de la ciudad de Buenos Aires, de las cuales se incluyeron cirugía de revascularización miocárdica, reemplazo de válvula aórtica y mitral, cirugía combinada, reemplazo bi-valvular y cierre de comunicación auricular entre otras. Se trabajó con variables categóricas, se aplicó el test de Chi cuadrado de Fisher, y se determinó significancia estadística con $p<0.05$. Además se evaluaron posibles confundidores aplicando análisis de regresión logística , el análisis fue realizado con Test de Hosmer y Lewershow ajustado con P: 0.04. Resultados: El promedio de edad fue de 67 años, predominó el sexo masculino con un 66%, se

sometieron a cirugía de revascularización miocárdica el 56% de los pacientes, reemplazo valvular aórtico (RVAo) el 18.9% y la cirugía combinada (CRM+RVAo) el 10.6% y el resto de las cirugías fue del 14.5%. La prevalencia de FA en el postoperatorio de cirugía cardiovascular fue de 35% y presentaron SBVM el 18% de los pacientes. Al comparar la incidencia de SBVM entre aquellos pacientes con FA y quienes mantuvieron ritmo sinusal, se observa que de un total de 178 pacientes del primer grupo, 42 presentaron SBVM (23.6%), mientras que en el segundo grupo 50 pacientes (15%), siendo este resultado estadísticamente significativo (P 0.013; RR 1.11). Se evaluaron posibles confundidores como sexo, edad, función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI), tiempo de circulación extracorpórea (TCEC), cirugía de revascularización miocárdica, RVAo y reemplazo de válvula mitral presentando significancia estadística para la asociación en los análisis la FSVI y el TCEC (tabla 1) mientras que al realizar el test de regresión logística la fibrilación auricular y su asociación a SBVM continuó siendo estadísticamente significativo con una P: 0.04. Además se evaluó la mortalidad en pacientes con FA y SBVM la cual fue de 42.8% siendo esto estadísticamente significativo (P: 0.000007) en comparación con pacientes sin FA ni SBVM, mientras que en los pacientes con SBVM sin presentar FA la mortalidad fue del 28% (P:0.0001), al analizar estos dos grupos entre sí no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos (P:0.6).
**Conclusión:** La prevalencia de FA fue del 35% en cirugía cardiovascular y se asoció a un aumento significativo del SBVM. En el análisis multivariado se descartaron posibles confundidores donde la FA continuó siendo estadísticamente significativa para la asociación con SBVM. No se evidencio un incremento estadístico de la mortalidad en pacientes con FA y SBVM. Es importante poder evaluar en un futuro si existe una disminución del síndrome de bajo volumen minuto al realizar profilaxis de fibrilación auricular en los pacientes post quirúrgicos.

## 0010 - RESOLUCION DE RUPTURA DE ARTERIA CORONARIA DURANTE ANGIOPLASTIA.

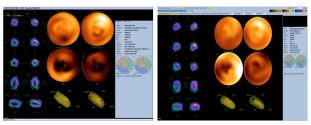
AGUDELO, Jorge | RODRIGUEZ, Santiago Ezequiel | BARRETO MANCERA, Ramiro | GALLI, Matias Alejandro | DE BEUS, Maria Belen | ROSADO, Martin
**HOSPITAL ESPAÑOL**

**Introducción:** Actualmente se realizan cerca de 2 millones de angioplastias en el mundo cada año, con un éxito angiografico del 98 % así mismo con una tasa de complicaciones menores al 5 % con una mortalidad varia en angioplastia electiva del 0.65%, angioplastia de urgencia 5-8%, con una mortalidad global del 1 -2 %. La incidencia de perforación coronaria es menor 0.6 % para la perforación tipo III varia según las series siendo menor del 1%, pero con una mortalidad muy alta, por lo que se presenta este caso.
**Descripción:** Hombre de 68 años factores de riesgo cardiovascular : Hipertension arterial, infarto de miocardio hace 1 años tratamiento medico, ex tabaquista, estrés, Dislipidemia, antecedentes patológicos : hipotiroidismo, cámara gama de 3 meses la cual informa defecto de captación en el territorio de la arteria Descedente anterior, antecedentes de medicación losartan 50 mg cada 12 horas, Atrovastatina 20 mg cada día, Acido acetil salicílico 100 mg cada día, Refiere hace 3 meses Angina de reciente comienzo Clase funcional II, en guardia se interpreta como Angina Inestable con isquemia subepicardica en cara anterior, Clase funcional III, realizan electrocardiograma ritmo sinusal, PR 160 ms, QRS 80 ms, eje 45, T negativa en V1V2V3V4, Ecocardiograma Transtoracico sin alteraciones, posteriormente, se solicita la cinecoronariografia la cual evidencia Oclusión de arteria descendente anterior que luego de un corto recorrido recanaliza, sin tortuosidad, calcificación moderada en segmento proximal a medio, se procede a solicitar angioplastia a la arteria descendente anterior, como oclusión crónica, JCTO 2 moderado, se realiza se avanza una cuerda 0.014" logrando posicionar en el lechos distal de la arteria, donde se evidecia una perforación coronaria (Ellis tipo III) en segmento proximal a medio, sin descompesancion hemodinámica, Asintomático, por lo que se revierte anticoagulación, paso seguido se avanza un balón 2.0 x 15 mm logrando abrir la arteria, observando una lesión severa en segmento proximal a medio así mismo se posiciona e insufla el balón a nivel de la perforación por aproximadamente 15 minutos luego en el control angiografico no se observa la perforación ya, paso seguido se realiza angioplastia, en el ultimo control angiografico no se evidencia la fuga del material de contraste, por lo que se finaliza el procedimiento, pasando a la unidad coronaria, luego se realiza un ecocardiograma transtoracico que evidencia derrame pericárdico leve, evolucionado asintomático, sin complicaciones.
**Conclusión:** Los eventos adversos serios como complicaciones en la angioplastia como perforaciones coronarias la mortalidad es muy alta, aun teniendo varias terapéuticas para intervenir.

## 0022 - MIOCÁRDIO HIBERNANTE COMO FORMA DE DESENVOLVIMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ALVES DA COSTA, Fernando Augusto(1) | ALVES DA COSTA, Leandro Menezes(1) | FELICIO, Vivian(1) | RIGO, Letícia(2)
**CLÍNICA PAULISTA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES (1); HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO (2)**

PRÉ E PÓS



**Introducción:** Pacientes em tratamento de insuficiência cardíaca podem ter como causa a hibernação miocárdica provocada pela doença coronariana e estado contínuo de isquemia. Miocárdio hibernante é vastamente estudado porém muitas vezes não diagnosticado e não tratado, promovendo piora da insuficiência e aumento da mortalidade dos pacientes.
**Descripción:** Descrevemos caso de paciente masculino, 54 anos que vinha apresentando quadro progressivo de dispneia com limitação das atividades para mínimos esforços nos últimos doze meses apesar do tratamento otimizado. Internado para investigação e tratamento foi submetido a cintilografia do miocárdio que revelou grave comprometimento da função ventricular com Fração de Ejeção de 28% áreas de isquemia e músculo viável. No estudo hemodinâmico evidenciou-se lesões graves com indicação para revascularização cirúrgica do miocárdio onde foram feitas anastomoses da artéria torácica interna esquerda com descendente anterior, anastomose da artéria torácica interna direita com marginal esquerda e enxerto de safena aorta coronária direita. Após a cirurgia paciente evoluiu de forma excelente com desaparecimento da insuficiência cardíaca, redução das drogas e com notável melhora da qualidade devida. Submetido a cintilografia de controle após dez meses da cirurgia que mostrou melhora da contratilidade e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 63%.
**Conclusión:** Miocárdio hibernante é frequente no nosso meio, pode ser uma causa reversível da insuficiência cardíaca quando possível de tratamento,devendo ser pesquisada em pacientes com insuficiência cardíaca,principalmente naqueles com fatores de risco positivos para desenvolvimento da doença arterial coronária.

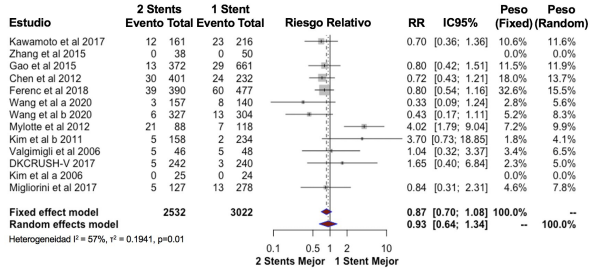
## 0023 - ANÁLISIS COMPARATIVO DE ANGIOPLASTIA DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA CON USO DE 2 STENTS VS 1 STENT: RESULTADOS DE UN META ANÁLISIS

CHIABRANDO, Juan Guido | ROMEO, Francisco Jose | AGATIELLO, Carla Romina | ROJAS MATAS, Carlos Alberto | FERNANDEZ, Alejandro Diego | BERROCAL, Daniel H.

**Hospital Italiano de Buenos Aires**

| Autor | Año | Pacientes, no. | Tipo de estudio | Seguimiento (meses) | Edad (años) | Masculino (%) | Diabetes (%) | Angina cronica estable (%) | IVUS (%) | Radial (%) | SYNTAX (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kawamoto et al | 2017 | 377 | Retrospectivo | 27.3 | 70.6 | 79.1 | 42.7 | 76.5 | 24.8 | 12.2 | 29.5 |
| Zhang et al | 2015 | 88 | Prospectivo | 24 | 59.5 | 70.9 | 14.9 | 100 | 5.6 | | |
| Gao et al | 2015 | 1033 | Prospectivo | 48 | 60 | 81.4 | 24.5 | 32.7 | 43 | 54 | 25.5 |
| Chen et al | 2012 | 633 | Prospectivo | 60 | 67.2 | 79.5 | 28.6 | 78.8 | 17.8 | 43.5 | 36.9 |
| Ferenc et al | 2018 | 867 | Prospectivo | 37.2 | 70.4 | 74.7 | 29 | 72.7 | | | |
| Wang et al Simple | 2020 | 631 | Prospectivo | 36 | 60.4 | 80.3 | 28.3 | 34.2 | 41.5 | 61.8 | 25.7 |
| Wang et al Compleja | 2020 | 297 | Prospectivo | 36 | 62 | 80 | 29.2 | 41.4 | 41.2 | 62.2 | 28.4 |
| Mylotte | 2012 | 206 | Prospectivo | 60 | 68.9 | 76.4 | 27.8 | 54.8 | | | 22.7 |
| Kim (b) | 2011 | 392 | Retrospectivo | 36 | 71.2 | 74.6 | 32.8 | 34.9 | 75.3 | | 25.3 |
| Valgimigli et al | 2006 | 94 | Prospectivo | 19.6 | 63.5 | 63.5 | 26.5 | 51 | | | |
| DKCRUSH V | 2017 | 482 | Randomizado | 12 | 64.5 | 80.3 | 27.2 | 12.3 | 28.5 | 76.4 | 30.6 |
| Kim et al (a) | 2006 | 116 | Prospectivo | 18.6 | 60.1 | 74.6 | 29.1 | 48.6 | 88.7 | | |
| Migliorini et al | 2017 | 405 | Prospectivo | 12 | 71 | 80 | 25 | 60 | 70 | | |
| Promedio | | | | 32.8±2 | 65.3±5 | 76.6±5 | 28.1±6 | 53.4±24 | 43.6±27 | 51.7±22 | 28±4 |

**Introducción:** La estenosis angiográficamente significativa del tronco de coronaria izquierda (TCI) presenta una prevalencia de 5-7%, con un compromiso predominante del tercio distal en un 80%. La utilización de 1 o 2 stents en la angioplastia (ATC) de TCI ha presentado resultados controversiales en la literatura medica. El objetivo de este trabajo es analizar eventos cardiovasculares relacionados a la ATC de TCI mediante una búsqueda sistemática y meta análisis.



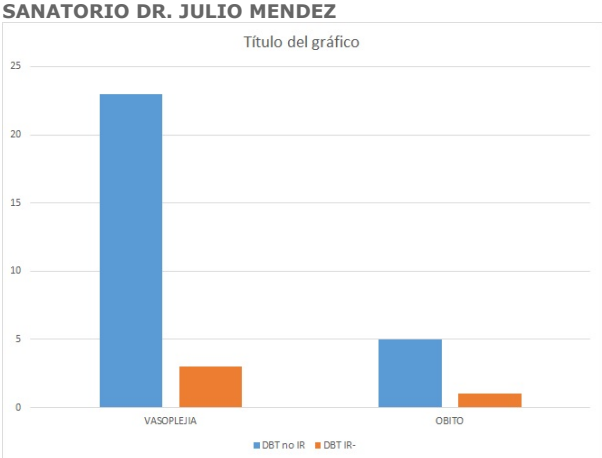

**Descripción:** Se realizo una búsqueda sistemática de aquellos trabajos prospectivos (observacionales o randomizados) que hayan utilizado stent con drogas en ATC de TCI desde 2000 hasta 2020. El objetivo principal del trabajo fue la muerte por todas las causas. Objetivos secundarios fueron infarto agudo de miocardio, fallo de la lesión tratada (FLT), fallo del vaso tratado (FVT) y trombosis del stent (ST). Se utilizo el "random effect model" como método de análisis. Se estimo el riesgo relativo (RR) así como el intervalo de confianza 95% (IC95%) de todos los eventos a analizar. La heterogeneidad de la muestra se determino con el estadístico I2 y el test de Q. El sesgo de publicación se determino con gráficos de Funnel, y con el test de Egger. Un valor de $p<0.05$ se considero estadísticamente significativo. Todos los análisis de hicieron con software R. Se identificaron 998 artículos, de los cuales 3 se eliminaron debido a duplicación de artículos y 784 artículos debido a que no estaban relacionados con el tema o no presentaban los criterios de inclusión mencionados. 68 artículos se leyeron en su versión completa, seleccionando 13 para el análisis final. Solo uno de los trabajos fue randomizado, incluyendo 5621 pacientes con un seguimiento promedio de 32.8±2 meses. Las variables demográficas se observan en la tabla. No hubo diferencias significativas entre la utilización de 2 stents comparada con 1 stent en el objetivo primario de muerte por todas las causas (RR 0.93 IC95% [0.64-1.34] p=0.69] (Figura). No hubo diferencias en los objetivos secundarios de IAM, FLT, FVT (RR 0.99 IC95% [0.59; 1.65] p=0.97; RR 1.36 IC95% [0.94; 1.95] p=0.10 y RR 1.28 IC95% [0.99; 1.66] p=0.06 respectivamente). La utilización de 2 stents en comparación de 1 stent estuvo asociado a una menor incidencia de ST (RR 0.64 IC95% [0.44; 0.91] p=0.01). Se observo heterogeneidad significativa de todos los objetivos salvo del evento trombosis del stent. No se observo sesgo de publicación en ninguno de los objetivos del trabajo

**Conclusión:** La utilización de 2 stents en angioplastia de bifurcación de TCI no se asocio a mayor mortalidad que la utilización de 1 stent. Se observo menor incidencia de trombosis del stent con la técnica de 2 stents.

## 0025 - ¿SE ASOCIA LA DIABETES MELLITUS A VASOPLEJIA EN EL POSTQUIRURGICO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR?

REYES, Silvina Soledad | MASTANTUONO, Christian Gustavo | LEEDS, Ariel Federico | ZIVANO, Daniel Francisco

**SANATORIO DR. JULIO MENDEZ**



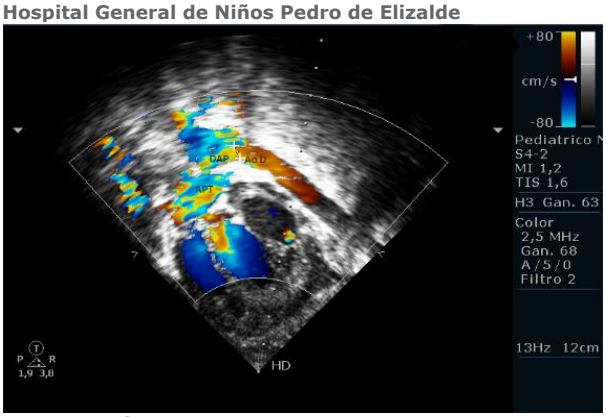

**Introducción:** Si bien el sindrome vasopléjico en el postoperatorio de cirugía cardiaca es muy variable, los reportes oscilan entre 0,4 y 40 %, presentando en este caso una altísima mortalidad y morbilidad. Se mencionan dentro de los predictores de vasoplejía a la diabetes mellitus, el deterioro de la función sistólica de ventrículo izquierdo, antecedente de insuficiencia cardiaca, entre otros. En este estudio se analizaron a los pacientes con antecedentes de diabetes mellitus que fueron sometidos a cirugía cardiaca y presentaron en el posquirúrgico inmediato síndrome o shock vasopléjico.

**Descripción:** Objetivos: 1) Determinar si la diabetes mellitus se asocia de forma estadística a la presencia de vasoplejia (shock vasopléjico o síndrome vasopléjico) en el postquirúrgico de cirugía cardiovascular. 2) Evaluar si los pacientes con diabetes mellitus bajo tratamiento con insulina presentaron mas vasoplejia comparado con aquellos tratados con hipoglucemiantes orales. 3) Determinar si la presencia de diabetes y vasoplejía se asocia a mayor mortalidad. Material y métodos: Se analizaron un total de 508 pacientes sometidos a cirugía cardiaca que incluyo cirugía de revascularizacion miocardica, cirugía de reemplazo valvular y cirugías combinadas desde Enero de 2007 a Junio de 2019. Entre dichos pacientes se analizó la presencia de diabetes mellitus asociado a la

presencia de vasoplejia (sindrome vasoplejico o shock vasoplejico). Se analizaron variables categóricas sometidas a prueba de chi cuadrado considerando estadísticamente significativo a un valor de p: 0.05. Resultados: La edad promedio fue de 67 años, el 66.8% fueron de sexo masculino, la fracción de eyección promedio fue 55,4%. El porcentaje de cirugía de revascularización miocárdica fue de 56%, válvular aórtico 18.9%, cirugías combinadas 10,6%, el resto de las cirugías representó el 14,5%. La prevalencia de pacientes con diabetes mellitus fue 27% (N:138), entre los cuales el 17,4% eran insulinorequerientes (N: 24) De los pacientes con diabetes mellitus, 26 presentaron vasoplejia (18,84%) con un valor de p: 0,3 sin significancia estadística. Entre estos pacientes un total de 13 pacientes presentaron síndrome vasopléjico (9,4%) y otros 13 pacientes presentaron shock vasopléjico (9,4%). De los pacientes con diabetes mellitus no insulinorequirientes que tuvieron vasoplejía el numero total fue 23 pacientes, y los insulinorequiriente fueron 3 pacientes, con una P: 0,8, no estadísticamente significativo. Los pacientes que tuvieron tiempos de circulación extracorpórea prolongados definidos como igual o mayor a 100 minutos fueron de 23,7% (N: 46) no significativo estadísticamente. La mortalidad total de los pacientes que tenia diabetes mellitus y presentaron vasoplejia fue 19,3% (N: 5), sin significancia estadística. Los pacientes que presentaron función sistólica de ventrículo izquierdo severa fueron un total de 29 pacientes de los cuales 10 pacientes (34,4%) además presentaron vasoplejía siendo esta asociación estadísticamente significativa con un valor de P: 0,04.
**Conclusión:** Si bien en algunos reportes se menciona a la diabetes mellitus como factor predictor preoperatorio de vasoplejía, en la población analizada no pudo identificarse una relación entre ambas variables. Tampoco se asocio a mayor indice de vasoplejía aquellos pacientes que recibían tratamiento con insulina comparado con aquellos que recibían hipoglucemiantes orales. No se evidencio mayor mortalidad en pacientes con diabetes mellitus que presentaron vasoplejía comparado con pacientes no diabéticos. La función sistólica del ventrículo izquierdo menor a 30% represento un valor estadístico para determinar la presencia de vasoplejía.

## 0026 - GUÍA ECOCARDIOGRÁFICA EN EL CIERRE DE DUCTUS DEL PREMATURO: UTILIDAD DE LA VISTA SUBXIFOIDEA

ACKERMAN, Judith | LUCINI, Victorio | MARQUES VITORINO, Maria Adelia | DE DIOS, Ana María Susana | FLORES, Jose Enrique | DAMSKY BARBOSA, Jesús María
**Hospital General de Niños Pedro de Elizalde**




**Introducción:** El ductus arterioso permeable (DAP) se asocia a una importante morbi-mortalidad, especialmente en neonatos prematuros de muy bajo peso al nacer (RNPTBP). Su tratamiento sigue siendo un tema de controversia. El cierre percutáneo del DAP está bien establecido en lactantes con peso > 5 kg, pero en < 5 Kg representa aún un desafío, si bien ya se ha realizado con éxito. El escenario ideal es el cierre percutáneo del DAP del RNPTBP en la sala de neonatología, en su propia incubadora y guiado por ecocardiografía transtorácica (ETT). La ETT permite visualizar adecuadamente el DAP, valorar sus dimensiones, su repercusión hemodinámica y descartar defectos asociados que modifiquen la conducta terapéutica. Las vistas ecocardiográficas habituales en el cierre de DAP guiado por ETT son: vista eje corto al nivel de grandes vasos paraesternal izquierda, la vista supraesternal eje largo y la vista supraesternal coronal, y un eje intermedio entre las vistas supraesternal y paraesternal izquierda que permite la visualización del DAP en toda su extensión.
**Descripción:** Se presenta el caso de una RNPTBP que fue derivada al servicio de Neonatología de nuestra institución con diagnóstico de insuficiencia cardiaca secundaria a DAP. Antecedentes: RNPTBP, 30 semanas de gestación, peso de nacimiento: 950 g. Se encontraba en asistencia respiratoria mecánica (ARM) y con medicación inotrópica. Había recibido dos series de indometacina sin lograr el cierre. A su ingreso al hospital la paciente tenía 11 días de vida, pesaba 900 g, se encontraba en ARM y con inotrópicos, presentaba precordio activo, pulsos amplios, soplo sistodiastólico, R3. La radiografía de tórax mostraba cardiomegalia y edema pulmonar. Se valoró por ETT un DAP con signos de hiperflujo pulmonar y sobrecarga hemodinámica. Se midieron: el cabo pulmonar: la ampolla ductal y el largo del DAP. La paciente no se encontraba infectada. Se realizó el cierre de DAP en la incubadora del paciente, bajo guía ecocardiográfica. Si bien la valoración inicial pudo realizarse sin dificultad en las tomas convencionales, la paciente comenzó a presentar taquicardia e insaturación coincidente con la presión ejercida en el tórax por el transductor ecocardiográfico. Por tal motivo se optó por la vista subxifoidea sagital, con proyección hacia el arco aórtico, vista que permitió una excelente visualización del DAP en esta paciente y permitió realizar la guía de manera confiable. Completado el cierre percutáneo se realizó la valoración del resultado, verificando el cierre del DAP, la permeabilidad y pulsatilidad adecuada de la rama pulmonar izquierda, la ausencia de coartación de aorta y la indemnidad de las estructuras. El procedimiento fue exitoso y sin complicaciones. Posterior al procedimiento la paciente disminuyó los parámetros de ARM y el requerimiento de inotrópicos. La clínica y la radiografía de tórax mejoraron de forma significativa. Falleció 21 días después del procedimiento por un cuadro de sepsis.
**Conclusión:** La ETT es una excelente guía para el cierre del DAP de los RNPTBP permitiendo realizar el procedimiento en la sala de neonatología y en la incubadora del paciente. La vista subxifoidea permite la adecuada visualización del corazón y grandes vasos así como del DAP en toda su extensión, pudiendo ser una vista de elección en los pacientes pequeños.

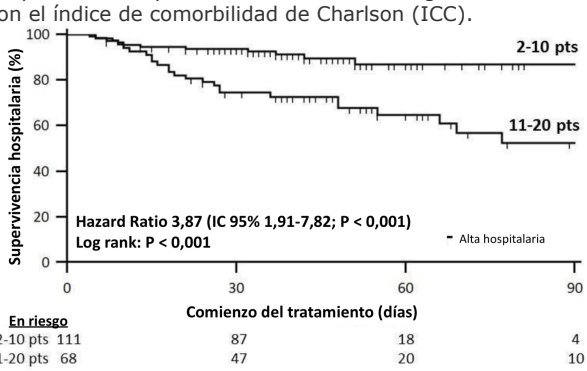
## 0029 - INTERVALOS QT, QTC, EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DE LACTANTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. PREVALENCIA DE SINDROME QTC LARGO O CORTO

GORAL, Jorge Luis | BARBOSA, Osvaldo | MONTIVEROS, Ana Cecilia | ABENANDO, Maria Jose | WIERESZEN, Pamela Alejandra | VIZGARRA, Mercedes | CASTRO, Patricia Gladys | FORTE, Guillermina | MARANGONI, Silvina | DELGADO, Sandra
**CENTRO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA SALUD. CAPS Nº10**
**Introducción:** Objetivo: 1) Evaluar intervalos QT y QTc corregidos (QTc) en lactantes en la Atención Primaria. 2) Diagnostico del SQTL/C utilizando formula validada de corrección de QTc. 3) Evaluar Prevalencia de QTc espurios en esta población. 4) Variables Frecuencia cardíaca y sexo Materiales y Métodos: Estudio prospectivo unicentrico, del registro electrocardiográfico de 65 pacientes (p) lactantes: <= 2 años (GT) consecutivos, 43.1% varones, media 1.59 años ± 4.9 meses, que concurrieron a Cardiología infantil en la Atención Primaria. Para evitar QTc espurio se efectuaron ECG post 3ra semana de vida. En el ECG las medidas se realizaron manualmente en derivación D II y V5. (Fc. intervalos (mseg): R/R, QT). Para QTc los valores se ajustaron a la Fc. mediante fórmula:

Bazett: (B) (QTc=QT/RR 0.5), Variable sexo y QTc para Fc: <=100, >100/<=130 y >130. Se considero: QTc: normal >= 300/<=440/450 mseg (M/F), limite: >440/450-<460, prolongado: >460/<470 mseg, largo >=470-<500 mseg y corto: <300 mseg. (Davignon. 1979). Protocolo: Si 1er ECG es >440 mseg, hacer 2do ECG al mes y si este es >440/<470 mseg: se evalúa: Historia Clínica, AHF, análisis y holter 3c. Todos los (p) con RS con Fc. <160/min. El ECG fue interpretado en forma independiente por 2 cardiólogos. En discrepancias >= 10 mseg hubo 3ra opinión. Se excluyeron DBT1, y ECG de mala calidad técnica.
**Descripción:** Resultados: GT: medias electrocardiográficas: Fc: 133±21/min, intervalos (msg): RR 0.465±98, QT 286±14, QTc: (B): 421±20; El 63.6% (varones:38.1%) de los (p) tenía Fc >=130/min; el 24.2% (varones: 37.5%) tenía Fc:<=100/min y el 12.2% de los (p) (varones: 12.1%) tenía Fc >100/<130 Para Fc: <=100, >100/<=130 y >130, intervalos (msg): RR 0.600±0.01, 0481±0.021 y 0.404±0.020; QT 320±30, 290±16 y 270±26; QTc: (B): 413±39, 418±19 y 425±27 Prevalencia de QTc (B): limite 6/65 (p) =9.2%, (443/443/443/444/450/459 mseg) = sexo (M/M/M/M/F/M); prolongado = 3/65 (p) =4.6%, (462/465/465 mseg) =sexo (M/F/F); largo =0%. Se evaluó QTc espúrio siguiendo protocolo de (Guías/Task Force/SEC, Schwartz PJ. EHJ.2002) GT: Prevalencia de QTc (B) >440 mseg en 1er ECG = 9/65p=13.8%, según sexo: M/F (6/65 y 3/65 (p) = 9.2 y 4.6%. Prevalencia de QTc: (B) >440/<470 mseg en 2do ECG = 3/65p= 4.6%, según sexo: M/F (1/65 y 2/65) = 1.5 y 3%. Valores: 443/450/465 mseg. Dado la normalizacion del QTc, se consideraron 6 (p) con QTc espúrios: 9.2%, (M/F=5/1), (lactantes con media 1.8 meses). En seguimento y control con ECG, 3 (p), sin câmbios del QTc (B) a los 9 meses (ningún (p) tenia antecedentes persoales, analisis anormales ni AHF). No hubo neonatos con QTc >= 470 mseg. GT: Para variable sexo M/F, medias: Fc: 132±20 y 134±22, intervalos (msg): RR 0.475±0.1 y 463±8.8; QT 287 ±21 y 285±39; QTc: (B) 422±32 y 420±38; p NS por sexo Prevalencia de QTc< 350 mseg (1/65) =1.5%, 1 (p) con QTc: (B) 316mseg. No hubo neonatos con QTc <= 300mseg
**Conclusión:** Conclusiones 1.El QTc(B) sigue siendo muy sensible, aun a Fc muy altas 2.Hacer ECG seriados cuando inicialmente el QTc es mayor de 440mseg, dado que uno de cada 8 lactantes hasta los 3 meses tuvo QTc espurio, aunque hay reportes de hasta 1año. 3.En nuestra serie, si bien es pequeña, no se detectó SQTL/C 4. El informe del QTc en neonatos/lactantes, debería ser screnning, en prevención de Muerte Súbita

## 0033 - LA PUNTUACIÓN SHARPEN PREDICE COM PRECISIÓN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UN ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL MUNDO REAL

HAERTEL MIGLIORANZA, Marcelo(1) | GIUSTI ALVES, Sofia(2) | BARCELLOS FILIPPINI, Filippe(1) | PAGLIOLI DANNENHAUER, Gustavo(1) | SEROISKA, Gabriel(1) | MARCON BISCHOFF, Helena(1) | SCHMIDT BIRK, Luiz Felipe(1) | TERRA, Diego Henrique(1) | SGANZERLA, Daniel(1) | PIVATTO JÚNIOR, Fernando(2)
**FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA (IC-FUC) (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (2)**
**Introducción:** Las puntuaciones de pronóstico en la endocarditis infecciosa (EI) pueden ayudar a identificar los pacientes de alto riesgo y orientar las decisiones terapéuticas personalizadas. Sin embargo, las puntuaciones específicas de IE se han validado solo en pacientes quirúrgicos. La puntuación SHARPEN es una puntuación de riesgo exclusiva de EI desarrollada para predecir la mortalidad hospitalaria independientemente de la cirugía cardíaca. Nuestro objetivo es validar y comparar la capacidad predictiva de SHARPEN con el índice de comorbilidad de Charlson (ICC).




**Descripción:** Métodos: cohorte retrospectiva de todos los ingresos consecutivos de adultos entre 2000 y 2016 con diagnóstico de EI definitiva, según Criterios de Duke Modificados. Las habilidades predictivas se evaluaron con el estadístico C y se compararon mediante la prueba DeLong. Modelos de regresión de Cox fueran utilizados para calcular las razones de riesgo de mortalidad hospitalaria. Resultados: se registraron 179 ingresos por EI (70% varones; 55±17años) con una mortalidad hospitalaria del 22%. Se requirió cirugía cardíaca en 68 (38%) de los pacientes. Los puntajes calculados de SHARPEN y CCI fueron 9 (7-11) y 3 (1-6) puntos, respectivamente. SHARPEN pudo predecir la mortalidad hospitalaria con un AUC de 0,76 (p <0,001) y un punto de corte> 10 puntos. La mortalidad fue significativamente mayor (41,2% frente a 10,8%; p <0,001) en pacientes con SHARPEN> 10 puntos. A pesar de una precisión similar en la población general, en el subgrupo no operado la puntuación SHARPEN (AUC = 0,77) fue superior al CCI (AUC = 0,62) en la predicción de la mortalidad hospitalaria (P = 0,03). En el análisis multivariado, solo SHARPEN> 10 fue un predictor independiente de muerte (HR 2,72; P = 0,006).
**Conclusión:** La puntuación SHARPEN mostró una precisión adecuada con un alto valor predictivo negativo y fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria. Por tanto, debe considerarse su aplicación para estratificar a los pacientes con EI de alto riesgo en un entorno clínico.