SAC
Sociedad Argentina de Cardiología

# SAC.25

y el 21° Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

# TEMAS LIBRES

15, 16 y 17 de OCTUBRE 2025
La Rural, Predio Ferial
de Buenos Aires

## 0005 - EVALUACIONES CARDIOVASCULAS Y DE APTITUD FÍSICA DE FUTBOLISTAS PROFESIONALES MUJERES EN ARGENTINA.

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Roberto Maximino PEIDRO[1] | Marcelo MILANO[2] | Rodrigo MILANO[1] | Martina PEIDRO[3] | Graciela Beatriz BRION BARREIRO[4] | Luis PARRILLA[5] | Franco DE BEER[3] | Oscar VILLANUEVA[1]

*Futbolistas Argentinos Agremiados[1]; Universidad Barcelo[2]; Centro Cardiológico Salud[3]; Universidad Favaloro[4]; Cenard[5]*

**Introducción:** El fútbol femenino es profesional en Argentina desde 2019. El volumen de investigación es notoriamente inferior cuando se lo compara con el fútbol masculino.

**Objetivos:** Describir los hallazgos cardiológicos y de aptitud física de futbolistas profesionales mujeres (FPM) y las patologías cardiovasculares que llevaron a la suspensión definitiva del fútbol competitivo

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional transversal y descriptivo de FPM realizadas en el tamizaje precompetitivo de 2023. Se revisaron las evaluaciones efectuadas en 2019, 2021, 2022 y 2023 para detectar los casos con suspensión definitiva del deporte profesional. Las evaluaciones incluyeron: anamnesis, examen físico, electrocardiograma de reposo (ECG), ergometría máxima en cinta (PEG) y ecocardiograma Doppler (Eco)

**Resultados:** Fueron analizadas 1716 FMP para determinar número y causa de suspensión definitiva del deporte. Se analizaron los hallazgos de 346 FPM evaluadas en el 2023. Edad 22.82±5,4 años. Peso 59,8± 7.1 Kg. Talla 162,5 ± 6,5 cm. IMC 22,62± 2.19 Kg/m2. Hallazgos: A. anamnesis: muerte súbita familiar 6 (1,73%), cardiopatías genéticas en familiares 5 (1,47%). B. Examen físico: 15 soplos sistólicos (características de no patológicos) 4,33%, 1 hipertensión diastólica de reposo (0,28%). C. ECG: frecuencia cardíaca (FC) promedio: 76.61 ± 12.97. PR: 140.98 ms ± 19.15. Cuarenta (11,5%) hallazgos atribuibles al deporte: bradicardia sinusal: 22 (6.35%), ritmo de la unión A-V 1 (0.29%), repolarización precoz 10 (28.9%), bloqueo incompleto de rama derecha (QRS mellado en V1 V2): 7 (2.02%). Extrasístoles ventriculares (EV) aisladas: 1 (0.29%). Ondas T negativas: 33 (9.5%): derivaciones DII aVF: 7 (2,02 %); derivaciones V2 V3: 22 (6,3%), V5 V6: 4 (1,15%). Total de hallazgos en ECG 34 (9,8 %). D. PEG: EV en esfuerzo o recuperación 3 (0,87%), velocidad máxima: 12,27 (e/10 y 16) Km/h. FC máxima 179,2 (e/150 y 220) LPM. No se registraron cambios patológicos del ST. E. Eco: diámetro diastólico ventricular izquierdo 45.19 mm (entre 54 y 36). Diámetro sistólico ventricular izquierdo: 28.45 mm (entre 38 y 20), fracción de eyección ventricular izquierda: 67.4 % (entre 80 y 56). Septum en diástole: 8.44 mm (entre 11.9 y 6), pared posterior: 8.13 mm (entre 11.1 y 6). Hallazgos en Eco 20 (5,8 %): prolapso valvular mitral leve: 6 (1.73%), válvula aórtica bicúspide: 1 (0.29%), hipertrabeculado apical izquierdo 1 (0.29%), aneurisma de septum interauricular: 6 (1.73%), comunicación interauricular pequeña: 2 (0.58%), inserción apical de músculos papilares: 2 (0.58%), ventrículo derecho dilatado: 2 (0.58%). Estudios de segundo nivel solicitados: 7 (1,73%): Holter 24 horas 3, resonancia magnética cardíaca 3 y monitoreo ambulatorio de presión arterial 1. De las 1716 evaluaciones, 2 (0,12%) tuvieron suspensión de la actividad: 1 por fibrilación auricular de esfuerzo en paciente con anomalía coronaria y la otra por dilatación de raíz aórtica

**Conclusión:** Las evaluaciones fueron útiles para la detección de anormalidades cardiológicas que requirieron suspensión de la práctica deportiva o seguimiento en el tiempo. Los parámetros descriptos son los primeros en nuestro país en un número elevado de FPM y podrían ser tomados como base para investigaciones posteriores.

## 0006 - COMPARACIÓN DE HALLAZGOS CARDIOLÓGICOS EN EVALUACIONES PREPARTICIPATIVAS ENTRE FUTBOLISTAS PROFESIONALES MUJERES Y HOMBRES.

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Roberto Maximino PEIDRO[1] | Rodrigo Alejandro MILANO[2] | Marcelo MILANO[3] | Luis PARRILLA[4] | Martina PEIDRO[5] | Franco DE BEER[5] | Graciela Beatriz BRION BARREIRO[1] | Oscar VILLANUEVA[6]

*Universidad Favaloro[1]; Club Universitario de Rosario[2]; Universidad Católica De Salta[3]; Asociación de Médicos Deportólogos de Argentina (AMDARG)[4]; Centro Cardiológico Salud[5]; Futbolistas Argentinos Agremiados[6]*

Introducción: El fútbol femenino es profesional en Argentina desde 2019. El volumen de investigación es notoriamente inferior cuando se lo compara con el fútbol masculino. Argentina no es la excepción a este estado de cosas y la investigación local en la futbolista profesional mujer (FPM) es muy escasa.

Objetivos: Comparar los hallazgos electro y ecocardiográficos de un grupo de futbolistas profesionales mujeres con aquellos detectados en futbolistas hombres publicados por nuestro grupo.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron los hallazgos cardiológicos y de aptitud física de 346 FPM evaluadas en el año 2023. Edad 22.82±5,4 años. Se compararon con las evaluaciones realizadas por nuestro grupo en 174 futbolistas profesionales hombres (edad 22,86±3,86 años). Test de chi2 y corrección de Yates.

| | Hombres | Mujeres | |
|---|---|---|---|
| Bradicardia sinusal | 111 | 22 | < 0.00001 |
| Bloqueo A-V 1° grado | 7 | 0 | |
| Ondas T negativas V5 V6 | 5 | 4 | NS |
| Ondas T negativas cara inferior | 2 | 7 | NS |
| Bloqueo incompleto de rama derecha | 49 | 7 | < 0.00001 |

**Resultados:** TABLA 1. Si bien no hubo diferencias entre las ondas T negativas inferior y lateral entre ambos sexos, en las mujeres los voltajes de T no superaron los 3 mm. Con respecto a otros hallazgos patológicos, no hubo diferencias: extrasistolia ventricular en uno de cada grupo y preexcitación ventricular en un hombre. Con respecto a las dimensiones ecocardiográficas, las mujeres tuvieron diámetro diastólico ventricular izquierdo de 45.19 mm (entre 54 y 36) mientras en hombres fue de 54,6 mm (entre 50 y 62). Septum en diástole en mm: mujeres 8,44, hombres 9,8. Pared posterior en diástole: mujeres 8,13 mm, hombres 9,7 mm.

**Conclusión:** Las modificaciones electrocardiográficas del futbolista son más frecuentes en hombres que en mujeres futbolistas profesionales de la misma edad. Es probable que la historia y los tiempos e intensidades de entrenamiento puedan influir en estas diferencias. Las vcariaciones en las dimensiones cardíacas podrían estar relacionadas con las diferencias en la superficie y composición corporal entre los sexos.

## 0007 - DISPOSITIVOS OCLUSORES DE DEFECTOS DEL TABIQUE INTERAURICULAR. ¿LA INJURIA MIOCARDIACA SE DEBE A LOS DISCOS O A LA CINTURA?

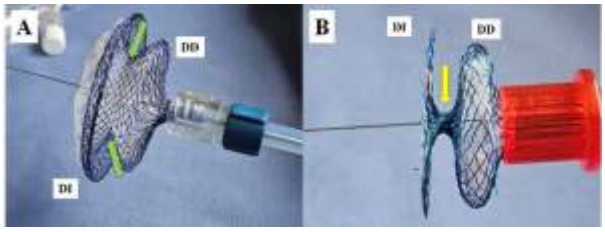
Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

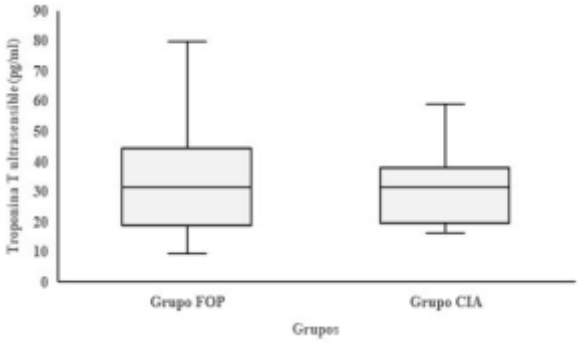
Alejandro CONTRERAS | Alejandro Román PEIRONE | Facundo LEDESMA | Ernesto JUANEDA | Victor DEFAGO | Eduardo CUESTAS

*Hospital Privado Universitario de Córdoba*

**Introducción:** El implante de dispositivos oclusores de defectos del septum interauricular puede tener complicaciones como erosiones de estructuras cardiacas. Se postula que se podrían deber tanto al estiramiento del defecto provocado por la cintura como por la interacción de los discos con estructuras vecinas como la raiz aortica o el techo de la auricula izquierda.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es comparar el monto de injuria miocárdica provocada por dispositivos con discos similares y cinturas diferentes.




**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y analítico. Se definió injuria miocárdica al incremento de troponina T ultrasensible por sobre el percentil 99 sin signos ni síntomas de isquemia miocárdica. Se comparo el monto de troponina T posterior a la intervención entre un grupo de pacientes tratados por foramen oval permeable (G-FOP) y otro grupo tratados por comunicación interauricular tipo ostium secundum (G-CIA). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años y con dispositivos con tamaño de discos comparables y distinta cintura (Figura 1A. Dispositivo de CIA. Figura 1B dispositivo de FOP; (DD) disco derecho, (DI) disco izquierdo. Flechas verdes y amarilla indican la cintura del dispositivo). Los dispositivos utilizados fueron PFM Medical Nit- Occlud® ASD-R para el G-CIA y PFM Medical Nit-Occlud® PFO para el G-FOP. Para la comparación de variables categóricas se utilizó chi cuadrado y para las variables continuas test de Wilcoxon. Se realizo un test de regresión lineal cuya variable dependiente fue la troponina T ultrasensible y las variables independientes significativas en la comparación entre los grupos.Se utilizó el paquete estadístico R versión 4.4.3. Un valor de p menor a 0,05 se consideró significativo.

**Resultados:** El estudio incluyo 31 pacientes. En el G-FOP fueron 22 pacientes con mediana de edad de 46,5 años (40,2-52,2) y peso 72,5 kg (63,5-88,5) y 9 pacientes (G-CIA) apareados por el tamaño del dispositivo con mediana de edad de 32 años (23,5-37,5) y peso de 81 kg (70,2-85,5). Los pacientes en el G-CIA tenían un diámetro del defecto de 13 mm (11-15), 1 paciente tenía déficit del borde aórtico y 4 pacientes el borde posterior fláccido. En 3 casos se utilizó un balón para medir el defecto. El tiempo de radioscopia fue 5,2 minutos (3,6-7,9). Los pacientes del G-FOP tenían un borde aórtico de 10 mm (7-10,7), longitud del septum de 23 mm (21-26,7) y túnel de 9 mm (7,2-11). El score RoPE fue 7 puntos (6-7). El tiempo de radioscopia fue 3,7 minutos (3,1-5,3). El tamaño de los discos de los dispositivos implantados fue similar en los 2 grupos. En el G-FOP fue 30 mm (26-30) y en el G-CIA fue 30 mm (28-30) (p= 0,55). Todos los pacientes tuvieron criterio de injuria miocárdica sin diferencias entre ambos grupos. En el G-FOP el monto de troponina fue 31,3 pg/ml (20,1-42,7) y en el G-CIA fue 31,5 pg/ml (21,1-33,3) (p= 0,88). (Figura 2). El análisis de regresión lineal no demostró asociación entre la edad (OR -0,06 IC95% -0,65 a 0,52, p= 0,85) y la cintura del dispositivo (OR -0,34 IC95% -1,47 a 0,79; p= 0,61) con el valor de troponina T posterior al procedimiento.

**Conclusión:** La injuria miocárdica durante la intervención percutánea de defectos interauriculares es provocada por el tamaño de los discos.

## 0009 - PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SOBREPESO/OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ORIGINARIA DE LOS VALLES CALCHAQUÍES

Hipertensión Arterial

Ricardo Sebastián GALDEANO[1] | Luis Alberto FISZMAN[1] | Orlando Gabriel PEREA[1] | Rafael Ivan RAMOS[1] | Laura Judith ALFIE[2] | Darío Omar PALAVECINO[1] | Rodrigo Oscar MARAÑON[3] | Claudio JOO TURONI[3]

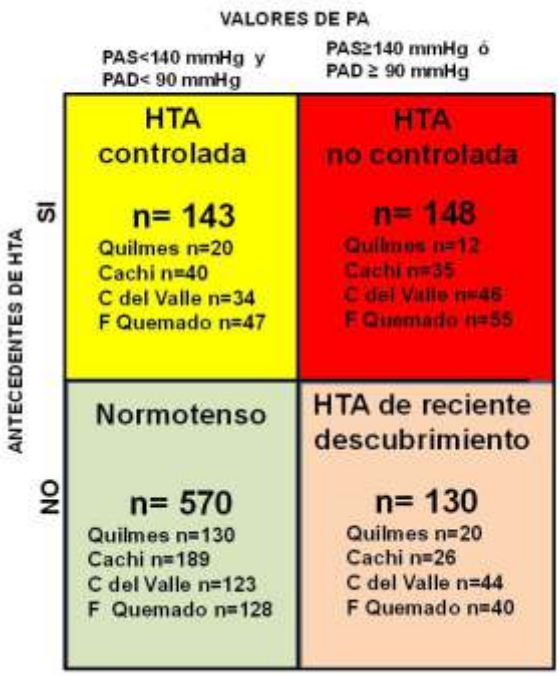
*Áreas Sac: Área De Distritos[1]; Consultorio Zárate[2]; Instituto Superior de Investigaciones Biológicas (INSIBIO), Conicet-unt[3]*

**Introducción:** Debido a cambios en los estilos de vida, se está observando un aumento de las cifras de hipertensión arterial (HTA) y sobrepeso/obesidad en la población general. Dadas las características socioculturales y geográficas únicas de las comunidades originarias de los Valles Calchaquíes (comunidades dispersas ubicados a mediana y alta montaña en el Noroeste Argentino) aún se desconoce la real prevalencia de HTA y sobrepeso/obesidad en esta población, y si es similar en cada una de las comunidades que la conforman. Desde el año 2018, mediante el Programa "SONQO - CALCHAQUÍ" (PSC), un grupo de cardiólogos de la Sociedad Argentina de Cardiología en conjunto con la Facultad de Medicina de la UNT, realizan exámenes cardiovasculares en estas comunidades originarias.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de HTA y sobrepeso/obesidad en las comunidades originarias de los valles Calchaquíes

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal en la población originaria que acudió al PSC (Ediciones 2022 y 2023). Se incluyeron los pobladores de 18 años o más que no presentaran discapacidad sensorial, cognitiva o motora. Se estudió las siguientes comunidades: en Tucumán: Quilmes (n=182) y Colalao del Valle (n= 247); en Salta: Cachí (n= 290) y en Catamarca: Fuerte Quemado (n=270). La presión arterial (PA) se midió de acuerdo al Consenso Argentino de HTA con tensiómetro automático (Omrom 7120). Según las cifras de PA y la autopercepción de HTA, la población se dividió en: - Normotenso: sin antecedentes de HTA y con PA normal - HTA de reciente descubrimiento: sin antecedentes de HTA y con PA elevada - HTA controlada: con antecedentes de HTA y PA normal - HTA no controlada: con antecedentes de HTA y PA elevada Se midió peso y talla. Se calculó índice de masa corporal (IMC). Se consideró significativamente estadístico una p < 0,05. El estudio fue aprobado por los respectivos Comités de Ética de las provincias intervinientes.

FIGURA 1: CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ANTECEDENTES DE HTA Y VALORES DE PA



**Resultados:** Se estudiaron 989 pobladores (373 varones y 616 mujeres, con una distribución similar en las 4 comunidades). La edad fue menor en Quilmes (Quilmes: 45,2±1,3 años; Colalao del Valle: 52,2±1,0; Cachi: 53,5±1,0y Fuerte Quemado: 53,4±1,0; p<0,001). Respecto al IMC 0,9% tenía bajo peso; 30,8% peso normal; 39,8% sobrepeso; 19,3% obesidad y 9,1% obesidad mórbida. Quilmes presentó mayor prevalencia de obesidad (chi2: 22,68; p<0,050). La PA sistolica promedio fue similar en las 4 comunidades (Quilmes: 122,4±1,3 mmHg; Colalao del Valle: 131,1±1,3; Cachi: 126,5±1,1 y Fuerte Quemado: 131,1±1,3; p: NS) y la PA diastólica promedio fue menor en Cachi (Quilmes: 75,7±0,8 mmHg; Colalao del Valle: 77,9±0,7; Cachi: 74,4±0,6 y Fuerte Quemado: 78,0±0,7; p<0,001). La figura 1 muestra la distribución de la población según antecedentes de HTA y valores de PA. 42,4% de la población presentó HTA, ya sea autopercibida o no El grupo HTA no controlada tenía menos pobladores con peso normal (chi2: 27.28; p<0,001).

**Conclusión:** Se observa una alta prevalencia de sobrepeso/obesidad, encontrándose incluso obesidad mórbida. La prevalencia de HTA fue elevada, destacándose que gracias al PSC se pudo descubrir HTA en 130 pobladores. La población originaria de los valles Calchaquíes, a pesar de tener características comunes, presenta diferencias en cada comunidad en las variables estudiadas, remarcando la importancia de realizar propuestas, como el PSC, a fin de detectar tempranamente factores de riesgo cardiovasculares que son propios de cada comunidad.

## 0010 - REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE INFARTO EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE BUENOS AIRES 2023-2024

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Juan BENGER | Vanina LEYENDECKER | Alberto CACCAVO | Mariano SEIN | Maria Florencia DUCKWEN | Matias Ramiro SOLER | María Emilia RUIZ

*Hospital Municipal "Dr. Raúl A. Caccavo"*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes y de mayor impacto en la salud pública. El conocimiento de su epidemiología es clave para definir estrategias de prevención y tratamiento. En nuestro país, existen pocos datos epidemiológicos. En 2007, un registro en la ciudad de 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 de la ciudad de 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 primeros dos años de un registro de IAM en pacientes hospitalizados en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires.

**Objetivos:** Principal: Describir la TAH por IAM en una ciudad del interior de la Provincia de Buenos Aires. Secundarios: 1) Describir la TAH por IAM según sexo y edad. 2) evaluar mortalidad intrahospitalaria.

| | TOTAL | Mujeres | Hombres |
|---|---|---|---|
| Presentación n (%) | | | |
| Cualquier IAM | 116 | 32 (27.6%) | 84 (72.4%) |
| IAM CEST | 34 | 7 (20.6%) | 27 (79.4%) |
| IAM SEST o CEST evolucionado | 82 | 25 (30.5%) | 57 (69.5%) |
| IAM SEST | 72 | 24 (33.3%) | 48 (66.7%) |
| IAMCEST evolucionado | 10 | 1 (10%) | 9 (90%) |
| Edad media en años (DE) | | | |
| Cualquier IAM | 66.9 (13.3) | 67.9 (14.7) | 66.5 (12.9) |
| IAMCEST | 66.4 (12.7) | 61.6 (12.4) | 67.7 (12.7) |
| IAMSEST o CEST evolucionado | 67.1 (13.6) | 69.6 (15.0) | 65.9 (11.9) |

| Edad (años) | Cantidad de habitantes | TAH por IAM cada 10000 habitantes |
|---|---|---|
| 30-39 | 5950 | 1.7 |
| 40-49 | 5787 | 9.5 |
| 50-59 | 4974 | 25.1 |
| 60-69 | 4170 | 32.4 |
| 70-79 | 3129 | 40.0 |
| 80-89 | 1488 | 77.3 |
| 90 o + | 311 | 48.2 |

**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 los años 2023 y 2024, único centro de internación para pacientes de estas características en la ciudad. Se incluyeron todos los pacientes internados con diagnóstico de IAM, con y sin elevación del segmento ST, y que fueran residentes de la ciudad. Se consideraron IAMCEST a aquellos con supradesnivel del ST o con BRI presumiblemente nuevo en el ECG, en los cuales la sintomatología comenzó en las 24 hs previas a la consulta. En los casos en que la consulta fue posterior más tardía, se clasificaron como IAMCEST evolucionados. 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: TAH por IAM para toda la población, teniendo en cuenta los datos del último censo del INDEC; TAH por IAMCEST e IAMSEST para toda la población; TAH por IAM según edad y sexo de la población; y, mortalidad intrahospitalaria. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética local.

**Resultados:** Durante los años 2023-2024, se internaron 116 pacientes por IAM en el hospital municipal de nuestra ciudad (Tabla 1). 34 fueron IAMCEST y 82 IAMSEST o CEST evolucionado. 84 (72.4%) ocurrieron en hombres, mientras que 32 (27.6%) en mujeres. La edad media de los pacientes con IAM de cualquier tipo fue de 66.9 años (DE 13.3 años), sin diferencias significativas de edad entre sexos. La población del municipio en el Censo 2022 del INDEC fue de 42110 personas, 21654 (51.4%) mujeres y 20456 (48.6%) hombres. La mediana de edad de la población fue de 37 años. Se estimó una TAH por IAM para toda la población de 13.7 cada 10000 habitantes. La TAH por IAMCEST fue de 4.0 cada 10000 habitantes y por IAMSEST o CEST evolucionado de 9.7 cada 10000 habitantes. En el análisis por sexo, las mujeres tuvieron una TAH por IAM de 7.4 cada 10000 habitantes y, los hombres, de 20.5 cada 10000 habitantes. La TAH por IAM mostró una tendencia creciente con la edad (Tabla 2). Fallecieron durante la internación 4 (11.8%) pacientes con IAMCEST. De los pacientes hospitalizados por IAM sin elevación del ST, fallecieron 2 (2.4%).

**Conclusión:** La TAH por IAM en nuestra ciudad durante 2023 y 2024 fue de 13.7 cada 10000 habitantes, correspondiendo solo el 30% a IAMCEST. La incidencia fue mayor en pacientes de sexo masculino y mostró una tendencia creciente con la edad de la población. La mortalidad fue de 11.8% para pacientes con IAMCEST y 2.4% sin EST.

## 0012 - PRESION ARTERIAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR. REGISTRO DEL AREA DISTRITOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Koji Antonio ISHINO[1] | Sergio Oscar MAURO[1] | Ricardo Sebastián GALDEANO[1] | Francisco Alberto PASTORE[1] | Hernán SURACHI[1] | Diego Fernando ALBISU[1] | Djilmar Santos REYES GRADOS[1] | Claudio JOO TURONI[2]

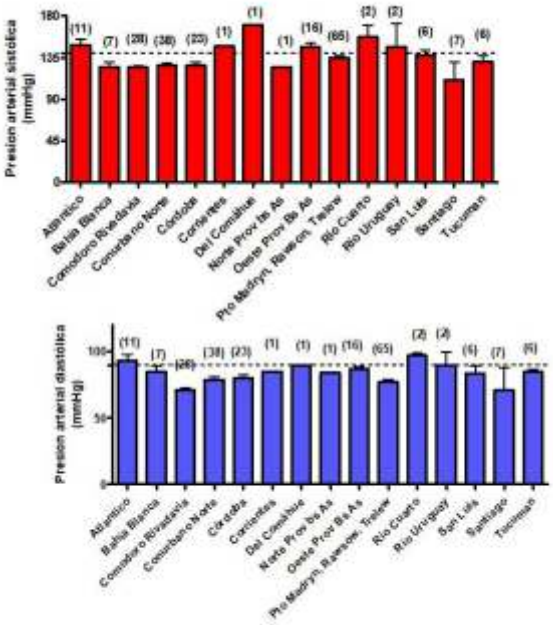
*Áreas SAC: Área de Distritos[1]; INSTITUTO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS (INSIBIO), CONICET-UNT[2]*

**Introducción:** La calculadora HEARTS es una herramienta útil para valorar el riesgo cardiovascular (RCV) en un paciente específico. Se ha demostrado que el aumento de las cifras de presión arterial (PA) son un factor de RCV independiente. En el año 2024, desde el Área de Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), se realizó un registro evaluando la PA y el RCV (según la calculadora HEARTS) en pacientes que concurren a los servicios de cardiología.

**Objetivos:** Evaluar los valores de PA y el RCV en pacientes que concurren a los servicios de cardiología en Argentina

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes de que concurren a diferentes servicios de cardiología durante el mes de mayo del año 2024. Se tomó la PA según el Consenso Argentino de HTA (utilizando tensiómetro digital validado; 3 mediciones con intervalo de 1 minuto). Se midió peso, talla circunferencia de cuello y cintura y las variables para el cálculo de RCV con la calculadora HEARTS (https://www.paho.org/cardioapp/web/#/cvrisk; opción "No conoce los valores de colesterol"). Los datos se registraron en un formulario Google forms. Se calculó índice de masa corporal (IMC). Los datos se expresaron como promedio±error standard

**FIGURA 1: Valores de presión arterial en según Distrito SAC**




Valores expresados como promedio±ES. El número de pacientes está en paréntesis

**Resultados:** Se enrolaron 273 pacientes (117 varones y 119 mujeres). La edad fue 57,6±1,0 años. 34% tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular; 5% de enfermedad renal; 13% de diabetes y 34% de tabaquismo. El IMC fue 29,0±0,3; la circunferencia de cuello fue 36,1±0,5 cm y de cintura 97,3±1,1. La PA sistólica fue 135,8±1,3 mmHg y la diastólica 81,8±0,9. La

Figura 1 muestra los valores de PA sistólica y diastólica en los diferentes distritos SAC. Según la calculadora HEARTS la población estudiada presentaba 11,6±0,5 % de riesgo de sufrir un evento en 10 años (RCV alto).

**Conclusión:** Si bien, el presente estudio presenta el sesgo que la población estudiada es la que concurre a los servicios de cardiología, y no es la población general, se pudo detectar que estos pacientes presentan un IMC en rango de sobrepeso/obesidad, con alta prevalencia de tabaquismo y un RCV alto. Este hecho refleja la importancia de usar en forma rutinaria un estimador de RCV, como la calculadora HEARTS, para reestratificar los pacientes a fin de adecuar el tratamiento y concientizar al paciente sobre su RCV. Queda como propósito del Área Distritos de SAC ampliar este registro a fin de tener un mejor panorama del RCV en la población de Argentina.

## 0014 - ESTADO NUTRICIONAL Y CAPACIDAD FÍSICA DE UNA COMUNIDAD ORIGINARIA DE ALTA MONTAÑA. SUBESTUDIO DEL PROGRAMA SONQO-CALCHAQUÍ EDICIÓN IV

Cardiología Clínica

Ricardo Sebastián GALDEANO | Sergio Oscar MAURO | Maria Cecilia LOPEZ | Guillermina ELEIT | Gabriela ZEBALLOS | Laura FLORES | Gabriel SCATTINI | Claudio JOO TURONI

*Áreas SAC: Área de Distritos*

**Introducción:** En Argentina, las comunidades originarias de alta montaña han sido escasamente estudiadas debido a una conjunción de características que incluyen un difícil acceso, un entorno aislado y comunidades cerradas. Existe el preconcepto que estas comunidades presentan una dieta saludable. Sin embargo, se está observando una occidentalización de sus hábitos, que podría afectar su salud cardiovascular. A esto se suma, que no está bien estudiado el efecto de la baja saturación de O2 en las comunidades que viven en alta montaña. Mediante el Programa SONQO-CALCHAQUÍ (Edición IV) se evaluó la comunidad de Coranzulí (4100 metros sobre el nivel del mar; Provincia de Jujuy).

**Objetivos:** Evaluar el régimen alimenticio y la capacidad física de una población aislada de alta montaña

| VARIABLE (Unidad) | VALOR |
|---|---|
| Hematocrito (%) | 54,4±0,4 |
| Hemoglobina (g/dl) | 18,1±0,1 |
| Glóbulos rojos (millón/mm3) | 6,2±0,0 |
| Glóbulos blancos (mil/mm3) | 6,8±0,1 |
| Plaquetas (mil/mm3) | 245,2±3,6 |
| Eritrosedimentación (mm) | 7,5±0,3 |
| Glucemia (mg/dl) | 76,6±0,7 |
| Creatinina (mg/dl) | 0,7±0,0 |

**Materiales y Métodos:** Para el presente estudio se evaluaron los pobladores (18 años o más) que asistieron al Programa SONQO-CALCHAQUÍ Edición IV (30 de Setiembre al 4 de octubre del 2024). Se midió saturación de oxígeno, peso y talla. Se calculó índice de masa corporal (IMC). Se realizó análisis de rutina. Se evaluó el régimen alimenticio mediante Test Recordatorio de ingesta alimenticia de 24 Hs. La capacidad física se midió con Test de Ruffier-Dickson

**Resultados:** Se reclutaron 241 pobladores (44,1±0,1 años; 139 mujeres y 102 varones). El IMC fue 27,8±0,3 (0,4% presentó desnutrición; 32,0% normopeso; 36,5% sobrepeso; 23,2% obesidad y 7,9% obesidad mórbida). La saturación de oxígeno fue 88,3±0,4%. Los valores de laboratorio se presentan en la Tabla 1. Test Recordatorio de ingesta alimenticia de 24 Hs: En el desayuno se tomó principalmente infusión de té (43,2%) y mate (30,3%), generalmente acompañada de pan (40,2%). A media mañana 36,1% hizo una colación. 78,4% almorzaron carne (vaca: 58,9%: pollo: 14,5% y llama: 5%) acompañada generalmente de harinas ó arroz. El postre fue fruta (39,8%); sémola de maíz ("anchi"; 9,1%) u otro postre (7,5%). La merienda fue similar al desayuno y la cena similar al almuerzo. 48,9% refirió ingesta habitual de alcohol. Test de Ruffier-Dickson: la frecuencia cardíaca en condiciones basales fue 70,7±0,8 latidos/min; durante el esfuerzo 96,0±1,3 latidos/min (ascenso de 24,7±1,0% de la basal) y luego del esfuerzo 72,6±1,0 latidos/min (descenso de 23,3±0,9% respecto del esfuerzo). El índice de Ruffier fue 4,1±0,3. Se consideró muy bueno en 15,6% de los pobladores; bueno en 50,5%; promedio en 28,0%; insuficiente en 4,1% y pobre en 1,8%.

**Conclusión:** Mediante el Programa SONQO-CALCHAQUÍ se pudo estudiar una población originaria adaptada a condiciones de alta montaña. Se demostró que los pobladores presentan una capacidad física en rango de bueno, a pesar de la baja saturación de oxígeno, con una dieta que preserva elementos autóctonos. Sin embargo, estaría transitando un proceso de occidentalización que incluye una alta prevalencia de sobrepeso/obesidad (incluyendo obesidad mórbida) con una dieta que incluye harinas y alto consumo de alcohol. Queda como propuesta evaluar el verdadero rol de esta transición (occidentalización) en la salud general y cardiovascular de estos pobladores.

## 0015 - EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES QUE CONCURREN A UNA CONSULTA MÉDICA ASISTENCIAL VS. CONSULTA MÉDICA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Fernando GUERLLOY | César Javier ZAIDMAN

*CIPREC*

**Introducción:** Los participantes de ensayos clínicos encuentran su participación en un estudio clínico dado, con mayor nivel de satisfacción que cuando concurren a una consulta médica asistencial

**Objetivos:** Evaluar nivel de satisfacción percibida por personas asistentes a una consulta de salud, comparando cuando concurren a una consulta médica asistencial vs. cuando concurren a una visita de un ensayo clínico

**Materiales y Métodos:** Se trató de un estudio comparativo, de no intervención. Se realizó una encuesta anónima y voluntaria a 2140 personas que concurrieron al centro de investigación, de entre 32 y 83 años, entre los meses de noviembre de 2023 y octubre de 2024. Se interrogó al participante sobre nivel de expectativa, nivel de satisfacción, motivación/adherencia, organización, y sobre su percepción de beneficio. La encuesta se realizó de manera presencial o por medios digitales. Se estableció una puntuación del 1 al 4, siendo 1 el menor grado de satisfacción y 4 el mayor. Asimismo la percepción sobre beneficio individual vs beneficio colectivo se evaluó en escala de 1 a 4, siendo 1 referido a beneficio individual exclusivo, y 4 a beneficio colectivo exclusivo.

**Resultados:** El nivel promedio de expectativas en escala del 1 al 4 fue 2,6 para consultas asistenciales y 3,2 para visita de protocolo. El nivel promedio de satisfacción en escala del 1 al 4 fue 2,8 asistencial y 3,8 protocolo. Respecto de la motivación, se obtuvo puntaje de 2.4 en asistencial y 3.2 en protocolo. La organización fue mejor percibida en las consultas de protocolo (3.9) que en las asistenciales (1.9). La percepción de los participantes en las consultas asistenciales está más cercana a un beneficio individual (1,08) y en las de protocolo a un beneficio mixto, individual y colectivo (2,4)

**Conclusión**: Los resultados del estudio sugieren que los participantes de las consultas de protocolo experimentan una mayor satisfacción, expectativa, motivación y organización que los participantes de las consultas asistenciales. Además, los participantes de las consultas de protocolo perciben un beneficio mixto (individual y colectivo) mayor que los participantes de las consultas asistenciales. Estos resultados tienen implicaciones importantes para la mejora de la atención médica y la participación en ensayos clínicos.

## 0016 - EVALUACION DE LA FUNCION SISTOLICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO: DETERMINACION DE VALORES NORMATIVOS DEL ACORTAMIENTO LONGITUDINAL POR MODO M Y STRAIN GLOBAL LONGITUDINAL POR SPECKLE TRACKING

Multimagen

German Job SOUTO | Manuel LAGO | Miguel AMOR | Hugo Alberto MOSTO | Justo CARBAJALES

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

**Introducción:** La función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) actualmente puede ser evaluada mediante técnicas avanzadas como el strain longitudinal por speckle tracking (SGL). La excursión sistólica del plano del anillo mitral (MAPSE) y el Modo M curvo (MMC) son métodos capaces de evaluar el acortamiento longitudinal y por lo tanto, la función sistólica del VI. Sin embargo, la evidencia actual de estos métodos es escasa y suelen ser métodos subutilizados en la práctica diaria. A su vez, existe una discusión actual sobre cuál debería ser el rango normativo del SGL. Por lo tanto, la estandarización de estos parámetros resulta crucial para diferenciar población sana de patológica.

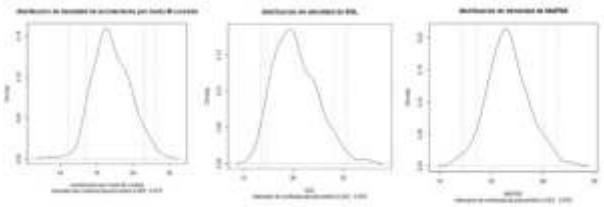
**Objetivos:** Determinar valores normales de SGL, MAPSE y MMC en una población sana asistida en la Ciudad de Buenos Aires

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal. Los estudios fueron realizados por dos ecocardiografistas expertos con un General Electric VIVID S70 N. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ni factores de riesgo cardiovasculares. La fraccion de eyección (FEy) se evaluó por el método de Simpson biplano semiautomático. El SGL se estimó mediante Speckle Tracking en las 3 ventanas apicales, el MAPSE y el MMC fueron evaluados en la ventana de 4 camaras apical. Los valores normativos se establecieron

para comprender al 95 % de la poblacion de interes. Los percentilos 2,5 y 97,5 se estimaron mediante bootstraping a traves del intervalo de confianza del 95%. Se consideraron valores normales a aquellos comprendidos entre los limites de confianza inferor para el percentilo 2,5 y superior para el percentilo 97,5. Posteriormente se evaluo si los valores varian en relacion a la edad, mediante regresion lineal y en relacion al sexo mediante la prueba de student, considerando como significativo un valor p < 0,05

**Resultados:** Se analizaron un total de 229 pacientes sanos, la media de edad fue de 48.75 años, con una ligera predominancia del sexo femenino (50.2%) la FEy media fue de 63.2%. No se evidencio una relación entre la edad y los diferentes indicadores, por lo que se reportaran los valores normativos conjuntamente para todas las edades. Al comparar las medias de las distribuciones de SGL, MAPSE y MMC entre varones y mujeres se evidencio una diferencia significativa para las medias de MAPSE y SGL, pero no para el MMC. Los valores normativos se detallan en la Tabla 1 y Figura 1

| INDICADORES SEGÚN SEXO | | | |
|---|---|---|---|
| | Hombre | Mujer | Valor p |
| MAPSE | 16,1 | 17,1 | 0,0001 |
| SGL | 19,9 | 20,5 | 0,045 |
| MMC | 17 | 17,2 | 0,6 |
| RESULTADOS | | | |
| | | Normal inferior | Normal superior |
| MMC | | 11,11 | 23 |
| SGL | Hombres | 17 | 24,8 |
| | Mujeres | 16 | 25,5 |
| MAPSE | Hombres | 11,6 | 22,9 |
| | Mujeres | 13 | 21,6 |



**Conclusión:** Nuestros resultados evidencian rangos de referencia para MAPSE, SGL y MMC, útiles para distinguir entre función cardíaca normal y patológica. Sin relación significativa con la edad, pero con diferencias según el sexo en MAPSE y SGL. Los resultados respaldan el uso de estas variables como herramientas complementarias para evaluar la función sistólica del VI, especialmente en contextos donde métodos tradicionales como la FEy puedan ser insuficientes. Este estudio contribuye a estandarizar parámetros subutilizados, facilitando su integración en la práctica ecocardiográfica diaria. Las diferencias significativas en MAPSE y SGL entre hombres y mujeres, sugiere la necesidad de ajustar los valores de referencia por sexo en la práctica clínica. La ausencia de correlación con la edad podría no aplicarse a poblaciones extremas, por lo que se sugiere validar estos hallazgos en grupos etarios más amplios.

## 0017 - REQUERIMIENTO DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS DE LDL POSTERIOR A UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN LDL BASAL EN PACIENTES SIN USO DE ESTATINAS PREVIAS.

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Juan Pablo YAPUR | Francisco Andrés OLIVARES PRADO | Ana SPACCAVENTO | Juan Francisco FURMENTO | Seoane LEONARDO | Alan SIGAL | Ricardo REY | Juan Pablo COSTABEL

*Instituto Cardiovascular*

**Tabla 1: Características basales**

| Característica | Frecuencia (%) /Mediana (RIC) |
|---|---|
| Edad | 66 (56-75) |
| Diabetes | 216 (22.2) |
| Hipertensión arterial | 627 (64.4) |
| Dislipemia | 639 (65.5) |
| Tabaquismo | 181 (18.6) |
| Ex tabaquismo | 362 (37.2) |
| **Diagnostico** | |
| Angina Inestable | 448 (46) |
| IAMSEST | 318 (32.6) |
| IAMCEST | 208 (21.4) |

IAMSEST: Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. IAMCEST: Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

**Introducción:** El tratamiento hipolipemiante es fundamental para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes, especialmente en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Alcanzar los objetivos de colesterol LDL (cLDL) propuestos en guías clínicas es clave en la prevención secundaria, aunque sigue siendo un reto. Iniciar la terapia durante la hospitalización, ajustándola según el cLDL al ingreso, podría mejorar la adherencia.

**Objetivos:** 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 de un único centro, que incluyó datos de pacientes internados en unidad coronaria por SCA desde el 2 de enero de 2021 hasta el 30 de noviembre 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), excluyendo los diagnósticos de MINOCA o Injuria miocárdica secundaria. Los pacientes fueron divididos en tres grupos según sus niveles de colesterol LDL al ingreso. 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.

Tabla 2: Perfil lipídico

| Laboratorio | Mediana (RIC) |
|---|---|
| Colesterol Total | 181 mg/dl (145-212) |
| Colesterol LDL | 104 mg/dl (75-133) |
| Colesterol HDL | 41 mg/dl (35-51) |
| Triglicéridos | 117 mg/dl (85-165) |

Tabla 3: Categorías de LDLc según tipo de SCA

| | Diagnóstico | | |
|---|---|---|---|
| Categoría LDL | AI. n(%) | IAMSEST. n(%) | IAMCEST. n(%) |
| 1 (<120 mg/dl) | 310 (69.2) | 215 (67.6) | 113 (54.3) |
| 2 (120-180 mg/dl) | 128 (28.6) | 92 (28.9) | 81 (38.9) |
| 3 (>180 mg/dl) | 10 (2.2) | 11 (3.5) | 14 (6.7) |

AI: Angina inestable. IAMSEST: Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST. IAMCEST: Infarto agudo de miocardio con elevación del ST

**Resultados:** Se evaluaron 974 pacientes que contaban con valores de cLDL registrados durante su internación. En la Tabla 1 se presentan las características basales de los pacientes incluidos. 22.2% tenían diabetes tipo II, mientras que la hipertensión arterial se encontraba presente en el 65%. Con relación al tabaquismo, 18% eran fumadores activos y 37% eran ex-tabaquistas. Respecto al tipo de síndrome coronario un 46% presentó un cuadro de AI, el 32.6% IAMSEST y un 21.4% IAMCEST. En cuanto a los valores de laboratorio, el colesterol total mostró una mediana de 180 mg/dL (145 – 212 mg/dL). Los niveles de cLDL tuvieron una mediana de 104 mg/dL (75 - 133 mg/dL). Por otro lado, el colesterol HDL presentó una mediana de 41 mg/dL (35 – 51 mg/dL). Los triglicéridos mostraron una mediana de 117 mg/dL (85 – 165 mg/dL). En base a los valores de cLDL se evidenció que la mayoría se encontraba en el grupo 1, con total del 65.5%, mientras que en el grupo 2 quedó compuesto por un 30.9% de los pacientes y tan solo un 3.6% pertenecían al grupo 3. En la tabla 3 se puede observar que a medida que la severidad del cuadro avanza, encontramos más pacientes en grupo 2 y 3. Dicha diferencia fue estadísticamente significativa.

**Conclusión:** Este estudio destaca la necesidad de personalizar y optimizar el tratamiento hipolipemiante según los niveles basales de cLDL en pacientes con síndrome coronario agudo. Se observó que un cLDL elevado al ingreso se asocia a mayor riesgo de eventos coronarios complejos, como el IAMCEST, lo que refuerza la importancia de iniciar terapias intensivas desde el primer momento. Una proporción significativa de pacientes requerirá estrategias combinadas con múltiples fármacos para alcanzar los objetivos terapéuticos recomendados por las guías. Este enfoque intensivo y personalizado podría mejorar los resultados clínicos a largo plazo y reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

## 0018 - RED DE INFARTO EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES TENDEDENCIA TEMPORAL, IMPACTO EN LA MORTALIDAD DEL INFARTO

Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN[1] | Ricardo A CARDOZO[2] | Pereira ALICIA[2] | Fabian PLANO[2] | Patricia GÓMEZ DE LA FUENTE[2] | Rolando Esteban PANTICH[1] | Cristian UNDERHOLZNER[2] | Pablo ACEVEDO[2]

*Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"[1]; Ministerio de Salud Pública[2]*

**Introducción:** La estrategia de reperfusión en infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST redujo la mortalidad, sin embargo no siempre está disponible en todos los centros, por lo que la administración de fibrinolíticos es la alternativa recomendada por las guías

**Objetivos:** Evaluar el porcentaje de pacientes que consultan en la RED, la utilización de estrategias de reperfusión; estrategia farmacoinvasiva y mortalidad y su tendencia temporal.

**Materiales y Métodos:** inclusión prospectiva de ptes en la RED de IAM en la provincia de Corrientes organizada por el Ministerio de Salud, desde 1 de diciembre 2020 hasta el 31 de enero de 2025. Los pacientes fueron analizados temporalmente por año. Aquellos ubicados a menos de 2hs de un Centro de Hemodinamia eran derivados para angioplastia primaria o consultaban directamente en estos centros, aquellos ubicados a mas de 2hs se evaluaba el tiempo del inicio de dolor para realizar terapia trombolitica

**Resultados:** Se incluyeron un total 1264 pacientes que consultaron a la RED. Mas de 50% correspondían a ptes con STEMI: En 2020 hubo 18 ptes con STEMI; 2021: 100 ptes, 2022: 153 ptes; 2023: 165 pts, 2024: 163 ptes y 15 ptes en enero 2025; 30% a NONSTEMI y los restantes otros motivos como BAVC, estenosis aortica, IC, FA entre otros. La edad de los pacientes disminuyó de: 64±12 en 2020 a 56±11 años en 2025, p=0,001; así como el porcentaje de mujeres (24,1% a 19%, p=0,001). Se vio un aumento de diabetes (23% a 29%, p= 0,001) del 2020 al 2025. El 30% de los pacientes evaluados en la RED recibieron terapia trombolítica. La mortalidad global fue 4.2%, y se redujo de 4.8% a 4% (p=ns). Se observo un incremento del uso de terapia trombolítica del 6 al 18% (p 0,001) del 2020 al 2025 y de la estrategia farmacoinvasiva del 4 a 12%. A su vez se registró una reducción significativa del tiempo de consulta de 240 min a 95 desde 2020 al 2025 (p=0,001)

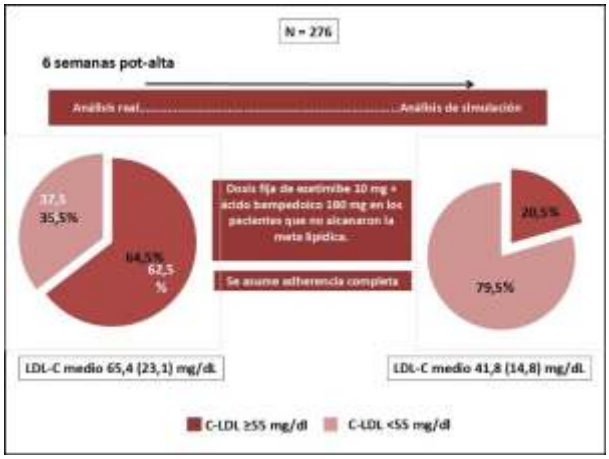
**Conclusión:** La implementación de la RED de infarto en la provincia de Corrientes permitió conocer la mortalidad del infarto, la cual fue del 4.2%, una atención más precoz ya que redujo los tiempos del inicio del dolor a la reperfusión e incrementar el uso de la terapia trombolítica y estrategia farmacoinvasiva

## 0024 - ADMINISTRACION DE LA COMBINACIÓN DE ÁCIDO BEMPEDOICO Y EZETIMIBE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: AYUDA A LLEGAR A LA META ?. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL CON ANÁLISIS DE SIMULACIÓN.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Lorenzo Martín LOBO[1] | Walter MASSON[2] | Graciela Beatriz MOLINERO[1] | Gustavo GIUNTA[3] | Cecilia Paula MASIELLO[1] | Silvina Valeria SAGARDÍA[1]

*Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]; Fundación Favaloro[3]*




**Introducción:** Varios registros realizados en los últimos años han demostrado que el tratamiento hipolipemiante y, en consecuencia, la adherencia a los objetivos lipídicos recomendados son inadecuados.

**Objetivos:** 1) Analizar cuantos pacientes llegan a las metas de LDL recomendados en el seguimiento precoz de un grupo de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) reciente; 2) Evaluar, mediante análisis de simulación, si el agregado de la combinacion fija de acido bempedoico mas ezetimibe, logra aumentar la proporcion de los paciente que llegan a las metas recomendadas.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos hospitalizados con SCA. Se aplicó un algoritmo sistemático para el manejo de lípidos, que incluyó: 1) Prescripción de estatinas de alta intensidad durante la hospitalización; 2) Seguimiento temprano (6 semanas). Se analizó el logro de los objetivos de c-LDL (< 55 mg/dl) a las 6 semanas. En los pacientes que no alcanzaron el objetivo lipídico, se realizó un análisis de simulación para estimar el porcentaje que podría alcanzarlo con una combinación de dosis fija de ácido bempedoico 180 mg y ezetimibe 10 mg/día. La reducción estimada del c-LDL con la combinación hipolipemiante fue del 36,2 %. Se asumió una adherencia completa al tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 276 pacientes (edad media de 70,1 ± 11,1 años, 81,4% varones). El 24,3% y el 52,2% de los pacientes tenían antecedentes de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular previa, respectivamente. El 63% de los pacientes había recibido tratamiento previo con estatinas. Al alta hospitalaria, a todos los pacientes se les prescribieron estatinas de alta intensidad (atorvastatina 80 mg en el 54,8% y rosuvastatina 40 mg en el 45,2%). La media de c-LDL a las 6 semanas fue de 65,4 (23,1) mg/dl, y el 35,5% de los pacientes alcanzó el objetivo de c-LDL. El análisis de simulación mostró que después de la administración de una combinación de dosis fija de ácido bempedoico y ezetimibe, el colesterol LDL medio podría reducirse a 41,8 (14,8) mg/dl, y el 79,5 % de los pacientes alcanzaron el objetivo lipídico.

**Conclusión:** A pesar de recibir estatinas de alta intensidad, una proporción considerable de pacientes no alcanzó el objetivo de c-LDL recomendado por las guías actuales. El uso sistemático y temprano de la combinación de ácido bempedoico y ezetimibe podría permitir que un mayor número de pacientes, tras un SCA, alcancen los objetivos de c-LDL a las 6 semanas.

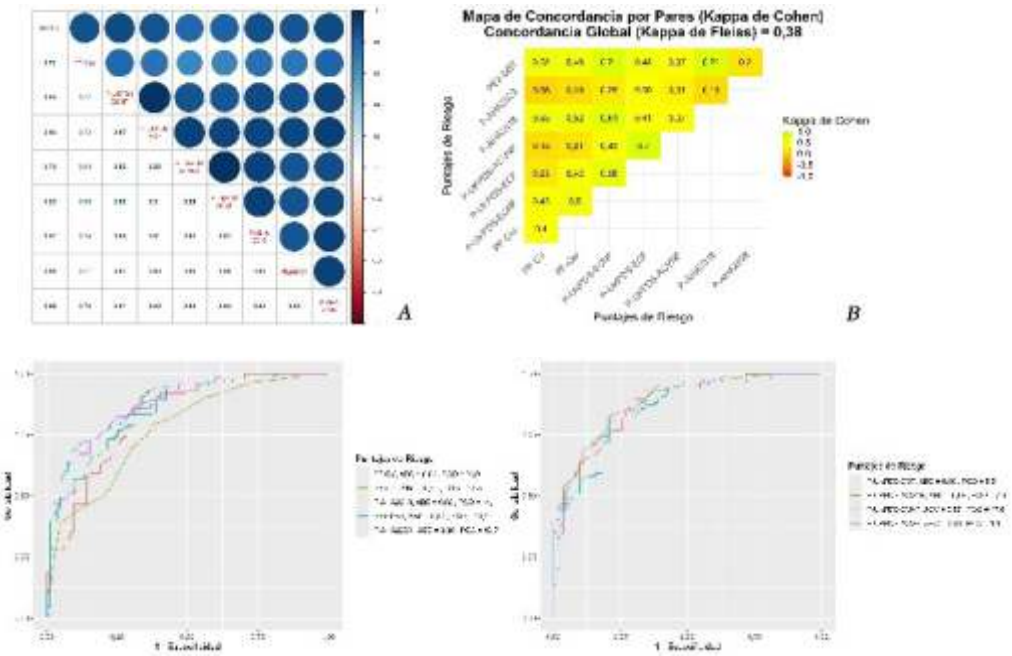
## 0025 - EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO 2 EN PREVENCIÓN PRIMARIA: COMPARACIÓN DE MÚLTIPLES PUNTAJES Y DETECCIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Lorenzo Martín LOBO[1] | Walter MASSON[2] | Graciela Beatriz MOLINERO[1] | Gustavo GIUNTA[3] | Cecilia Paula MASIELLO[1] | Silvina Valeria SAGARDÍA[1] | Maria Del Carmen V. SARLI BALDOVINO[1] | Augusto LAVALLE COBO[1]

*Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]; Fundación Favaloro[3]*

**Introducción:** La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país y a nivel mundial, e incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades vasculares independientemente de los factores de riesgo convencionales. El uso de puntajes de riesgo así como la detección de ateromatosis subclínica pueden ser útiles para conocer diferentes grados de vulnerabilidad en esta población. Desconocemos cómo, los nuevos puntajes de riesgo podrían clasificar a nuestros pacientes con DM2, su relación con herramientas tradicionales y su capacidad para predecir enfermedad aterosclerótica subclínica




**Objetivos:** 1) Estratificar el riesgo cardiovascular en una población con DM2 en prevención primaria, utilizando diversos puntajes de riesgo; 2) Describir la prevalencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC); 3) Analizar la correlación y concordancia entre los diferentes puntajes de riesgo; 4) Evaluar la capacidad discriminativa de las distintas puntuaciones para identificar la presencia o ausencia de PAC.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal y multicéntrico. Se incluyeron pacientes con DM2 en prevención primaria sin tratamiento hipolipemiante. Se calcularon los siguientes puntajes de riesgo: Framingham para enfermedad cardiovascular (PF-CV) y para enfermedad coronaria (PF-Cor); ACC/AHA 2018 (P-AHA18); PREVENT (P-AHA23); SCORE2-Diabetes (PE2-DBT); y los puntajes UKPDS para enfermedad coronaria fatal (P-UKPDS-ECF), enfermedad coronaria no fatal (P-UKPDS-ECNF), ACV fatal (P-UKPDS-ACVF) y no fatal (P-UKPDS-ACVNF). Se evaluó la correlación y concordancia entre ellos. Se realizó un análisis ROC.

**Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes [edad media 61,2 (10,8) años, 58,8% hombres]. La proporción de sujetos clasificados como de al menos alto riesgo fue del 71,2%, 39,9%, 43,6%, 23,9%, 20,9%, 53,4%, 9,8% y 49,7% cuando aplicamos los PF-C, PF-Cor, P-UKPDS-ECNF, P-UKPDS-ECF, P-UKPDS-ACVNF, P-AHA2018, P-AHA2023 y PE2-DBT, respectivamente. Ningún paciente fue clasificado con un riesgo 20% al utilizar el P-UKPDS-ACVF. Se observó una buena correlación entre todos los puntajes evaluados (valores de "r" entre 0,64 y 0,98). La concordancia global entre los puntajes fue regular (coeficiente Kappa de Fleiss de 0,38). La prevalencia de PAC fue del 50,6%, siendo mayor en los estratos de mayor riesgo de todos los puntajes evaluados. El análisis de las curvas ROC mostró una muy buena capacidad predictiva de todos los puntajes para la detección de PAC.

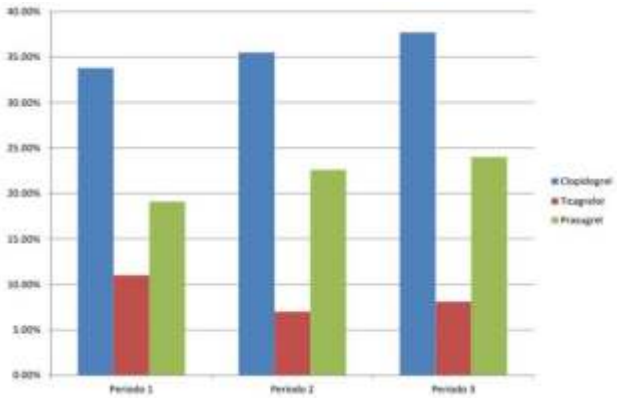
**Conclusión:** El riesgo cardiovascular observado fue considerable para la mayoría de las puntuaciones evaluadas; con una adecuada correlación, pero una concordancia regular entre los distintos puntajes. Se observó una muy buena capacidad predictiva de todos los puntajes para la detección de PAC.

## 0029 - EVOLUCIÓN TEMPORAL EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

Alan Rodrigo SIGAL | Juan FURMENTO | Leonardo SEOANE | Martin FASAN | Ian Neil CHAPMAN | Francisco Andrés OLIVARES PRADO | Marcelo Sergio TRIVI | Juan Pablo COSTABEL

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*




**Introducción:** La evidencia científica en cardiología está en constante revisión y actualización. Esto trae consigo cambios en las estrategias terapéuticas en todas las áreas de la cardiología, incluyendo la cardiopatía isquémica, por ejemplo en la elección de antiagregantes, el tiempo de estadía hospitalaria y el tiempo al cateterismo.

**Objetivos:** Describir los cambios temporales recientes en cuanto al tratamiento del sindrome coronario agudo, reflejando cambios en la evidencia.

**Materiales y Métodos:** Realizamos un análisis descriptivo de las características basales, evolución intrahospitalaria y estrategias terapéuticas en cuanto a tratamiento antiagregante y hipolipemiante de una base de síndromes coronarios agudos de un centro de alto volumen y alta complejidad en Buenos Aires, desde Octubre 2021 hasta Febrero 2025. Se dividió temporalmente a los pacientes en 3 grupos: Grupo 1 de 2021-2022, Grupo 2 de 2023, y Grupo 3 de 2024-2025.

**Resultados:** Se incluyeron 2757 pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo. De ellos, 60.9% fueron anginas inestables, 26.6% infartos sin elevación del ST (IAMSEST), y 12.6% infartos con elevación del ST (IAMCEST). 35.6% de los pacientes pertenecían al grupo 1, 30.1% al grupo 2 y 34.2% al grupo 3. 37.6% tenían enfermedad vascular previa, 67.7% hipertensión, 74.6% dislipemia, 25.3% diabetes, 15.8% tabaquistas y 39.3% ex tabaquistas. La edad promedio fue 68.4 años (67.9-68.9), la Fey 55.4% (54.9-55.9), el GRACE 108.3 (107.1-109.6), el CRUSADE 27.3 (26.7-27.8). El promedio de estadía hospitalaria fue de 3.9 días en grupo 1, 3.65 en grupo 2 y 3.4 en grupo 3 (1 vs 3 p=0.01). La media de tiempo al cateterismo fue de 1083.8 minutos en grupo 1, 853.8 en grupo 2 y 909.3 en grupo 3 (1 vs 3 p=0.001, 2 vs 3 p=ns). El 2do antiagregante de elección fue clopidogrel en 33.8% en grupo 1, 35.5% en grupo 2, y 37.7% en grupo 3 (p=ns), Ticagrelor 11% en grupo 1, 7% en grupo 2 y 8.1% en grupo 3 (p=0.007), y Prasugrel 19.1% en grupo 1, 22.6% en grupo 2, y 24% en grupo 3 (p=0.03). Se usó rosuvsatatina de 40mg en el 48.8% del grupo 1, 53.8% del grupo 2 y 53.2% del grupo 3 (p=0-06), y ezetimibe en 22% del grupo 1, 25.4% del grupo 2, y 28.4% del grupo 3. La mortalidad fue de 1.1% en los 3 grupos.

**Conclusión:** En los últimos años, se vió un acortamiento del tiempo de estadía hospitalaria, acompañado de una reducción del tiempo al cateterismo. Sumado a esto, se disminuyó el uso de ticagrelor y aumentó el uso de prasugrel, probablemente secundario a la publicación del estudio ISAR-REACT. Además, se incrementó el uso de estatinas de alta intensidad al alta, al igual que del tratamiento combinado con ezetimibe.

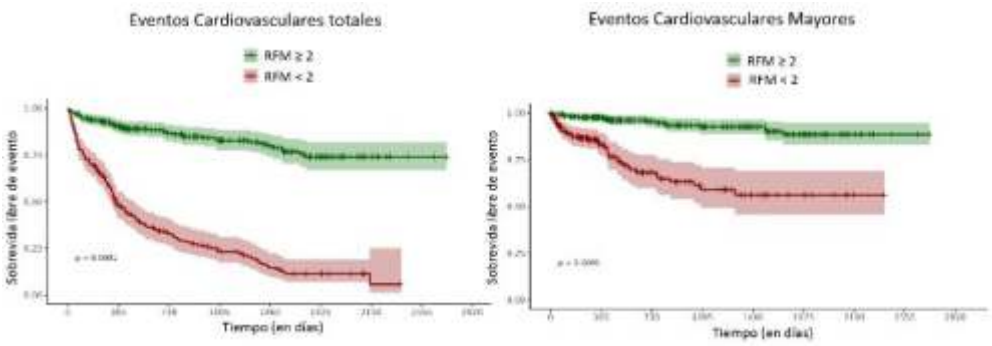
## 0030 - IMPACTO PRONÓSTICO DE LA RESERVA DE FLUJO MIOCÁRDICO

Multimagen

Maria Victoria CARVELLI | Alejandro Horacio MERETTA | Magali GOBBO | Mariana CORNELI | Daniel Omar ROSA | Santiago OLSZEVICKI | Néstor PÉREZ BALIÑO | Osvaldo H. MASOLI

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La reserva de flujo miocárdico (RFM) refleja la capacidad coronaria de aumentar el flujo sanguíneo ante una mayor demanda, integrando la circulación epicárdica y microvascular. Su evaluación tiene implicancias diagnósticas y pronósticas. Tradicionalmente se ha medido con técnicas invasivas o tomografía por emisión de positrones (PET), recientemente las cámaras cadmio-zinc-telurio (CZT) han permitido estimar la RFM de forma no invasiva mediante tomografía por emisión de fotón único (SPECT).




**Objetivos:** Analizar la ocurrencia de eventos, su asociación con la RFM medida con SPECT CZT, y su potencial utilidad en la estratificación de riesgo.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 452 pacientes, con seguimiento medio de 792 días. Se obtuvieron imágenes dinámicas en reposo y post-dipiridamol e imágenes convencionales. La RFM se calculó como la relación entre el flujo absoluto post-dipiridamol y en reposo (valor normal>= 2). Se consideraron eventos: angina, infarto, muerte, revascularización (angioplastia o CRM), ACV e internaciones por angina o insuficiencia cardíaca. Infarto, revascularización, ACV y muerte se consideraron eventos mayores. Se realizó análisis de sobrevida libre de eventos con Kaplan-Meyer (log-rank test) y análisis de supervivencia multivariado con la RFM disminuído como predictor independiente de eventos. La selección de variables de ajuste se realizó por selección bidireccional por pasos, basado en el AIC (akaike information criterion), a partir de un modelo contemplando los factores de riesgo conocidos. Se evaluó la performance predictiva mediante el índice de concordancia (C-index) y se comparó con el modelo sin RFM mediante el test de ratio de verosimilitud (LRT, likelihood-ratio-test). Los resultados descriptivos se expresaron como media ± desvío estándar o mediana con rangos intercuartilicos 25-75 (IQR) para variables continuas; porcentajes para las discretas. Se acompañan de tests estadísticos apropiados (Mann-Whitney, t-test, Chi-cuadrado) según la naturaleza y la distribución observada de las variables. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

**Resultados:** edad 63±12años, sexo masculino 243 (54%); hipertensión arterial 284 (63%), diabéticos 136 (30%), dislipémicos 324 (72%), tabaquistas 162 (36%) y ex tabaquista 23 (5%). 157 pacientes (35%) presentaban enfermedad coronaria epicárdica . 20 pacientes desarrollaron defectos de perfusión con un monto mediano isquémico del 4,4% (IQR 3,7 - 98,8). De la población analizada, 190 pacientes presentaron una RFM < 2, mientras que 262 pacientes tuvieron una RFM >= 2. Se registraron 145 eventos en el grupo con RFM deteriorada y 45 en el grupo con RFM conservada. Los eventos mayores afectaron a 46 pacientes con RFM <2 y a 17 con RFM conservada. Hubo 7 muertes, todos en el grupo con RFM deteriorada. (Tabla 1) La dinámica de ocurrencia de eventos de acuerdo a las curvas de Kaplan-Meyer en los pacientes con RFM disminuida fue mayor que en aquellos con RFM normal tanto en eventos totales como en los mayores. (Tabla 2) En el análisis multivariado, la RFM disminuida fue predictor de eventos, tanto para eventos totales (HR = 7.9; IC 95%:5,6-11,2; p < 0,001) como para eventos mayores (HR = 6,8; IC 95%: 3.8- 12.3; p < 0,001). La inclusión de la variable de RFM al modelo de supervivencia mejora la performance predictiva del mismo, evidenciado por un aumento del 8% al 14% (eventos mayores y totales, respectivamente) en el C-index comparado con el modelo sin RFM. (LRT, p-value < 0.001).

**Conclusión:** La RFM demostró ser un predictor independiente de eventos. Su incorporación al modelo de predicción mejoró significativamente la capacidad de estratificación del riesgo. Estos hallazgos respaldan el uso de la RFM como herramienta para identificar pacientes de alto riesgo, potencialmente beneficiarios de un manejo más intensivo y personalizado.

## 0031 - ASOCIACION ENTRE SINDROME GRIPAL FRECUENTE Y ENFERMEDAD CORONARIA. ESTUDIO TRANSVERSAL.

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Alejandro Simon KUFERT | Alejandro David MANSUR | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Mariela Susana LEONARDI | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Sofia Nahir FERNANDEZ | Claudio DIZEO

*Hospital Cesar Milstein*

**Introducción:** Se ha reportado que la gripe en particular la ocasionada por virus de influenza B puede precipitar eventos coronarios agudos, pero se desconoce si el padecer síndromes gripales frecuentes a lo largo de la vida es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria.

**Objetivos:** Establecer si existe una asociación entre el síndrome gripal frecuente (2 o mas por año) a lo largo de la vida adulta y la enfermedad coronaria.

**Materiales y Métodos:** Se estableció la existencia o ausencia de enfermedad coronaria en ocasión de la realización de un ecoestres con fines diagnósticos en pacientes consecutivos, mediante interrogatorio (antecedentes de angina, infarto agudo de miocardio o revascularización), secuela de infarto en el electrocardiograma, o resultado del ecoestres positivo (estudio positivo para isquemia miocárdica). Se estableció mediante interrogatorio la ocurrencia de síndrome gripal frecuente (2 o mas por año) o infrecuentes (0-1 por año) en promedio a lo largo de la vida adulta de la persona. Se recabaron los factores de riesgo convencionales, edad y sexo. Se establecieron los odds ratio para la cada variable y sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Las variables significativas en el análisis univariado se incluyeron en un modelo de regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 401 pacientes, edad media de 73 +-6.5 años, 42% de sexo masculino, 32.9% (132 pacientes (p)) tuvieron diagnostico de enfermedad coronaria y 22.9% síndrome gripal frecuente (92 p). 70.8% HTA, 24.7% diabetes, 43% tabaquista o ex tabaquista y 45.6% dislipemia. El síndrome gripal frecuente se asocio significativamente con enfermedad coronaria en el análisis univariado (odds ratio 2.44, IC 95% 1.51%-3.94%, p = 0.0003. Otras variables significativas en el análisis univariado fueron diabetes (odds ratio 1.63, IC 95% 1.02-2.62, p=0.03, sexo masculino (odds ratio 2.73, IC 95% 1.78-4.20 p < 0.0001); dislipemia (odds ratio 2.60, IC 95% 1.69-3.99, p < 0.0001) y tabaquismo (OR 2.86, IC 95% 1.86-4.40, p < 0.0001). En el análisis multivariado el síndrome gripal frecuente se asocio significativamente (p<0.0001) con enfermedad coronaria..

**Conclusión:** El síndrome gripal frecuente se asocio significativamente con enfermedad coronaria. Esta asociación fue independiente de los factores de riesgo convencionales.

## 0033 - SUBROGANTES DEL ACOPLAMIENTO VENTRICULO ARTERIAL DEL VENTRICULO DERECHO COMO PREDICTORES DE CONSUMO PICO DE OXIGENO EN PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar

Nicolas Matías D'AMELIO | Paula KAPLAN | German Job SOUTO | Manuel LAGO | Javier IRIARTE | Andrés Enrique DINI

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

**Introducción:** El acoplamiento ventriculo arterial del ventriculo derecho es considerado el patron oro para evaluar contractilidad del ventriculo derecho, siendo una tecnica invasiva y compleja. A traves del ecocardiograma podemos obtener diferentes variables y a traves de su cociente estimar subrogantes del acoplamiento ventriculoarterial del ventriculo derecho. El test de ejercicio cardiopulmonar(TECP) permite obtener variables como el consumo pico de oxigeno con demostrado valor pronostico en HTP.

**Objetivos:** Evaluar diferentes indicadores de acoplamiento ventrículo arterial del VD: El cociente entre el Strain de pared libre ventrículo derecho(Strain_VD) y la presión sistólica de la arteria pulmonar(PSAP), cociente entre Fraccion acortamiento del ventrículo derecho(FAC_VD) y PSAP y el cociente de Excursion del plano del anillo tricuspideo(TAPSE) y PSAP como predictor del consumo pico de oxigeno(VO2 pico) obtenido por TECP en pacientes con hipertensión pulmonar del grupo 1 y 4

**Materiales y Métodos:** Las variables numéricas se expresan como la mediana y el intervalo intercuartílico y las variables categóricas como el número de casos y su porcentaje del total. Se evaluó el cociente SGL_VD/PSAP como indicador de acoplamiento ventrículo arterial así como también los cocientes 1) TAPSE/PSAP y 2) FAC_VD/PSAP. La capacidad predictiva de los diferentes indicadores de acoplamiento ventrículo arterial del ventriculo derecho sobre el consumo pico de oxigeno se evaluó mediante un modelo de regresión, expresando los resultados como el coeficiente beta y su intervalo de confianza del 95%. Las diferencias en el ajuste de los modelos se evaluaron a través del R cuadrado y el AIC (Akaike information criteria) de cada modelo.

**Resultados:** El cociente SGL_VD/PSAP (figura 1) resulto asociado al consumo pico de oxígeno en forma estadísticamente significativa, al igual que, el cociente TAPSE/PSAP. Aunque a pesar de la aparente relación lineal que se observa en la gráfica, no se puedo evidenciar una asociación entre el cociente FAC/PSAP y el VO2 pico, como se aprecia a partir de la amplitud de los IC del 95 %, debido a la reducida muestra. No se evidencio una superioridad de un indicador respecto del otro en el desempeño para la predicción de VO2 pico, a partir de la similar dad tanto del R cuadrado como del AIC, dado lo reducido de la muestra .

**Conclusión:** Al día de la finalización de este escrito, no existe evidencia sobre la asociación de la variable Strain_VD/PSAP y TAPSE/PSAP con el VO2pico. La información predictiva de un parámetro de fácil obtención como TAPSE/PSAP y Strain_VD/PSAP, resulta de mucha utilidad teniendo en cuenta la accesibilidad y menor costo de la ecocardiografía respecto del TECP, especialmente en escenarios como el manejo de esta condición hemodinámica en regiones de bajos y medianos ingresos. Consideramos que el resultado hallado permite generar una hipótesis que impulse el desarrollo de un estudio con inclusión de mayor número de pacientes

## 0035 - IMPACTO DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN LA SOBREVIDA

Cardiología Clínica

Mario Bruno PRINCIPATO | Maria Victoria CARVELLI | Juan Agustín ÁLVAREZ CASIANI | Jhesica MOREIRA CAMACHO | Analia Gladys PAOLUCCI | Hyun Sok YOO | Manuel LAGO | Justo CARBAJALES

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

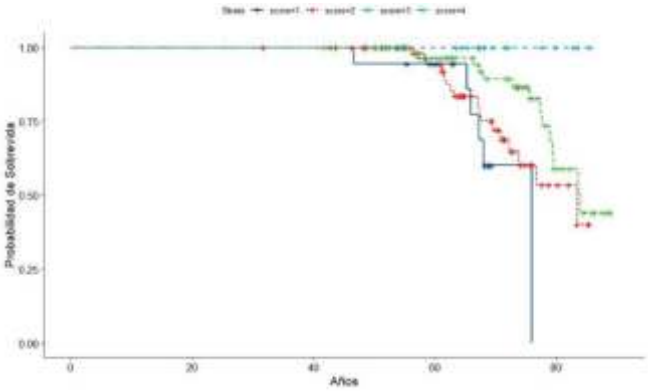
**Introducción:** Pequeñas variaciones genéticas, como los polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs), pueden influir en procesos biológicos. Su identificación es relevante para reconocer subgrupos de riesgo, orientar estrategias preventivas y favorecer un manejo más personalizado.

**Objetivos:** Determinar la relación entre SNPs y la sobrevida, con el fin de identificar perfiles genéticos asociados a mayor riesgo.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron como modelo de estudios pacientes seropositivos para enfermedad de chagas (EC) con más de 20 años de evolución y sin comorbilidades. Se conformaron dos grupos según la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI): reducida (<35%) y preservada (>50%). Se extrajo ADN para análisis genético. Se creó un panel de SNPs seleccionados de la base GnomAD, vinculados a genes clave en la estructura cardíaca. Los pacientes fueron seguidos por 8 años para evaluar sobrevida. Se evaluó la asociación entre los SNP y la sobrevida, generando un socre de riesgo. Se aplicó un modelo de regresión de Cox univariado y multivariado para analizar la asociación entre SNPs (codificados como variable ordinal) y el tiempo de sobrevida. Se seleccionaron SNPs con p<0.05 y se construyó un puntaje de riesgo, evaluado con curvas de Kaplan-Meier y medianas de sobrevida. Análisis realizados en R (v4.1.1)

| SNP | Hazard Ratio | IC 95% |
|---|---|---|
| rs7310615 | 0.396 | 0.196 - 0.798 |
| rs7405731 | 0.466 | 0.278 - 0.779 |

| | |
|---|---|
| rs7310615 = 0 | 0 puntos |
| rs7310615 = 1 | 1 punto |
| rs7310615 = 2 | 2 puntos |
| rs7405731 = 0 | 0 puntos |
| rs7405731 = 1 | 1 punto |
| rs7405731 = 2 | 2 puntos |




**Resultados:** Se incluyeron 182 pacientes con EC, de los cuales 176 (96,7%) fueron seguidos durante una mediana de 5,1 años (RIC: 3,4–6,5). La mediana de edad fue de 62 años, el 39,6% eran hombres, el 31% presentó FEVI reducida y el 53% trastornos de conducción intraventricular. El análisis univariado evidencio que 3 variantes de los 68 SNP estudiados estuvieron asociados a la expectativa de vida. Estos fueron el rs3755863 el cual aumenta el riesgo de muerte, localizado en el gen PPARGC1A, codifica para un regulador transcripcional clave del metabolismo energético. Esta variante mostró una asociación significativa con un aumento del riesgo de muerte (HR = 1,94; p 0,022). El rs7310615, localizado en el gen SH2B3, codifica una proteína reguladora de las vías de señalización de citoquinas, mostró un efecto protector con una disminución significativa del riesgo de muerte (HR = 0,45; p 0,006). Por último, rs7405731, perteneciente al gen JUP, codifica la placoglobina, una proteína estructural esencial de uniones adherentes y desmosomas que contribuye a la integridad mecánica y la comunicación intercelular, también se asoció con una reducción del riesgo de muerte (HR = 0,48; p 0,006). El análisis multivariado con los tres SNP, muestra que el rs7310615 y el rs7405731 estuvieron significativamente asociados con los tiempos de sobrevida, reduciendo el riesgo de muerte en más de la mitad para cada alelo alternativo. Con los SNP que se asociaron en forma significativa al tiempo de sobrevida, se confecciono un puntaje de la siguiente forma: 0 punto: para homocigotos del alelo tipo salvaje, 1 punto: para los heterocigotos del alelo alternativo, 2 puntos: para homocigotas del alelo alternativo. A partir del cual, se calculo el puntaje para cada sujeto analizado y se estimó la sobrevida para cada categoría de puntaje obtenida mediante Kaplan Meier así como la mediana de sobrevida para cada categoría del puntaje. (Tabla 1/ Tabla 2)

**Conclusión:** En este estudio, se identificaron tres variaciones en SNP asociados a la sobrevida en EC crónica. Estos hallazgos requieren ser confirmados en poblaciones más amplias y diversas, su validación permitiría identificar un subgrupo de individuos de altísimo riesgo. Esto permite diseñar estrategias preventivas, dirigidas a proteger a estas poblaciones.

## 0036 - IMPLEMENTACIÓN DE UN TABLERO DE MEDICIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN CARDIOLOGÍA EN UN GRUPO DE CLÍNICAS PRIVADAS DE CABA

Cardiología Clínica

Maria Claudia BRUNO[1] | Victoria SANTA MARIA[2] | Jorge Atilio BELARDI[3] | Juan Pablo COSTABEL[4] | Mariano N. BENZADON[4] | Marcelo MAMMANA[5] | Gianfranco BIANCHI[6] | Victoria Helena RIVADENEIRA LANFRANCHI[4]

*Sanatorio de Los Arcos[1]; Swissmedical Group[2]; Swissmedical Group[3]; ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires[4]; Swissmedical Group[5]; Swissmedical Group[6]*

**Introducción:** El diseño e implementación de un sistema de métricas, orientado a la evaluación de indicadores de calidad constituye una herramienta fundamental para la identificación de oportunidades de mejora, en los servicios de salud. En este contexto, el presente proyecto propone el desarrollo de un tablero de control que facilite el monitoreo sistemático de indicadores clave, promoviendo así la adopción de un modelo de gestión clínica basado en datos. Esta estrategia busca fortalecer la toma de decisiones, optimizar el uso de recursos y mejorar los resultados en la atención al paciente.

**Objetivos:** Desarrollar un tablero de control que presente indicadores de calidad de atención de paciente de una manera visual, continua, dinámica y accesible. Su aplicación implicaría, facilitar la toma de decisiones para optimizar la atención al paciente y promover la transparencia, compartiendo los resultados de manera clara con el personal médico y no médico de la institución.

**Materiales y Métodos:** Se establecieron 4 fases de desarrollo: 1-Planificacion (enero-marzo 2024) - Selección de indicadores --Estandarización de la codificación diagnostica 2-Ajuste del modelo (abril-junio 2024) -Validación de datos y de adherencia a criterios de codificación diagnostica 3-Consolidacion (julio 2024-abril 2025) -Afianzamiento de datos. Análisis de resultados obtenidos. 4-Desarrollo de programas de mejora - Implementación de cambios en base al análisis de resultados. Los datos fueron tomados de las bases de datos productivas de la historia clínica electrónica (Xhis), mediante una consulta directa con SQL_server. Los mismos fueron volcados en un tablero dinámico, desarrollado en Power BI, donde se calcularon la cantidad de ingresos, tasa de mortalidad, reingresos y estancia media para diagnósticos definidos, dentro de un periodo de tiempo seleccionado.

**Resultados:** Se estableció una nomenclatura codificada para cada una de las patologías seleccionadas para su relevamiento: Insuficiencia cardiaca congestiva, Infarto agudo de miocardio con elevación del ST y sin elevación del segmento ST. La información se expuso considerando a la totalidad de las Clinicas involucradas pudiendo individualizarse para realizar un análisis independiente. Los datos se especificaron por mes y año según el requerimiento de la valoración. Se establecieron los promedios acumulados del análisis completo expresándolos de manera independiente para cada indicador. Mes a mes se realizaron reuniones de validación y auditoria de datos para certificar la precisión de los mismos. Para los datos de mortalidad se realizó un análisis exhaustivo ad hok de la etiología de los fallecimientos. La limitación del proyecto, se basó en las dificultades que se presentaron durante la implementación, por la falta adherencia a la codificación diagnostica y a la modalidad de relevamiento de datos, que interfirieron inicialmente con su procesamiento. A la fecha el sistema se halla la etapa de consolidación de datos y medición de resultados, en función de desarrollar políticas de progreso en la atención del paciente y de racionalización de los recursos. Tabla 1,2

**Conclusión:** La implementación de un panel de control con métricas de calidad fue factible, permitiendo al equipo de salud tener datos objetivos de patologías relevantes de manera dinámica y continúa. Esta condición busca facilitar la adecuación de los tratamientos específicos con el consecuente avance en la calidad de atención de los pacientes en función de un programa de mejoras.

## 0037 - FORMULACIÓN, EJECUCIÓN, ANÁLISIS Y REPRODUCIBILIDAD. SISTEMÁTICA DE ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. PROTOCOLO FEAR.

Cardiología Clínica / Investigación Básica

Daniel Luis DI NANNO[1] | Luis Alberto LOPEZ[2] | Paolo FABI[1] | Maximiliano Ariel TRIGO[1] | Ariel Esteban COSTA[1] | Emilia DI NANNO[3] | Maite TELLECHEA[4]

*Hospital Churruca - Visca[1]; Sanatorio Trinidad Mitre[2]; Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA)[3]; Universidad Católica Argentina[4]*

**Introducción:** Es indiscutible el rol de la medicina basada en la evidencia para el avance de la ciencia médica y ha evolucionado enormemente desde la publicación del primer estudio clínico randomizado en el año 1948, hasta nuestros días. La utilización de los ensayos, ha sido de capital importancia para la validación de nuevas estrategias terapéuticas y desempeñan un papel relevante en la formación tanto del estudiante de grado como en la actividad profesional continua. Sin embargo la creciente complejidad metodológica y la presión asistencial dificulta que muchos profesionales puedan valorar críticamente la evidencia disponible.

**Objetivos:** Desarrollar una sistemática de análisis de los estudios de investigación tanto para el estudiante de grado como para los profesionales médicos no especializados en investigación.

**Materiales y Métodos:** Se procedió a la confección de un equipo integrado por médicos asistenciales, con experiencia en investigación y estudiantes avanzados de medicina para la elaboración de una sistemática de análisis que resultara didáctica para los no especializados.

**Resultados:** La sistemática presenta cuatro etapas de análisis donde a través de una serie de preguntas se ordena la valoración. 1) Formulación: Evaluación de la información background que da origen a la investigación, tipo de estudio (prospectivo?, longitudinal?, doble ciego?), construcción de la hipótesis, tamaño muestral, error alfa y beta, puntos finales, posibles conflictos de interés. 2) Ejecución: En esta etapa se analiza el período de reclutamiento hasta la finalización del seguimiento. Posibles desvíos de protocolo, pérdida de pacientes. 3) Análisis: Evaluación del resultado estadístico, análisis por intención de tratar?, por protocolo?, los grupos son homogéneos?, se confirma la hipótesis alternativa?, el hallazgo es clínicamente significativo?, posibles implicancias en costos de salud. El hallazgo puesto en contexto del centro de salud local y de políticas de salud locales. 4) Reproducibilidad: Los investigadores aportan información para determinar la eventual reproducibilidad de la investigación?. El hallazgo ha sido replicado por otros grupos de investigación? Valoración final descriptiva de la investigación de acuerdo a la sistemática de análisis.

**Conclusión:** El protocolo FEAR (Formulación, Ejecución, Análisis y Reproducibilidad) puede constituir una herramienta de utilidad para asistir en la evaluación de la evidencia científica tanto para estudiantes de grado como para médicos asistencialistas no especializados en investigación.

## 0040 - DESARROLLO DE UN REGISTRO LOCAL DE CARDIOONCOLOGIA EN UN HOSPITAL PUBLICO: LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Cardioncología

Mauro ROSSI PRAT | Boris Glenn CHANG TAPIA | Ignacio Daniel MARTINEZ RUSLENDER | Mauricio Antonio POTITO | Mariela DE SANTOS | Santiago TORROBA | Diego KYLE | Maximiliano DE ABREU

*Hospital El Cruce*

**Introducción:** Los efectos tóxicos de algunas terapias oncológicas se asocian con cardiotoxicidad aguda, subaguda y con incremento en el riesgo cardiovascular a largo plazo. El aumento en la expectativa de vida de los pacientes oncológicos los expone a mayor riesgo acumulativo de eventos cardiovasculares a lo largo de sus vidas. En este marco, la cardiooncología surge como especialidad para prevenir y detectar tempranamente tanto los eventos cardiovasculares como la cardiotoxicidad.

**Objetivos:** Describir las características basales y la incidencia de cardiotoxicidad y eventos cardiovasculares a 6 meses de pacientes incluidos en un registro unicéntrico, prospectivo de un hospital público universitario. El punto final primario del estudio fue una combinación de nueva disfunción ventricular, empeoramiento de algún factor de riesgo cardiovascular o desarrollo de un evento cardiovascular (ICC, IAM, ACV, enfermedad vascular periférica, muerte por cualquier causa y muerte cardiovascular)

**Materiales y Métodos:** Se trata de un registro prospectivo, unicéntrico, de pacientes consecutivos admitidos en el área de Cardiooncología de un hospital público del conurbano bonaerense. Se recabaron datos clínicos, de estudios complementarios y se registraron las complicaciones de aquellos que cumplieron un mínimo de 6 meses de seguimiento.

**Resultados:** Entre Marzo y Diciembre de 2024 se incluyeron un total de 138 pacientes al registro. La mediana de edad fue de 59 años (RIC 46-67) y un 41% fueron de sexo masculino. Dentro de las características basales, 43% de los pacientes tenía diagnóstico de hipertensión arterial, 29,7% eran tabaquistas, 22% diabéticos y 23% dislipidémicos. La patología oncológica más frecuentemente observada fue la leucemia mieloide crónica seguida de los linfomas, con un total de 39 pacientes (28,2%), seguido por cáncer de mama (10,8%). Al momento del análisis, un total de 74 pacientes cumplieron un mínimo de 6 meses de seguimiento. La incidencia total de complicaciones (punto final primario del estudio) a 6 meses fue del 35%. El total de fallecidos fue de 9 pacientes (12%) durante el período de seguimiento, sin hallarse causas de origen cardiovascular entre los mismos. La complicación cardiológica más frecuentemente observada fue el desarrollo o el agravamiento de la hipertensión arterial (6,7%), seguida de desarrollo de dislipidemia (4%) y de disfunción ventricular asociada al tratamiento del cáncer (4%).

**Conclusión:** Las características basales de nuestros pacientes coinciden con lo descripto en la literatura. Durante el período de seguimiento, la incidencia del punto final primario fue del 35%, a expensas principalmente de la muerte no cardiovascular. El desarrollo o empeoramiento de factores de riesgo cardiovascular clásicos fue más frecuente que la disfunción ventricular asociada al tratamiento del cáncer. Esto permite destacar la importancia del control de los factores de riesgo durante el seguimiento de pacientes con cáncer. El adecuado control multidisciplinario para disminuir dichos factores de riesgo puede impactar en el pronóstico del paciente de forma mucho más significativa que la presencia de cardiotoxicidad clásica por disfunción ventricular.

## 0042 - POTENCIAL ASOCIACIÓN ENTRE DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA Y MIOCARDIOPATÍA TAKOTSUBO.

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Alfredo Matías RODRIGUEZ GRANILLO[1] | Camila GALLARDO[1] | Alejandro MORENO[1] | Edwin RODRIGUEZ ARIAS[2] | Fabrizio Gaston PROCOPIO[3] | Mirza RIVERO[4] | Juan Martin ROKOS[1] | Sandra SWIESZKOWSKI[2]

*Sanatorio Otamendi[1]; Hospital de Clínicas[2]; Fundación Favaloro[3]; Cemic[4]*

**Introducción:** La disección coronaria espontánea (SCAD) y la miocardiopatia Takotsubo (MCT) son dos causas diferentes de sindrome coronario agudo (SCA) que difieren de la clásica enfermedad coronaria epicárdica, especialmente en mujeres de mediana edad. En ambas entidades no existe un mecanismo fisiopatológico completamente conocido, y aunque se reconoce que son diferentes, ambas patologías comparten similar epidemiología, factores precipitantes y manifestaciones clínicas, por lo que su comparación es natural para conocer si hay otros puntos en común.

**Objetivos:** Evaluar similitudes y diferencias de ambas entidades clínicas en cuanto a características demográficas y clínicas, resultados en la internación y durante el seguimiento alejado.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes incluidos de forma consecutirva a dos registros prospectivos realizados por nuestro grupo, el primero de disección coronaria espontánea, multicéntrico y piloto, con la participación de 6 centros, y el segundo, de Takotsubo, con la participación de 2 centros, entre enero de 2020 y marzo de 2025. Se compararon variables demográficas, factores tradicionales de riesgo cardiovascular, probables factores predisponentes y precipitantes, asi como tratamiento y resultados clínicos

| | Total (n=49) | SCAD (n=26) | MTS (n=23) | valor de p |
|---|---|---|---|---|
| Edad | 59.2 +/- 16.8 | 48.5 +/- 10.4 | 68.8 +/- 16.3 | 0.19 |
| Mujeres | 89.6% | 84.6% | 95.7% | 0.23 |
| Hipertensión arterial | 39.6% | 34.6% | 43.5% | 0.52 |
| Dislipemia | 22.9% | 23.1% | 21.7% | 0.91 |
| Tabaquismo | 18.8% | 23.1% | 13.0% | 0.36 |
| Diabetes | 14.6% | 11.5% | 17.4% | 0.55 |
| Factores predisponentes | | | | |
| Enfermedades del tejido conectivo | 16.7% | 19.2% | 16.7% | 0.55 |
| Embarazo | 10.4% | 11.5% | 10.4% | 0.74 |
| Factores precipitantes | | | | |
| Estrés físico | 29.2% | 19.2% | 39.1% | 0.12 |
| Estrés emocional | 50.0% | 38.5% | 60.9% | 0.11 |
| Parto | 2.1% | 0.0% | 4.3% | 0.28 |
| Drogas recreativas | 4.2% | 7.7% | 0.0% | 0.17 |
| Presentación | | | | |
| Sindrome coronario agudo | 85.4% | 100% | 65.2% | 0.001 |
| Infarto con elevación del segmento ST-T | 29.2% | 42.3% | 13.0% | 0.024 |
| Insuficiencia cardiaca | 31.3% | 3.8% | 60.9% | <0.001 |

durante la internación y al seguimiento alejado. Se utilizó test de chi cuadrado para comparar variables categóricas y test de ANOVA para evaluar variables continuas. Todo el análisis se realizó utilizando XLSTAT.

**Resultados:** Se incluyó un total de 49 pacientes, de los cuales 26 fueron por SCAD y 23 por MCT, siendo mujeres el 89% del total. La edad fue de 59.2 +/- 16 años, dentro de las cuales el grupo SCAD fue mas joven, sin presentar diferencias estadísticamente significativas (p=0.19). No tuvieron diferencias en cuanto a factores de riesgo tradicionales, siendo la hipertensión arterial el mas prevalente (34.6% vs 43.5%, p=0.52 para SCAD vs MCT respectivamente). En el 50% de los casos se encontró que el estrés emocional fue un factor precipitante del cuadro de internación (38.5% vs 60.9%, p=0.11 respectivamente para SCAD y MCT) . 11.5% del grupo SCAD y 8.7% de MCT fueron embarazadas o puérperas, p=0.74. Del grupo SCAD, el 100% se presentó como sindrome coronario agudo, con 38.5% de los mismos con un supradesnivel del segmento ST-T en el electrocardiograma de admisión, vs el 13.0% del grupo MCT, p=0.024. La presentación mas común del grupo MCT fue la insuficiencia cardíaca, 3.8% vs 60.9%, p>0.001, SCAD vs MCT respectivamente, para ver características clínicas y demográficas basales completas, referirse a la tabla 1. No hubieron óbitos durante la internación y se debieron revascularizar de urgencia 7.7% pacientes del grupo SCAD vs 0.0% de MCT, p=0.17. En el seguimiento a un año hubo una alta tasa de recurrencia del dolor precordial en ambos grupos, 34.6% vs 21.7%, p=0.31 para SCAD y MCT respectivamente.

**Conclusión:** En este registro prospectivo y observacional la SCAD y la MCT afectaron primariamente a mujeres de mediana edad, siendo el estrés el factor precipitante mas común. Ambas entidades se presentaron como sindromes coronarios agudos, con mayor incidencia de infarto con elevación del segmento ST-T en el grupo SCAD. La insuficiencia cardíaca fue la presentación mas común en MCT. El tratamiento de sostén no invasivo fue el preponderante en ambas patologías. Ambas entidades tuvieron buen pronóstico aunque el dolor precordial recurrente durante el seguimiento alejado ocurrió en 1/3 de los casos.

## 0046 - CIRUGÍA CORONARIA CON DOBLE ARTERIAS MAMARIAS Y SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA: SEGUIMIENTO CLÍNICO Y SOBREVIDA A 20 AÑOS DE POSTOPERATORIO.

Cardiopatía Isquémica / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

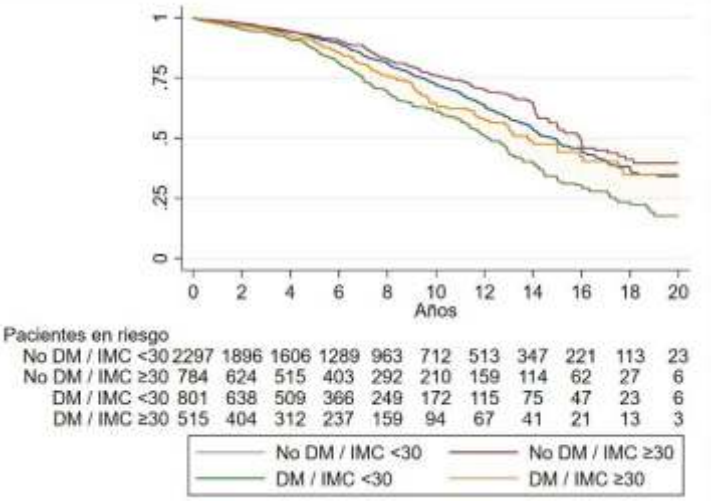
Daniel Oscar NAVIA | Juan Mariano VRANCIC | Fernando PICCININI | Alberto DORSA | Leonardo Adrián SEOANE | Juan Francisco FURMENTO | Juan Pablo COSTABEL | Marcelo Sergio TRIVI

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La cirugía coronaria (CRM) con doble arterias mamarias (BITA) y sin circulación extracorpórea (CEC) ha demostrado una mayor sobrevida a mediano plazo con un menor riesgo perioperatorio. Sin embargo, no hay evidencia de la efectividad y seguridad a largo plazo, ni en población latinoamericana sobre este tipo de tratamiento quirúrgico.

**Objetivos:** Describir la sobrevida alejada (20 años) en un grupo consecutivo de pacientes en quienes se realizó, en forma exclusiva, CRM con BITA y sin CEC y analizar el impacto en la sobrevida de la edad, función ventricular, tipo de angina, estado diabético e Índice de masa corporal (IMC).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte abierta en pacientes operados exclusivamente con CRM BITA sin CEC, entre enero 2003 y diciembre 2023. Se excluyeron cirugías de emergencia, combinadas, y pacientes con cirugías previas. El seguimiento se realizó con un mínimo de 1 año y hasta 20 años posteriores a la cirugía. Los datos demográficos se extrajeron de la historia clínica y la sobrevida se evaluó a través de contacto telefónico. Para el objetivo primario se realizaron tablas de sobrevida y se graficó con Kaplan Meier. Para comparar el tiempo a la muerte en base a la edad, función ventricular, tipo de angina, estado diabético e IMC, se realizaron modelos de regresión de Cox, reportando los Hazard Ratios crudos y ajustados por confundidores.



**Resultados:** Durante el periodo de estudio se incluyeron 4,483 pacientes, con una mediana de seguimiento de 6.3 años (Intervalo Intercuartílico [IQR] 3, 10), con 95 pacientes hasta 20 años y 39 pacientes seguidos por más de 20 años. La edad media fue de 64.07 años (DE 9.26) el IMC 28.70 (DE 6.47), sexo masculino el 91.58% (n=4,274), diabéticos el 30.96% (n=1,382) y con angina inestable el 48.67% (n=2,182) de la población. La sobrevida global fue del 70% (95% IC 68, 72%) a los 10 años y del 31% (95% IC 28, 34%) a los 20 años. Sub analizando solo menores de 65 años, la sobrevida a los 10 años fue del 88% (95% IC 85, 89%) y del 60% (95% IC 55, 65%) a los 20 años. La edad >=65 años y la disfunción ventricular severa se asociaron a mayor mortalidad postquirúrgica de manera independientemente (HR ajustado: 4.99; IC 95%: 4.33–5.75; p<0.01]; HR disfunción ventricular severa ajustado 2.20 [IC 95% 1.73, 2.80; p<0.01). El tipo de angina no fue un predictor independiente de sobrevida (HR ajustado de 0.93 [IC 95%: 0.81, 1.06]). Finalmente, los pacientes con diabetes tanto sin obesidad (HR ajustado 1.28; IC 95%: 1.10–1.48; p=0.001), como con obesidad fueron predictores independientes de mortalidad (HR ajustado: 1.35; IC 95%: 1.11–1.65; p<0.01), pero no así la obesidad sin diabetes (HR ajustado 1.05; IC 95%: 0.88–1.24; p=0.603).

**Conclusión:** En esta cohorte retrospectiva a 20 años, BITA sin CEC mostró alta supervivencia en pacientes jóvenes. La disfunción ventricular severa y la diabetes, especialmente combinada con obesidad, se asociaron con mayor mortalidad. Ni la obesidad ni el tipo de angina fueron predictores independientes de mortalidad.

## 0048 - REGISTRO DE IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO EN INSUFICIENCIA AÓRTICA PURA CON VÁLVULA BALÓN EXPANDIBLE NO DEDICADA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Santiago ORDOÑEZ | Federico LIBERMAN | Jorge Renzo TELLO VELÁSQUEZ | Gustavo Omar PEDERNERA | Pablo Damián MASCOLO | Lucio Tiburcio PADILLA (H) | Pablo Marcelo SPALETRA | Fernando CURA

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** El tratamiento de la insuficiencia aórtica (IA) pura, especialmente en ausencia de calcificación valvular, representa un desafío técnico para el implante valvular aórtico transcatéter (TAVI), debido a la falta de anclaje adecuado. Las válvulas balón expandibles no dedicadas, como la válvula Myval™, podrían ofrecer una opción terapéutica en pacientes seleccionados de alto riesgo quirúrgico.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, procedimiento y resultados a corto plazo de una cohorte de pacientes con IA pura tratados con implante valvular percutáneo utilizando válvula balón expandible Myval™.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de una serie de casos consecutivos con diagnóstico de IA pura no calcificada, sometidos a TAVI con válvula Myval™ en un centro durante los últimos 12 meses. Se evaluaron variables clínicas, relacionadas al procedimiento y eventos adversos a 30 días.

**Resultados:** Se incluyeron 9 pacientes, con una edad media de 79.2 (±4.8) años. El 66.3% fueron pacientes de sexo masculino. Dos pacientes presentaban antecedentes de cirugía de revascularización miocárdica y tres (33.3%) tenían diagnóstico previo de EPOC. Los tamaños de válvula implantados fueron: 24 mm (n=4), 29 mm (n=2), 23 mm (n=2) y 27.5 mm (n=1). Se observó un único caso de implante de marcapaso definitivo durante la internación. A los 30 días, no se registró ningún caso de muerte ni re-internación de causa cardiovascular.

**Conclusión:** En esta cohorte inicial el implante de válvula Myval™ en pacientes con IA pura de alto riesgo quirúrgico mostró ser factible y seguro, con una baja tasa de complicaciones a corto plazo.

## 0049 - PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON CARDIOPATIA CHAGASICA.

Enfermedad de Chagas / Arritmias y Electrofisiología

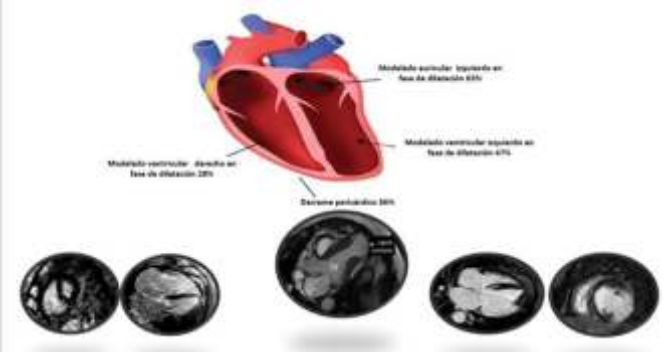
Micaela NOBLEGA KUTSCHERAUER | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Diego Rafael NARVAEZ | Guillermo MAZO | Rodrigo GORNO VIDELA | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

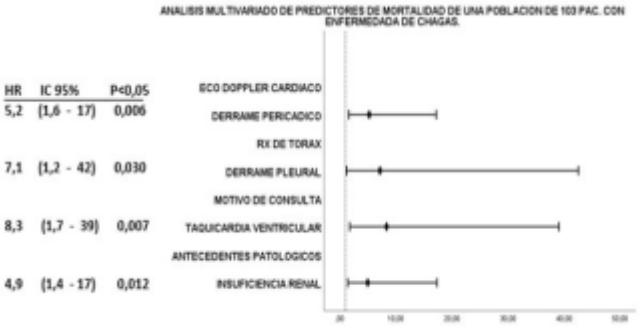
*Sanatorio Pasteur*

**Introducción:** Estudio observacional, descriptivo – analítico, de corte transversal, de una muestra de 103 pacientes, con diagnóstico de ingreso hospitalario con cardiopatía Chagasica.

**Objetivos:** Analizar variables predictoras de mortalidad durante la internación, de los pacientes con cardiopatía Chagasica, en cuidados intensivos cardiológicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo analítico, de corte transversal, unicentrico incluyendo 103 pacientes con diagnóstico de cardiopatía Chagasica en fase descompensada, llevados a cabo desde octubre del 2021 a enero del 2024. Las Variables cualitativas fueron proporcionales y ordenadas en tablas de 2x2, las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con análisis de medidas centrales y de dispersión. Para valorar asociación de variables se utilizo test estadístico de Chi-cuadrado, Test de Student y búsqueda de la predicción se utilizo análisis mediante regresión logística. Se estableció como límite de la significación p < 0,05, con Intervalos de confianza del 95% (IC).






**Resultados:** El 66 % sexo masculino y 34 % sexo femenino, una media de edad 74±11, Hipertensión arterial 76%, Diabetes Tipo II 32%,Enfermedad coronaria 18%, enfermedad vascular periférica 8%, Infarto agudo de miocardio 7%, Nefropatia crónica 20%, Accidente cerebrovascular 17%, cirugía de revascularización previa 2%, Antecedentes de Marcapasos 26%, implante de cardiodesfibrilador (CDI) 17%, Isquemia arterial por embolia 2%, tromboembolismo pulmonar 1%, Trombo mural ventricular izquierdo 2%, trombo en orejuela de auricla izquierda 4%. Motivo de consulta disnea 42%, sincope 8%, taquicardia ventricular 13%, síndrome edematoso 18%, Ritmo cardiaco de ingreso : Taquicardia sinusal 14%, Bradicardia sinusal 16%, fibrilación auricular 30%, bloqueo completo de rama derecha – hemibloqueo anterior izquierdo 29%, bloqueo completo de rama izquierda 13%, bloqueo auriculo ventricular de 1-2 grado 15%,Taquicardia ventricular 13%. Eco Doppler cardiaco con diámetro telediastolico superior de 58 mm 19%, diámetro telesistolico superior de 40 mm 28% fracción de eyección en rango de severidad 38%, diámetro anteroposterior de auricula izquierda mayor de 40 mm 63%, derrame pericárdico 36%, Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) 40%,estudio electrofisiológicos 23%, cinecoronariografia 50% utilidad de inotrópicos 5%. Mortalidad Hospitalaria 18 %. En el análisis univariado se observa que la mortalidad intrahospitalaria se asocio con las variables: Nefropatia crónica P<0.001 OR 5,8 (IC 95% 2- 16,5); enfermedad arterial periférica P<0.006 OR 6,6 (IC 95% 1,4-30,3), Taquicardia ventricular P<0.005 OR 5 (IC 95% 1,4-16,8), Derrame pleural P<0.001 OR 8,4 (IC 95% 1,9- 37), Derrame pericárdico P<0.001 OR 5,5 (IC 95% 2-14,7) Los predictores independiente de mortalidad, se evidenciaron en las variables: Nefropatía crónica P<0.01 HR 4,9 (IC 95% 1,4 - 17,3); Taquicardia ventricular P<0.007 HR 8,3 (IC 95% 1,7- 39), Derrame pleural P<0.03 HR 7,1 (IC 95% 1,2- 42), Derrame pericárdico P<0.006 HR 5,2 (IC 95% 1,6-17,2)

**Conclusión:** En nuestra población de estudio se evidencia que la Nefropatia crónica, la Taquicardia ventricular, y signos de sobrecarga como derrame pleural y pericardico, son predictores de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con

## 0050 - EL STRAIN REGIONAL ALTERADO UNA HERRAMIENTA DIAGNOSTICA PARA DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA, EN PACIENTES CON PRETEST INTERMEDIO-BAJO.

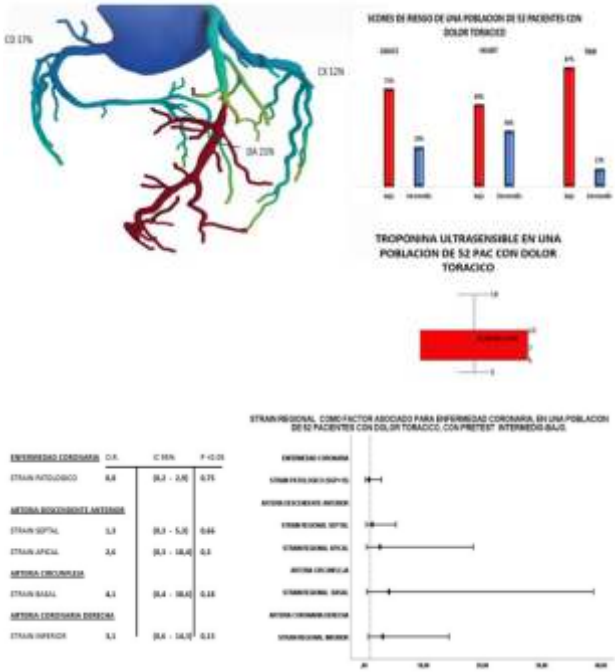
Multimagen / Cardiología Clínica

Cecilia Eleonora NIEVA | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Ismael CALLAFA | Erick Nahuel CORDOBA DUARTE | Jose Fabricio VIVANCO | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

*Sanatorio Pasteur*

**Introducción:** Se realiza un ensayo observacional descriptivo de cohorte transversal, en 52 paciente que cursaron Unidad de dolor torácico, con Pretest intermedio-bajo donde se evidencia enfermedad coronaria significativa.

**Objetivos:** analizar el poder del strain regional reducido, en los pacientes con pretest intermedio bajo para presentar enfermedad coronaria.




**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de cohorte transversal, en un único centro incluyendo 52 pacientes con dolor torácico, donde presentaban ECG sin cambios isquémicos tipicos, Ecocardiograma sin trastorno de motilidad regional y Fraccion de eyección (FEVI) conservada, con valoración de fibra miocárdica mediante método strain longitudinal, Troponinas ultrasensible con valores bajos y Scores de riesgo intermedios-bajos del Grace, Heart y TIMI. Dichas evaluaciones se llevaron a cabo desde enero del 2021 a enero del 2025. las Variables cualitativas fueron proporcionadas con representación grafica de tablas de 2x2, comparadas con test estadístico de Chi-cuadrado y valoración de Riesgo. 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).

**Resultados:** El 69 % sexo masculino y 31 % sexo femenino con una media de edad 60±11 Diabetes 35%, Hipertensión arterial 71%, Tabaquismo 44%, dislipemia 21%, frecuencia cardiaca 72±10, tensión arterial sistólica 137±23mmHg, tensión arterial diastólica 80±13mmHg, ECG con cambios inespecíficos en el st 4%, ondas t negativas 10%, TUS 8±5 Los parámetros ecocardiográficos de FEVI 64±7, strain global pico reducido (SLGP < -18) 38%, strain regional anterior reducido 63%, strain regional septal reducido 56%, strain regional lateral reducido 52%, strain regional inferior reducido 42%, score de grace Bajo 71%, intermedio 29%, score de Heart bajo bajo 60%, intermedio 40 %, score de TIMI Bajo 87%, intermedio 13%,. Se Realizaron estudios angiográficos con Angiotac coronaria al 87 % de la poblacion, se evidencio lesiones coronarias severas en 14 pacientes, de ellos Arterias descendente anterior 21%, arteria circunfleja 12% y arteria coronaria derecha 17 %. El strain regional reducido, aumenta la probabilidad de riesgo de evidenciar enfermedad coronaria severa en la arteria dominante de esa región ventricular, en pacientes pretest de riesgo intermedio-bajo. Si bien el análisis mediante el strain regional reducido, no se asocio estadísticamente significativo a lesión coronaria regional. Si establece un aumento de riesgo de asociación y consolidándose como herramienta diagnostica calibrada mediante curva de ROC.

**Conclusión:** en nuestra cohorte de pacientes con pretest intermedio-bajo para enfermedad , el análisis de strain regional puede reforzar la sospecha de enfermedad coronaria significativa en este grupo poblacional. Debido al escaso numero de pacientes incluidos en nuestra muestra, no representa a la población.

## 0052 - EVALUACIÓN DE LA T3 LIBRE BAJA COMO MARCADOR DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiología Clínica

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Sol SUSHEK | Gabriel FILEDEFF | Gabriela BRENTA | Julian EIZAYAGA | Mariela Susana LEONARDI | María Cristina FAINGOLD | Claudio DIZEO

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

**Introducción:** La cirugía cardiovascular (CCV) continúa siendo un procedimiento de alto riesgo, especialmente en pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades. La identificación precoz de biomarcadores capaces de predecir complicaciones postoperatorias es fundamental para optimizar el manejo perioperatorio y mejorar el pronóstico. En este contexto, se ha descripto la "low T3 syndrome" como una alteración hormonal frecuente en situaciones de estrés agudo, incluida la CCV, pero su valor como predictor de eventos adversos intrahospitalarios en este escenario no está claramente establecido.

**Objetivos:** Evaluar si el dosaje de T3 libre preoperatoria se comporta como predictor de eventos intrahospitalarios en paciente sometidos a Cirugía cardiovascular.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo observacional en un centro de alta complejidad. Se incluyeron en forma consecutiva pacientes ingresados para CCV (CRM o Valvular). Se evaluaron los niveles séricos preoperatorios de

TSH, T4 total, T4L y T3L, junto diferentes parámetros clínicos y de laboratorio. Además, se evaluaron las escalas de Fragilidad Clínica de Rockwood (CFS), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el indice de comorbilidad de Charlson (CCI) y el EuroSCORE II. Se consideró el punto final primario de mortalidad intrahospitalaria y como punto secundario el combinado de complicaciones intrahospitalarias (mortalidad, requerimiento de reoperación, reintubación orotraqueal y stroke post-operatorio).. Se realizó análisis univariado y multivariado por regresión logística y se utilizó el Area Bajo la Curva (ABC) ROC para establecer el punto de corte de T3L.

| | T3L < 2.8 (n= 48) | T3L > 2.8 (N=95) | p |
|---|---|---|---|
| Mortalidad - n (%) | 11 (22.9) | 9 (9.4) | 0.007 |
| Combinado - n (%) | 12 (25) | 12 (12.6) | 0.01 |

**Resultados:** Se incluyeron 143 pacientes, 18% mueres, con una edad de 71.5±5 años, fracción de eyección del VI (fey): 57 ± 11%, el fueron CRM y el Valvulares. La TSH basal fue de 3.25±9.3 mU/L, la T4 libre de 1.15±0,23 ng/dL, T4 total de 8.14±2.17 ug/dL y la T3: 3.01±0.55 pg/mL La mortalidad fue de 14% (n=20) y el punto combinado se observó en el 16.7% (n=24). En el análisis multivariado (ajustado por edad, CCI, EuroSCORE, CFS y Fey) la T3L fue predictora independiente de mortalidad (OR 0.16 (IC95% 0.05 – 0.49), p=0.001) y del punto combinado (OR. 0.28 (IC95% 0.10 – 0.74), p=0.01). El análisis de la curva ROC mostró un ABC de 0.69 para mortalidad y de 0.64 para el punto combinado. Se estableció el punto de corte < 2.8 pg/ml para definir T3L baja. En la tabla se evidencia la diferencia en los eventos en los pacientes con T3L baja y normal. La T3L baja (<2.8) se asoció en forma independiente a mortalidad (OR 4.10 (IC95% 1.49 – 11.29), p=0.006) y al punto combinado (OR 3.29 (IC95% 1.29 – 8.39), P=0.01).

**Conclusión:** En nuestra población de pacientes sometidos a CCV, la T3L fue predictor independiente de mortalidad y del punto combinado, con una modesta capacidad de discriminación. Presentar una T3L<2.8 identificó un subgrupo con muy alto riesgo de eventos intrahospitalarios.

## 0053 - EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN NA/CL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiología Clínica

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Xiomara Rebeca SARANGO VIVANCO | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Sol SUSHEK | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

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

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) continúa siendo una causa frecuente de internación y presenta una elevada mortalidad intrahospitalaria. Las alteraciones hidroelectrolíticas, como la hiponatremia y la hipocloremia, han demostrado valor pronóstico en este contexto. Sin embargo, la relación sodio/cloruro (Na/Cl) ha emergido como un marcador integrador del estado electrolítico que podría tener mayor capacidad discriminativa que los niveles individuales de cada ion. Estudios recientes sugieren que una relación elevada se asocia con peor evolución clínica, aunque su valor pronóstico independiente no ha sido suficientemente validado.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de la medición de la relación Na/Cl como predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ICA.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retorspectivo, observacional en una unidad coronaria. Se incluyeron pacientes internados con diagnóstico de ICA, se analizaron parámetros clínicos y de laboratorio al ingreso. Se evaluó la mortalidad intrahospitalaria como end point. . Se realizaron análisis univariados para identificar variables asociadas con el desenlace, seguidos de un modelo de regresión logística multivariado para determinar predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. La capacidad discriminativa fue evaluada mediante el área bajo la curva ROC (AUC), y se identificó el punto de corte óptimo para la relación Na/Cl.

**Resultados:** Se incluyeron 425 pacientes con una edad de 78 ± 6 años, 48% mujeres, el 48% presentaba Fey<40%, el 25% Fey intermedia y el 27% Fey conservada. La mortalidad intrahospitalaria fue de 4.4 % (n=19). En el análisis univariado fueron predictores de mortalidad la natremia de ingreso, la relación Na/Cl, la Uremia y el la Presión arterial sistólica. En el análisis multivariado, la relación Na/Cl y la uremia fueron predictores independientes de mortalidad (Relación Na/Cl: OR 1.06

(IC95% 1.01-1.09), p=0.04) ; Uremia: OR 1.07 (IC95% 1.02-1.09, p=0.001); mientras que la natremia resulto con una asociación limítrofe (OR: 0.97 (IC95% 0.94-1.00), p=0.05). El ABC ROC de la relación Na/Cl fue de 0.72, mientras que la de la natremia fue de 0.70 (p=NS). Estableciendo un punto de corte de Relación Na/Cl > 1.44, el OR ajustado fue de 1.26 (IC95%1.09 – 2.33), p=0.02.

**Conclusión:** En nuestra población la relación Na/Cl al ingreso fue predictora independiente de mortalidad intrahospitalaria, anulando a la natremia en el análisis multivariado. La capacidad de discriminación de eventos fue moderada, sin diferencias con la natremia aislada.

## 0054 - PREDICTORES DE INTERNACION PROLONGADA MAYOR A 7 DIAS, EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

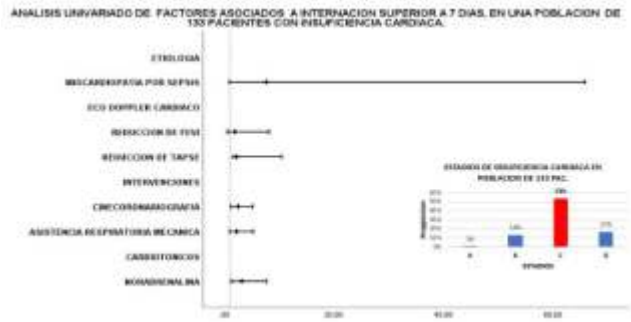
Erick Nahuel CORDOBA DUARTE | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Ismael CALLAFA | Diego Rafael NARVAEZ | Jose Fabricio VIVANCO | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

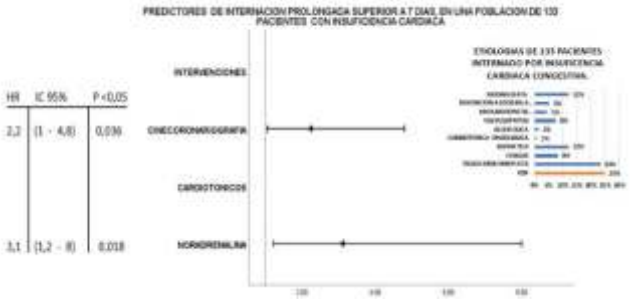
*Sanatorio Pasteur*

**Introducción:** Estudio observacional, descriptivo – analítico, de corte transversal, de una muestra de 133 pacientes, con diagnóstico de ingreso hospitalario de Insuficiencia cardiaca congestiva.

**Objetivos:** Analizar variables predictoras de internación prolongada mayor de 7 dias, de los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, en cuidados intensivos cardiológicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo analítico, de corte transversal, unicentrico incluyendo 133 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva en fase descompensada, llevados a cabo desde octubre del 2020 a enero del 2025. Las Variables cualitativas fueron proporcionales y ordenadas en tablas de 2x2, las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con análisis de medidas centrales y de dispersión. Para valorar asociación de variables se utilizo test estadístico de Chi-cuadrado, Test de Student y busqueda de la predicción se utilizo análisis mediante regresión logística. Se estableció como límite de la significación p < 0,05, con Intervalos de confianza del 95% (IC).




**Resultados:** El 72 % sexo masculino y 28 % sexo femenino, una media de edad 68±12, Hipertensión arterial 73%, Diabetes Tipo II 48%, Hipotiroidismo 15%, Insuficiencia Renal 31%, Anemia 26%, antecedentes de insuficiencia cardiaca 49%, Obesidad 23%, Chagas 5%, Accidente cerebrovascular 2%, Tabaquismo 14%, Antecedentes de Marcapasos 6%. Respecto a signos vitales de ingreso, Presión arterial sistólica 133 ± 31 , Presión arterial Diastólica 80 ± 21.Ritmo de ingreso Ritmo Sinusal 59%, Fibrilación auricular 29%, Taquicardia ventricular 3%. Necesidad de diálisis 7%, Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) 21%, utilidad de cardiotónicos Dobutamina 13%, Levosimendán 5%, Noradrenalina 21%, causas etiológicas finales: Isquemica-Necrotica (IQN) 25%, Taquicardiomiopatia 23%, Miocardiopatía Chagasica 8%, Idiopática 12%, Cardiotoxicidad oncológica 1 %, miocardiopatía Alcohólica 2%, Miocardiopatía valvular 8%, Miocardiopatía Infiltrativa 5%, Disfunción asociada a sepsis 5%, Missing data 12%. Estadias hospitalaria 9,5± 7,5 dias , Mortalidad Hospitalaria 8 %. En el análisis univariado se observa asociación a internación mayor de 7 dias a las variables: Realización de Cinecoronariografia P<0.01 OR 2,5 (IC 95% 1,2-5,2); Noradrenalina P<0.009 OR 3,1 (IC 95% 1,3-7,7), Disfuncion ventricular asociada a sepsis P<0.03 OR 7,6 (IC 95% 0,9-65), Fraccion de eyeccion reducida (32±) P<0.02 OR 1,9 (IC 95% 0,5-8,2), Exc. Anillo tricúspideo (TAPSE)(38±) mm P<0.009 OR 2,2 (IC 95% 1,5-10,5) Los predictores de internación mayor de 7 dias, se evidenciaron en las variables: Realizacion de Cinecoronariografia P<0.03 HR 2,2 (IC 95% 1-4,8); Noradrenalina P<0.01 OR 3,1 (IC 95% 1,2-8)

**Conclusión:** En nuestra población de estudio se evidencia que la Realización de cinecoronariografia y vasopresores como la noradrenalina, son predictores independientes de prolongación de estadía hospitalaria mayor de 7 dias, en los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva.

## 0055 - EL INDICE LEUCOGLUCEMICO ELEVADO SE RELACIONA CON INTERNACION PROLONGADA MAYOR A 7 DIAS, EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

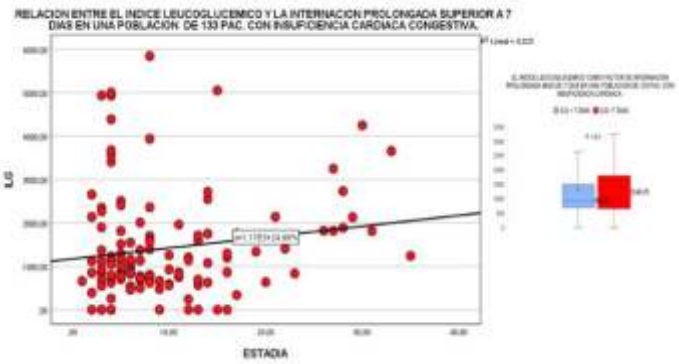
Erick Nahuel CORDOBA DUARTE | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Rodrigo GORNO VIDELA | Belen PASTRANA | Eliana Soledad VEGA | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

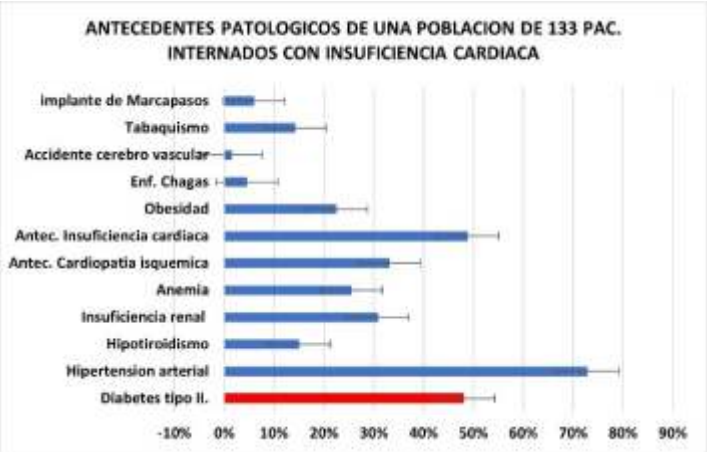
*Sanatorio Pasteur*

**Introducción:** Estudio observacional, descriptivo – analítico, de corte transversal, de una muestra de 133 pacientes, con diagnóstico de ingreso hospitalario de Insuficiencia cardiaca congestiva.

**Objetivos:** Analizar la variable índice leucoglucemico (ILG) como factor relacional de internación prolongada mayor de 7 dias, en los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, en cuidados intensivos cardiológicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo analítico, de corte transversal, unicentrico incluyendo 133 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva en fase descompensada, llevados a cabo desde octubre del 2020 a enero del 2025. Las Variables cualitativas fueron proporcionales y ordenadas en tablas de 2x2, las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con análisis de medidas centrales y de dispersión. Para valorar relación de variables se utilizo análisis de correlación mediante regresion lineal en busqueada coeficiente de pearson Se estableció como límite de la significación p < 0,05, con Intervalos de confianza del 95% (IC).




**Resultados:** El 72 % sexo masculino y 28 % sexo femenino, una media de edad 68±12, Hipertensión arterial 73%, Diabetes Tipo II 48%, Hipotiroidismo 15%, Insuficiencia Renal 31%, Anemia 26%, antecedentes de insuficiencia cardiaca 49%, Obesidad 23%, Chagas 5%, Accidente cerebrovascular 2%, Tabaquismo 14%, Antecedentes de Marcapasos 6%. Respecto a signos vitales de ingreso, Presión arterial sistólica 133 ± 31 , Presión arterial Diastólica 80 ± 21.Ritmo de ingreso Ritmo Sinusal 59%, Fibrilación auricular 29%, Taquicardia ventricular 3%. Leucoglucemico (ILG) 1361±1188 mg-dl/mm2. Necesidad de diálisis 7%, Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) 21%, utilidad de cardiotónicos Dobutamina 13%, Levosimendán 5%, Noradrenalina 21%, causas etiológicas finales: Isquemica-Necrotica (IQN) 25%, Taquicardiomiopatia 23%, Miocardiopatía Chagasica 8%, Idiopática 12%, Cardiotoxicidad oncológica 1 %, miocardiopatía Alcohólica 2%, Miocardiopatía valvular 8%, Miocardiopatía Infiltrativa 5%, Disfunción asociada a sepsis 5%, Missing data 12%. Estadias hospitalaria 9,5± 7,5 dias , Mortalidad Hospitalaria 8 %. El ILG superiores a 1000, presenta una correlación lineal positiva, con índice de Pearson (R2) de 0.02, un coeficiente ajustado de 0.01, con una significancia de 0,076, con la internacion prolongada mayor a 7 dias.

**Conclusión:** En nuestra población de estudio se evidencia que el índice leucoglucemico aumentado, se correlaciona, con un estadía hospitalaria prolongada, mayor de 7 dias, en los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva.

## 0056 - SOBREVIDA DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR, CON TROMBO EN OREJUELA DE AURÍCULA IZQUIERDA, UN SEGUIMIENTO DE 80 MESES.

Cardiología Clínica / Arritmias y Electrofisiología

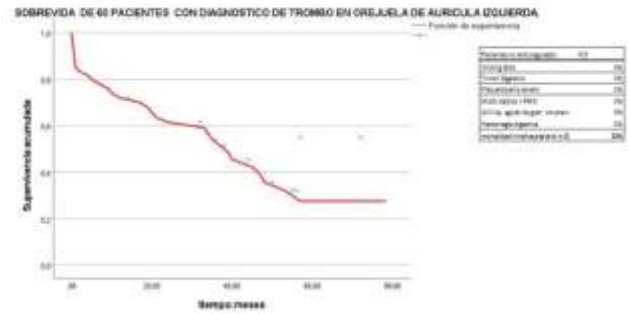
Rodrigo GORNO VIDELA | Walter Ramon ALUSTIZA | Julio Hector BISUTTI | Diego Rafael NARVAEZ | Belen PASTRANA | Ismael CALLAFA | Javier Fabian VENTRICI | Maria Pia MARTURANO

*Sanatorio Pasteur*

**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 en la fibrilación auricular..

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte retrospectiva, unicentrico, donde se analizaron 60 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).



**Resultados:** De los 60 casos observados, el 100% presentaban trombo en OAI, su distribución era sexo masculino un 70 %, edad de 70±11, Hipertensión Arterial 73%, Diabetes tipo II 22%, Enf. Coronaria 27%, Accidente Cerebrovascular 13%, Obesidad 18%, Enf. Vascular Periférica 17%, Insuficiencia Cardiaca 45%, Tabaquismo 18%, Insuf. Renal Crónica 12%, anemia 18%, ECG BRI 12% BCRD 7%, CHADS VASC 2 30%, Los parámetros ecocardiográficos con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 45±13, Diámetro anteroposterior de Aurícula izquierda 46±5, Tratamiento Missing data/ no anticoagulado por sangrado activo 7%, tratados con heparina por alto riesgo de sangrado 8%, tratamiento con DOAC 52%, AVK 33% Se Realizo un seguimiento a 80 meses en los pacientes que tenían trombo en OAI, donde se evidencia mortalidad de 53 % de los casos, con una media de sobrevida de 39 meses, y reducción de sobrevida de 70% , con un curva de morfología descendente. Se analiza sobrevida de acuerdo al tratamiento anticoagulante DOAC VS AVK en 51 pacientes (excluyendo 9 pac. tratados con Heparina por riesgo de sangrado y no aco instaurado por sangrado activo intrahospitalario); evidenciando diferencias significativa de sobrevida mediante curva de kaplan meier (DOAC media 58 meses vs AVK media 30 meses) e inferencia de long rank, estadísticamente de significancia p<0,001.

**Conclusión:** la presencia de trombo en orejuela de aurícula izquierda en los pacientes con fibrilación auricular, es un predictor de mal pronóstico con reducción de sobrevida estimada del 70 % en seguimiento a 80 meses. Las medidas de tratamiento anticoagulante mejora la sobrevida en paciente tratamiento con anticoagulante directos (DOAC).

## 0057 - DERIVACIÓN A ANGIOPLASTIA ELECTIVA AMBULATORIA EN REGION SANITARIA VULNERABLE: 13 CASOS (2023-2025)

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Irina HISKIN[1] | Osvaldo Federico MAGRI[2] | Juliana Vanesa GIRAUDO[1] | Luciana Paola MARONI[1]

*Actividad Clinica Privada[1]; Instituto Médico Río Cuarto[2]*

**Introducción:** El departamento General Roca (36 242 hab.) carece de unidad coronaria, hemodinamia y trombólisis sistemática; el centro de referencia está a 200 km. Esta área corresponde a la región sanitaria sur de Córdoba, la cual, según

la clasificación del Ministerio de Salud de la provincia, está catalogada como región sanitaria vulnerable por baja densidad poblacional (< 20 hab/km²), ausencia de atención médica especializada e indicadores socioeconómicos desfavorables.

**Objetivos:** Evaluar la factibilidad, seguridad y prevención potencial de eventos cardiovasculares mayores (MACE) a 30 d tras angioplastia ambulatoria (AA).

| VARIABLE | VALOR |
|---|---|
| Edad, años — mediana (rango intercuartílico) | 74 (63 – 79) |
| Mujeres | 15% |
| Hipertesnión arterial | 100% |
| Diabetes | 38% |
| Dislipidemia | 54% |
| Demora consulta-aa, días (mediana, rango intercuartílico) | 177 (93 – 238) |
| N.º de stents por paciente — mediana (rango) | 1 (1 – 4) |
| Arterias tratadas | CD 51%, DA 33%, CX 16% |
| MACE a 30 d | 0 (IC 95 % 0–23 %) |

**Materiales y Métodos:** Serie retrospectiva de 13 pacientes >= 18 años, derivados de abril 2023 a mayo 2025. Criterios de inclusión: angina estable o isquemia demostrada por prueba de esfuerzo (depresión ST >= 2 mm), eco-estrés (isquemia >= 10 %) o angio-TC (estenosis >= 50 % en tronco izquierdo o >= 70 % en epicárdicas), sin síndrome coronario agudo (SCA) en los 30 d previos. Todos se intervinieron por vía radial con stents liberadores de fármacos. Se registraron demografía, tiempo clínica-AA, número de stents y mace a 30 d (muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio, revascularización urgente). El análisis usó intervalo de confianza de Clopper–Pearson (95 %) y prueba exacta binomial (H0: p = 8 % vs. H1: p < 8 %).

**Resultados:** 10 varones (77 %) y 3 mujeres; mediana 74 años (rango intercuartílico 63–79); 100 % hipertensión arterial (HTA), 38 % diabetes. Mediana demora clínica-AA 177 d (rango intercuartílico 93–238). Éxito angiográfico: thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) 3 en todos; 1–4 stents. Sin complicaciones. A 30 d no se registraron MACE (0/13; IC 95 % 0–23 %), con tasa poblacional del 8 % se esperaban 1,0 eventos (p = 0,37).

**Conclusión:** La AA electiva en región sanitaria vulnerable demostró factibilidad, seguridad y 0 mace a 30 d. Estos hallazgos preliminares sugieren un beneficio preventivo, aunque el diseño retrospectivo y la muestra pequeña limitan la inferencia causal; además, la selección temprana de lesiones estables pudo subestimar eventos y restringir la extrapolación a casos complejos o en SCA. La red de derivación ya establecida permitiría, desde este mismo entorno sanitario, un registro prospectivo multicéntrico que confirme la hipótesis con mayor potencia.

## 0058 - ADICIÓN DE TROPONINA DE ALTA SENSIBILIDAD A PUNTUACIÓN CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: MODELO TNT-AMYLO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

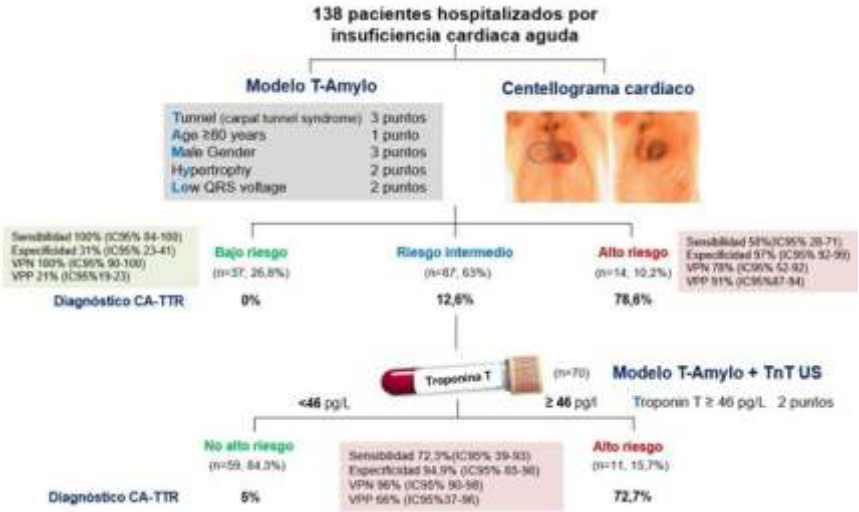
Lucrecia Maria BURGOS | Ana SPACCAVENTO | Rocio Consuelo BARO VILA | Maria Antonella DE BORTOLI | Maria Victoria CARVELLI | Alejando MERETTA | Mirta DIEZ | Juan Pablo COSTABEL

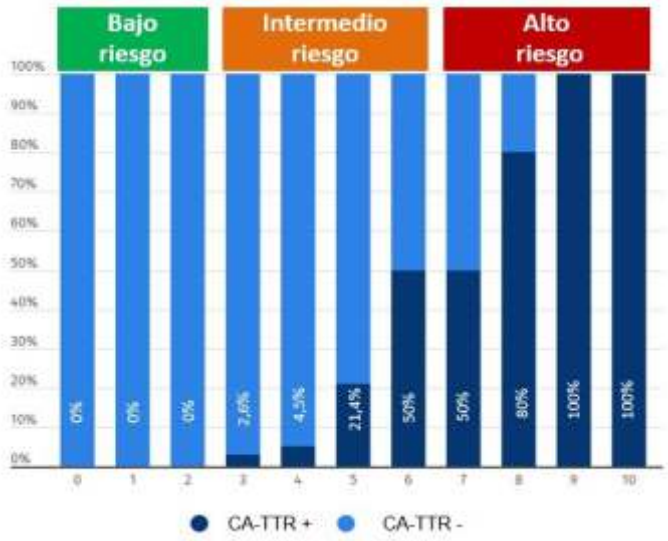
*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** En la amiloidosis cardíaca por transtiretina (CA-TTR), la sospecha es fundamental para un diagnóstico temprano y seleccionar a los pacientes que podrían beneficiarse de las terapias. Nuestro grupo validó un modelo predictivo simple para estimar el riesgo de CA-TTR en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, una gran

proporción se clasificó como riesgo intermedio, lo que hace necesarias pruebas adicionales para refinar la probabilidad diagnóstica. La troponina T de alta sensibilidad (TnT-AS) emerge como un marcador potencialmente útil debido a su acceso y a la elevación observada en la CA-TTR.

**Objetivos:** Evaluar la precisión de la adición de TnT-AS a la puntuación T-Amylo para diagnosticar CA-TTR en pacientes con ICA y riesgo intermedio.




**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo unicéntrico en el que se incluyeron consecutivamente pacientes mayores de 60 años hospitalizados con diagnóstico de ICA entre 2022-2024. A todos los pacientes se les realizó un centellograma cardíaco. El diagnóstico final de CA-TTR se estableció en base a los resultados complementarios. El modelo T-Amylo se calculó de manera ciega:1p.>80 años, 2 p.septum interventricular >16 mm, 2p.bajo voltaje QRS, 3p.masculino y 3 p.túnel carpiano. El coeficiente de regresión se convirtió en el puntaje de la TnT-AS acorde al estudio de derivación del modelo. Los pacientes se clasificaron según la probabilidad diagnóstica:Bajo:0-2 puntos, Intermedio:3-6 puntos, Alto:7-11 puntos. Se analizó la recategorización a alto riesgo en pacientes con y sin CA-TTR luego del agregado de TnT-AS.

**Resultados:** Se incluyeron 138 pacientes, 63% eran hombres, edad media de 80 años (DE 6,9). El diagnóstico de CA-TTR se realizó en el 15,9%. El modelo predictivo T-Amylo mostró un AUC de 0,93(IC95% 0,87-0,98). El 26,8% fueron clasificados como de bajo riesgo, con 0% diagnóstico de CA-TTR: sensibilidad del 100% (IC95% 84-100) y especificidad del 32% (IC95% 23-41). El 10,2% fueron identificados como de alto riesgo, con diagnóstico de CA-TTR en el 78,6%: sensibilidad 50% (IC95% 28-71) y una especificidad 97,4% (IC95% 92-99). El 63% restante se clasificó como de riesgo intermedio, presentando un 12,6% diagnóstico de CA-TTR. El 80% tuvo medición de TnT-AS. La mediana de TnT-AS en pacientes con CA-TTR fue de 68 (RIC 48-104) versus 29 (RIC 20-57) aquellos que no presentan (p<0.001). El AUC de la TnT-AS fue de 0.8 (IC95% 0.7-0.87), siendo el mejor punto de cohorte 46 pg/l. El agregado de TnT-AS al modelo regresión con las variables del score T-Amylo se asoció de forma independiente con el diagnóstico (p=0.013), con un coeficiente de 2.6 (2 puntos). En los pacientes de riesgo intermedio, al sumar la TnT-AS al puntaje T-Amylo, el 15,7% de los pacientes fueron recategorizados a alto riesgo con diagnóstico de CA-TTR en el 72,7%, y de no alto riesgo el 84.3% con diagnóstico de CA-TTR en el 5% en pacientes(p<0.001): sensibilidad 72,3%(IC95% 39-93), especificidad 94,9%(IC95% 85-98), VPN 96%(IC95% 90-98) y VPP 66%(IC95%37-96).

**Conclusión:** En pacientes con ICA con riesgo intermedio para CA-TTR, la adición de TnT-AS a una puntuación clínica, que denominamos TnT-Amylo, mostró alta precisión diagnóstica, un elevado VPN y recategorizó correctamente como de alto riesgo a más del 70% de los pacientes. Este modelo, basado en parámetros accesibles, constituye una herramienta útil para la detección de CA-TTR. Proponemos un algoritmo que deberá validarse en otras cohortes.

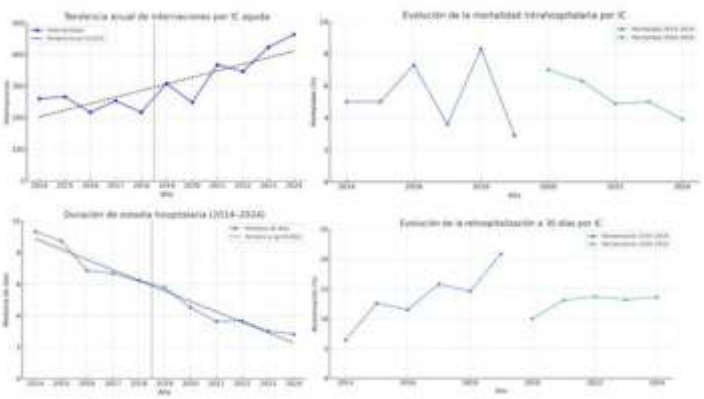
## 0059 - IMPACTO DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LAS MÉTRICAS DE CALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS DE UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia Maria BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Maria Antonella DE BORTOLI | Damian MALANO | Maria Lujan TALAVERA | Victoria Helena RIVADENEIRA LANFRANCHI | Mariano BENZADON | Mirta DIEZ

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) aguda continúa siendo una de las principales causas de hospitalización y morbimortalidad a nivel mundial. La implementación de unidades especializadas en IC ha demostrado mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos, aunque la evidencia de su impacto sostenido en América Latina es limitada.



**Objetivos:** Evaluar el impacto de una unidad especializada en IC sobre métricas de calidad asistencial en pacientes hospitalizados por IC aguda.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte consecutiva de pacientes hospitalizados con diagnóstico principal de IC aguda entre enero de 2014 y diciembre de 2024. El programa de IC incluye los componentes indicados en la figura 1. En los últimos dos años, pacientes seleccionados de bajo riesgo fueron tratados exclusivamente en hospital de día y no se incluyeron en el análisis. Los puntos finales analizados anualmente fueron: mortalidad intrahospitalaria, rehospitalización por IC a los 30 días y duración de la estadía hospitalaria. Se compararon dos períodos: etapa inicial del programa (2014–2019) y etapa de consolidación (2020–2024). Los resultados fueron adjudicados mensualmente por el Comité de Calidad de Atención y auditados externamente. Se analizaron tendencias temporales mediante regresión lineal para variables continuas.

**Resultados:** Se analizaron 3368 hospitalizaciones por IC aguda. El volumen anual de internaciones aumentó de 260 en 2014 a 463 en 2024, con una tendencia creciente significativa (pendiente +20.8 pacientes/año, $p=0.0016$, $R^2=0.686$). La mortalidad intrahospitalaria presentó una leve tendencia descendente, del 5.0% en 2014 al 3.9% en 2024 (pendiente –0.078% anual), sin alcanzar significación estadística ($p=0.648$, $R^2=0.024$). La tasa de rehospitalización a 30 días se mantuvo estable a lo largo del período analizado (pendiente +0.32% anual, $p=0.379$, $R^2=0.087$), con una variabilidad menor en los años más recientes y un desempeño asistencial más consistente. En el análisis comparativo entre periodos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad intrahospitalaria (mediana 5.35%, RIC 4.3–6.65 vs. 5.0%, RIC 4.1–6.3; p=NS), ni en la rehospitalización a 30 días (mediana 13.65%, RIC 11.5–15.2 vs. 13.2%, RIC 13.1–13.7; p=NS). La duración de la estadía hospitalaria se redujo progresivamente de 9.3 días en 2014 a 2.8 días en 2024 ($p<0.001$). Comparando ambos períodos, la mediana de estadía también fue significativamente menor en la etapa de consolidación (6.77 días, RIC 6.34–8.27 vs. 3.6 días, RIC 3.0–3.7; p=0.004).

Conclusión: La implementación y consolidación de una Unidad especializada en IC se asoció a un aumento significativo del volumen asistencial y a mejoras sostenidas en la eficiencia hospitalaria, reflejadas en una reducción progresiva de la duración de la estadía. A pesar de que las comparaciones por períodos no mostraron diferencias estadísticamente significativas, se observó una mayor estabilidad y menor variabilidad en las tasas de mortalidad y rehospitalización a 30 días durante el período 2020–2024. Esta evolución coincide con la consolidación del programa estructurado de IC y podría reflejar una mejora sostenida en la calidad de la atención. Estos hallazgos apoyan el desarrollo e implementación de modelos estructurados de atención a largo plazo para pacientes con IC.

## 0061 - MANEJO AMBULATORIO DEL EMPEORAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON DIURÉTICOS ENDOVENOSOS: EXPERIENCIA PROSPECTIVA EN HOSPITAL DE DÍA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

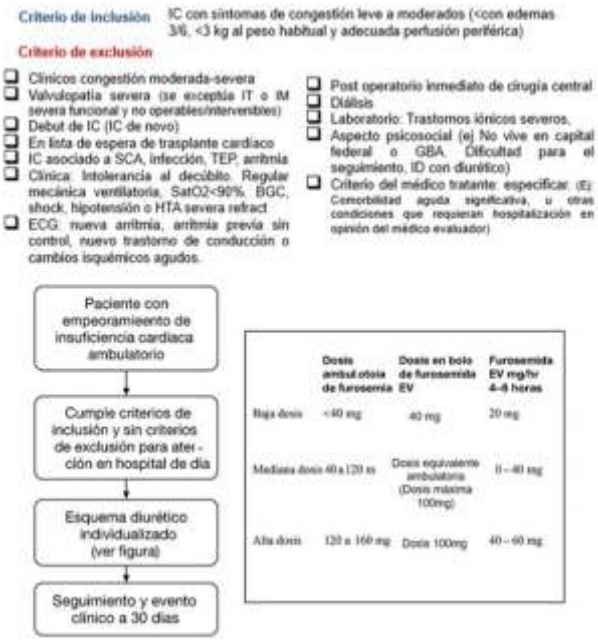
Lucrecia Maria BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Maria Antonella DE BORTOLI | Damian MALANO | Miguel CABRAL | Romina VILLALBA | Valeria ARMELLA | Mirta DIEZ

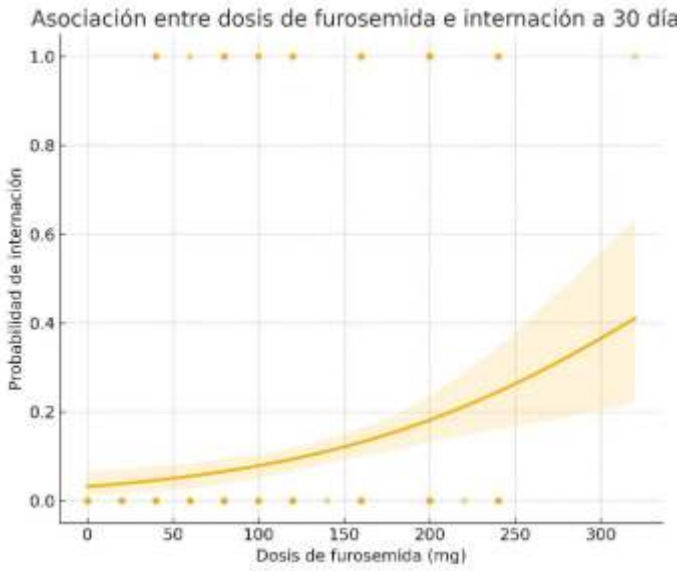
*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC) constituye una de las principales causas de hospitalización y morbimortalidad. El tratamiento ambulatorio con diuréticos intravenosos en un hospital de día (HDD) ha emergido como una estrategia alternativa en pacientes seleccionados, con el objetivo de optimizar recursos y reducir eventos adversos. Sin embargo, la evidencia proveniente de contextos de práctica clínica real en Latinoamérica continúa siendo limitada. Evaluar su eficacia resulta fundamental para su implementación a mayor escala.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y la evolución a corto plazo de pacientes con EIC tratados ambulatoriamente con diuréticos intravenosos en un HDD.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo unicéntrico entre agosto de 2023 y abril de 2025. Se analizaron consecutivamente los eventos de EIC tratados con diuréticos intravenosos en un hospital de día especializado. Cada evento correspondió a un episodio independiente, pudiendo un mismo paciente presentar múltiples atenciones.




Los pacientes fueron seleccionados según criterios de inclusión/exclusión predefinidos y se aplicó un protocolo estandarizado de manejo diurético basado en la dosis habitual de tratamiento oral (Fig. 1). Se recolectaron variables clínicas basales, características del episodio y eventos clínicos a 30 días (visitas no planificadas, rehospitalización por IC, mortalidad). Adicionalmente, se exploró la asociación entre la dosis de furosemida administrada al ingreso y la ocurrencia de internación por IC a 30 días mediante regresión logística univariada.La adjudicación de eventos fue realizada y auditada por un comité externo independiente.

**Resultados:** Se analizaron 757 eventos de EIC correspondientes a 186 pacientes únicos, con una mediana de 2 atenciones por paciente (RIC 1–4). La mediana de edad fue de 81 años (RIC 74–85), y el 75,1% eran hombres. Las principales comorbilidades fueron

hipertensión arterial (71,2%), dislipemia (60,3%), fibrilación auricular (53,3%), enfermedad renal crónica (78,6%) y diabetes mellitus (23,1%). La fracción de eyección reducida estuvo presente en el 42,9% de los casos. La mediana del aclaramiento estimado de creatinina (CKD-EPI) fue de 39 mL/min (RIC 30–56), y la mediana del sodio urinario a las 2 horas fue de 78 mmol/L (RIC 58–94). La mediana de la dosis basal de furosemida fue de 120 mg (RIC 80–160). En la cohorte con fracción de eyección reducida (n = 325 eventos), el 41,2% de los pacientes recibía betabloqueantes, el 82,8% antagonistas de mineralocorticoides, el 88,6% inhibidores de SGLT2, y el 46,1% tratamiento con IECA/ARA II o ARNI. La tasa de hospitalización por insuficiencia cardíaca a 30 días fue del 11%, y la mortalidad por cualquier causa a 30 días fue del 3%. En el análisis de regresión logística una mayor dosis de furosemida basal se asoció significativamente con el riesgo de internación por IC a 30 días (OR 1,01 por cada mg adicional; p < 0,001, Fig. 2).

**Conclusión:** El manejo ambulatorio de pacientes con EIC en un hospital de día especializado, en una población de edad avanzada y alta carga de comorbilidades, se asoció con una baja tasa de rehospitalización y mortalidad a corto plazo. La baja prescripción de betabloqueantes y vasodilatadores podría reflejar la presencia de IC avanzada. Además, se observó que una mayor dosis de furosemida al ingreso se asoció significativamente con un mayor riesgo de internación a 30 días. Estos hallazgos respaldan la factibilidad de implementar estrategias ambulatorias protocolizadas para el tratamiento de la descompensación de IC en escenarios reales de alta complejidad. Se requieren estudios adicionales para validar estos resultados.

## 0062 - IMPACTO DE LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL REMODELADO REVERSO Y RIESGO DE EVENTOS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

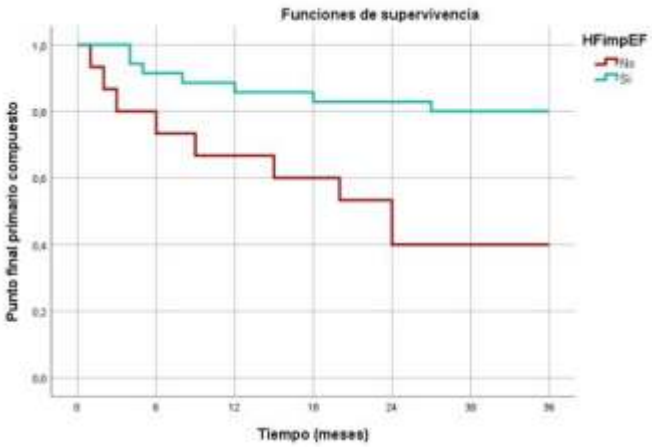
Lucrecia Maria BURGOS | Maximiliano MASSA | Juana PEREZ MORALES | Ignacio MONDRAGON | Damian MALANO | Ana SPACCAVENTO | Fernando SCAZZUSO | Mirta DIEZ

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) y la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) son condiciones que frecuentemente coexisten y se asocian con un peor pronóstico. La ablación de FA ha demostrado mejorar la función cardíaca en algunos pacientes, pero su impacto en el remodelado reverso y el riesgo de eventos a largo plazo en pacientes con IC-FEr sigue siendo incierto.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la ablación de FA en el remodelado reverso y el riesgo de eventos a largo plazo en pacientes con IC-FEr.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con IC-FEr y FA que se sometieron a ablación de FA entre 2018 y 2020. Se evaluaron parámetros ecocardiográficos, incluyendo la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) antes y 3-6 meses después de la ablación. La presencia de remodelado reverso se estableció acorde a la definición de IC con FEVI mejorada (HFimpEF) se basó en una mejoría absoluta de al menos 10% y una FEVI final >40%. El punto final primario fue un compuesto de evento de empeoramiento de IC o muerte por cualquier causa durante un seguimiento de 36 meses.




**Resultados:** De los 72 pacientes incluidos, la edad media fue de 67 años (DE 11), el 69% eran hombres y la FEVI basal media fue de 32% (DE 8). El 48,6% mostró una mejora significativa en la FEVI (FEVI >40% + mayor 10%) post-ablación. Los pacientes sin HFimpEF presentaban más frecuentemente cardiopatía estructural conocida (52,6% vs 16,1%, p=0,006), y utilizaron más frecuentemente ARNI (40% vs. 6,3%, p=0,01) e iSGLT2 (60% vs. 28%, p=0,03). El punto final compuesto primario fue menor en el grupo con mejora de la FEVI (20% vs. 60%, p=0,005). En la Figura 1, se muestra la curva de Kaplan-Meier para el punto final primario, comparando el grupo de pacientes con y sin HFimpEF (Fig 1). La recurrencia de FA luego de los 3 meses fue similar entre ambos grupos (p=0,3), requiriendo nueva ablación el 41% versus 35% de los pacientes con HFimpEF respectivamente (p=0,6).

**Conclusión:** La ablación de FA en pacientes con IC-FEr se asocia con un remodelado reverso del ventrículo izquierdo. Aquellos pacientes que presentaron HFimpEF mostraron una menor incidencia de eventos a 36 meses. Estos resultados sugieren que la ablación de FA podría representar una opción terapéutica en pacientes con ICFEr en nuestro medio. .

## 0063 - RESISTENCIA DIURÉTICA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON EMPEORAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: PROPUESTA PARA UNA NUEVA DEFINCION

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

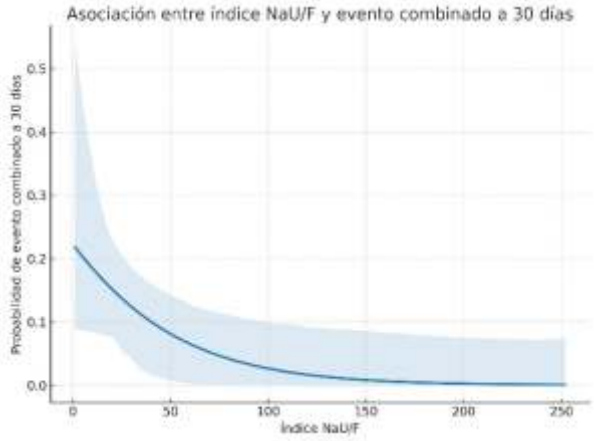
Lucrecia Maria BURGOS | Maria Antonella DE BORTOLI | Damian MALANO | Rocio Consuelo BARO VILA | Lucila Maria CAROSELLA | Mirta DIEZ

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC) representa un escenario clínico frecuente, asociado a alta morbimortalidad. La resistencia diurética (RD) constituye un desafío terapéutico central en estos pacientes. La evaluación precoz de la eficiencia diurética (ED) puede aportar información pronóstica relevante, aunque su utilidad en entornos ambulatorios especializados, y la evaluación de la relación entre el sodio urinario y la dosis basal de furosemida, aún están poco exploradas.

**Objetivos:** Comparar el valor pronóstico de distintas definiciones de ED, incluyendo una nueva propuesta basada en la relación entre el sodio urinario (NaU) y la dosis oral basal de furosemida en pacientes con EIC tratados ambulatoriamente en un hospital de día (HDD).

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes consecutivos tratados por EIC entre agosto de 2023 y abril de 2025. Se evaluó la concentración de NaU a las 2 horas del inicio del tratamiento intravenoso. A todos los pacientes se les aplicó sistemáticamente un algoritmo diurético basado en la dosis basal de furosemida. El objetivo primario fue un compuesto de rehospitalización, visita no programada por EIC o muerte por cualquier causa a 30 días. Se analizaron dos definiciones de RD: la clásica (NaU <70 mmol/L) y una nueva propuesta (NaU/dosis basal de furosemida oral al ingreso:NaU/F), asumiendo que valores más bajos identificarían pacientes con mayor RD. Se utilizó el área bajo la curva ROC y el índice de Youden para determinar el punto de corte con mayor sensibilidad y especificidad. Además, se empleó un modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre el índice NaU/F y la probabilidad del evento compuesto a 30 días, representado gráficamente mediante una curva logística. La adjudicación de eventos fue auditada por un comité externo independiente.




**Resultados:** Se analizaron 757 eventos de EIC correspondientes a 186 pacientes únicos, de los cuales 130 contaban con medición de NaU. La mediana de edad fue de 81 años (RIC 74–85), y el 75,2% eran hombres. La mediana de clearence de creatinina (CKD-EPI) fue de 44 mL/min/1,73 m² (RIC 33–61), el NaU a las 2 horas fue de 78 mmol/L (RIC 58–94), y la dosis diaria mediana de furosemida oral al ingreso fue de 80 mg (RIC 60–120). El 100% de los pacientes tuvo seguimiento a 30 días, y el 10,9% presentó el evento compuesto. Según la definición clásica (NaU <70 mmol/L), el 42,6% fue clasificado con RD, con una tasa de eventos combinados del 16,4% frente al 6,8% en aquellos sin RD (p = 0,08; OR 2,70; IC 95%: 0,85–8,57). El mejor punto de corte para el índice NaU/F fue 26, identificando un 38,8% con RD. Estos pacientes presentaron el evento combinado en el 20% de los casos, frente al 5% en quienes no tenían RD (p = 0,008; OR 4,69; IC 95%: 1,38–15,90; Fig. 1). Los pacientes con RD presentaron mayor carga de comorbilidades como hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes y fibrilación auricular; menor uso de inhibidores del eje renina-angiotensina (IECA/ARA, ARNI) y mayor utilización de tiazidas. En el análisis multivariable, el índice NaU/F se asoció de forma independiente con el evento combinado (p = 0,02; Fig. 2)

**Conclusión:** En pacientes ambulatorios con EIC tratados en un HDD, una menor excreción de NaU a las 2 horas, dividido por por la dosis basal de furosemida, se asoció de forma independiente con el punto final primario a 30 días. El parámetro de NaU aislado mostró una tendencia, sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos proponen una nueva herramienta simple y objetiva —el índice NaU/F— para valorar la RD y estratificar el riesgo de eventos en pacientes ambulatorios con EIC, que deberá validarse en estudios futuros.

## 0064 - DESEMPEÑO DEL PUNTAJE ANTWERP EN LA PREDICCIÓN DE MEJORÍA DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR TRAS LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

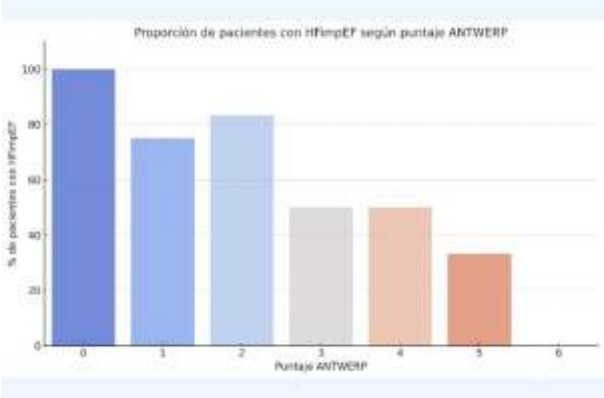
Lucrecia Maria BURGOS | Maximiliano MASSA | Juana PEREZ MORALES | Ignacio MONDRAGON | Ramiro ARIAS | Damian MALANO | Fernando SCAZZUSO | Mirta DIEZ

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La ablación de fibrilación auricular (FA) mejora la función cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (HFrEF), pero la respuesta es variable. El puntaje ANTWERP, desarrollado para predecir la recuperación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) después de la ablación de FA, ha mostrado ser útil en poblaciones europeas.

**Objetivos:** Evaluar el rendimiento del puntaje ANTWERP en la predicción de la mejoria de la función ventricular izquierda después de la ablación de FA en pacientes con HFrEF en una población de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con HFrEF y FA sometidos a ablación entre 2018 y 2020. Se calculó el puntaje ANTWERP basado en cuatro parámetros: duración del QRS >120 ms, etiología conocida, FA paroxística y dilatación auricular severa. Un puntaje menor o igual 2 puntos identifica pacientes con mayor remodelado reverso. El punto final primario fue la evolución a IC con FEVI mejorada (HFimpEF). La definición HFimpEF se basó en una mejoría absoluta de al menos 10% y una FEVI final >40%, determinada mediante ecocardiografías realizadas al basal y durante el seguimiento a 3-6 meses.Se calculó el área bajo la curva (AUC) de la característica operativa del receptor (ROC) para evaluar la precisión pronóstica y la capacidad discriminativa de la puntuación ANTWERP. La calibración del modelo se evaluó utilizando la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (HL), comparando la diferencia entre los valores observados y los esperados por el modelo.




**Resultados:** De los 72 pacientes incluidos, la edad media fue de 67 años (DE 11), el 69% eran hombres y la FEVI basal media fue de 32% (DE 8). El área bajo la curva fue de 0.76 (IC95% 0,61-0,90). Los pacientes con un puntaje ANTWERP menor o igual a 2 tuvieron una mayor probabilidad de HFimpEF (84,4%) en comparación con aquellos con un puntaje >2 (44,4%, p = 0.003). La mejora en la FEVI fue significativamente mayor en el grupo con puntaje mayor o igual 2 (+19,1% vs. +7,6%, p = 0.001). No se observaron diferencias significativas en la recurrencia de arritmias auriculares entre los grupos. La prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow aplicada a la puntuación ANTWERP arrojó un valor p de 0,9, lo que sugiere un buen ajuste del modelo.

**Conclusión:** El puntaje ANTWERP resultó una herramienta predictiva con buena discrimiación y calibración para identificar respondedores con HFimpEF luego de una ablación de FA en nuestra población de pacientes con HFrEF. Es un modelo simple, basado en cuatro parámetros accesibles, y su uso en la práctica clínica podría facilitar una mejor estratificación y personalización del tratamiento.

## 0068 - REALCE TARDIO DE GADOLINIO Y FUNCION SISTOLICA. ¿ES SUFICIENTE LA FRACCION DE EYECCION?: ROL DE LA EXCURSION DEL ANILLO MITRAL.

Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

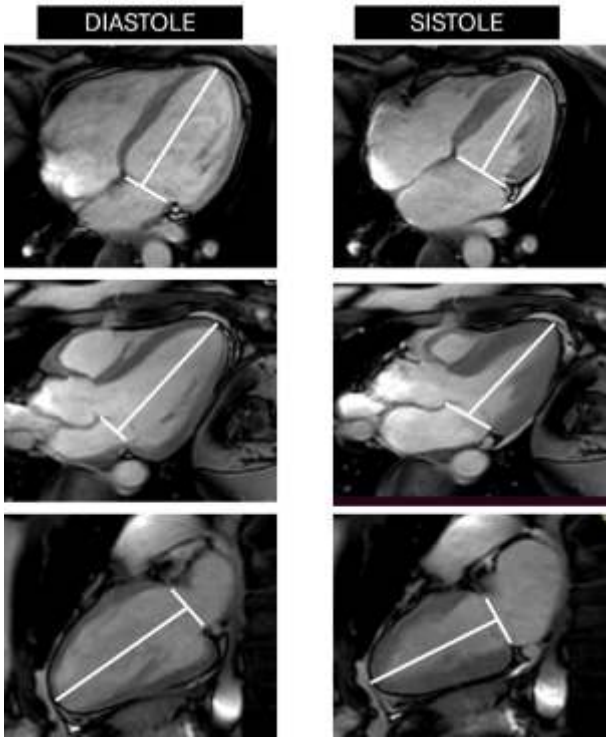
Carlos Adrian CARLESSI LUNA | Flavia Andrea BILANCIERI | Catalina PERREN | Macarena JOURDAN | Cristian FROULLET

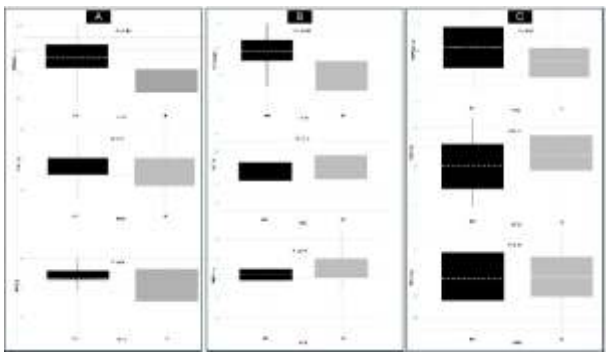
*Diagnostico por Imágenes Junin*

**Introducción:** La fibrosis miocárdica, evaluada a través del realce tardío de gadolinio (RTG) es una condición que muestra peor pronóstico, en forma independiente, en muchas patologías cardiacas. La fracción de eyección (FEY) y fracción de acortamiento (FAC), parámetros que evalúan la función de cámara del ventrículo izquierdo, presentan una débil correlación con el RTG. Los parámetros de función longitudinal son más sensibles a la afectación fibrótica miocárdica. La excursión sistólica del plano del anillo mitral (ESPAM) es un parámetro, de facil obtención, que refleja dicha función.

**Objetivos:** Evaluar la relación de parámetros de función sistólica, especialmente el ESPAM, con la presencia y monto de RTG.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron prospectivamente resonancias cardiacas derivadas a nuestra institución, se realizó la medición del ESPAM en las 3 vistas apicales. Se midió la longitud diastólica y sistólica en dichas vistas, la diferencia entre ambas se consideró el ESPAM de cada vista, se consideró el mismo como el promedio de estas 3 vistas (Figura 1). Se realizo cuantificación de RTG utilizando metodo de 6 desvios standar. Se dividió en 2 grupos: FEY conservada (FEY> 55%) y FEY deteriorada (FEY<55%).




**Resultados:** Se ingresaron 220 pacientes. La mediana de edad fue 59.7 años (44-68). La mediana de FEY fue de 59.6% (49.4-64.4), de ESPAM 1.2 cm (0.88-1.48) y la media de FAC 33.8% (±11.2). La prevalencia RTG fue 40.5%. El 69.1% de los pacientes presentaban FEY conservada. La correlación de FEY con el monto de realce tardío fue r=-0.22(p=0.039), FAC r= -0.10 (p=0.345) y ESPAM r=-0.36(p= <0.001). En los pacientes con FEY conservada la FEY presentó r= -0.024(p=0.873), FAC r=0.08(p=0.584) y ESPAM r= -0.40(p=0.004) y en aquellos con FEY deteriorada fue r= -0.18(p=0.25), r= 0.04(0.796) y r= -0.25 (p=0.108), respectivamente. La mediana de FEY en pacientes con RTG fue de 56.1% y sin RTG 59.8% (p=0.09), FAC 32.4% y 34.7% (p=0.08) y ESPAM 0.89 cm y 1.38 cm (p=< 0.001) (Figura 2 A). En pacientes con FEY conservada la mediana de FEY fue de 65.0% y 61.0% (p=0.017), la media de FAC 38.5% y 41.0% (p=0.053) y el ESPAM 0.96 cm y 1.47 cm (p=< 0.001), con y sin RTG respectivamente (Figura 2 B). En pacientes con FEY conservada el 24.8% fueron miocardiopatía hipertrófica, donde la mediana de FEY fue de 68.1% , la media de FAC 45.5% y en pacientes sin miocardiopatía hipertrófica la FEY y FAC fue de 60.5% y 37.5%, p= <0.001 en ambas. En pacientes con FEY<55% la mediana de FEY fue de 36.1% en aquellos con RTG y 38.0% en aquellos sin RTG (p=0.79), la media de FAC fue de 20.2% y 20.4% (p=0.15) y el ESPAM 0.73 cm y 0.93 cm(p=0.028), respectivamente (Figura 2C).

**Conclusión:** FEY y FAC no presentan correlación con el monto de RTG. Los pacientes con RTG tuvieron menor ESPAM que aquellos sin el mismo. En pacientes con FEY conservada la FEY y FAC fue mayor en aquellos con RTG, mientras que el ESPAM fue menor, reflejando el daño parietal. En paciente con FEY deteriorada el único parámetro relacionado con la presencia de RTG fue el ESPAM.

## 0070 - EXPERIENCIA INICIAL CON MAVACAMTEN EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ARGENTINA: ESTUDIO DE VIDA REAL EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA.

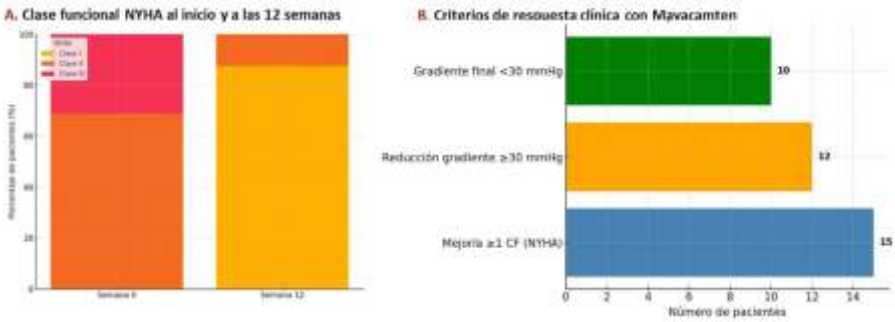
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Leandro ZONIS | Jose Fabian SALMO | Guillermo E. Gerardo GANUM | Alejandro Gabriel QUIROGA | Eduardo GUEVARA | José Horacio CASABÉ | Adrian FERNANDEZ

*Fundación Favaloro*

**Introducción:** Mavacamten es un inhibidor selectivo de la miosina cardíaca aprobado para el tratamiento de pacientes adultos con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHo) sintomática. Si bien su eficacia ha sido demostrada en estudios pivotales, la evidencia en vida real fuera de esos ensayos es aún limitada, especialmente en América Latina.

**Objetivos:** Reportar los primeros resultados de una cohorte prospectiva de pacientes con MCHo tratados con Mavacamten en Argentina.




**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo en pacientes adultos con MCHo sintomática tratados entre septiembre de 2024 y abril de 2025. La indicación se estableció según guías internacionales (ESC 2023, AHA/ACC/AMSSM/HRS/PACES/SCMR 2024), en pacientes con gradiente LVOT >=30 mmHg o con Valsalva >=50 mmHg, refractarios al tratamiento convencional. La dosis inicial fue de 5 mg/día, con ajustes individualizados según síntomas, gradiente con Valsalva y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), siguiendo el algoritmo del programa REMS. Se definió respuesta clínica como: 1) mejoría >=1 clase funcional NYHA, 2) reducción del gradiente con Valsalva >=30 mmHg, y/o 3) gradiente final <30 mmHg con mejoría clínica. La FEVI fue evaluada por ecocardiografía cada 4 semanas durante la fase inicial. Además, se analizaron parámetros estructurales y funcionales mediante ecocardiografía: strain longitudinal global (GLS), espesor septal interventricular y relación E/E'. Se consideró evento adverso significativo una reducción sostenida de la FEVI <50%. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas t pareadas para comparar valores ecocardiográficos pre y post tratamiento, y la prueba de chi-cuadrado para comparar tasas de respuesta clínica entre subgrupos. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes (edad media 64.1 ± 17.1 años; 11 mujeres). A los 3 meses, el 94% alcanzó al menos un criterio de respuesta clínica. Doce presentaron reducción del gradiente con Valsalva >=30 mmHg, 10 alcanzaron gradiente final <30 mmHg y 15 mejoraron >=1 clase funcional. La FEVI se mantuvo >=50% en todos los casos. En 2 pacientes se redujo transitoriamente la dosis a 2.5 mg en la semana 4 y en 2 se incrementó a 10 mg en la semana 12. Una paciente interrumpió el tratamiento por diverticulitis sin nexo causal con el fármaco. No se registraron eventos cardiovasculares mayores. A las 12 semanas, el espesor septal y el GLS se mantuvieron estables; la relación E/E' mejoró significativamente (de 19 ± 5.8 a 15 ± 6.99; p=0.048). La tasa de respuesta fue 90.9% en mujeres y 100% en varones (p=1.00).

**Conclusión:** Esta serie representa una de las primeras experiencias de vida real con mavacamten en América Latina. El tratamiento mostró una alta tasa de respuesta clínica precoz, sin eventos adversos graves, y con estabilidad de los parámetros estructurales y funcionales, mejoría en la relación E/E' y mantenimiento de la FEVI. Los gradientes LVOT disminuyeron de forma significativa ya desde la semana 4, con una caída sostenida en el tiempo. Estos cambios reflejaron una mejoría hemodinámica precoz sin deterioro de la función sistólica global. La titulación basada en síntomas, gradiente con provocación y FEVI permitió un uso seguro y eficaz. Mavacamten se consolida como una opción terapéutica no invasiva válida en pacientes con MCHo sintomática antes de considerar intervenciones septales.

## 0071 - IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR SOBRE LA ISQUEMIA MIOCÁRDICA Y LA CAPACIDAD DE EJERCICIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Del Ejercicio

Sebastián Enrique VIALE ROMERO[1] | Leonardo Andrés PILON KAIAL[1] | Guillermo MAZZUCCO[2] | Abel MAGINI[3] | Silvana LOPEZ[3] | Jorge LOPEZ[3] | Nicolás CHICHIZOLA[3] | Gerardo ZAPATA[3]

*Centro Cardiovascular Ambulatorio De Rafaela[1]; Universidad de Deusto[2]; Instituto Cardiovascular de Rosario[3]*

**Introducción:** La isquemia miocárdica (IM) es un hallazgo frecuente en pacientes portadores de síndrome coronario crónico (SCC). El entrenamiento físico supervisado es fundamental en la rehabilitación cardiovascular (RCV), con sólida evidencia que respalda su papel en la reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular, además de mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular modificables.

**Objetivos:** Evaluar si un programa estructurado de RCV de al menos tres meses de duración mejora la IM y la capacidad de ejercicio (CE) en pacientes con SCC.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo para identificar pacientes con diagnóstico de SCC e IM inducida que realizaron al menos tres meses de RCV y fueron evaluados mediante dos tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT) cardíacas: la primera al menos un año antes del inicio del RCV y la segunda no más de un año después de la finalización. Se seleccionó un grupo de pacientes con características similares que no realizaron RCV. Todos los estudios SPECT fueron realizados con pruebas de esfuerzo ergométricas, utilizando el protocolo de Bruce y analizados en forma ciega por cardiólogos nucleares. Se excluyeron a los pacientes que recibieron cualquier forma de revascularización coronaria entre ambas SPECT. El punto final primario fue el cambio en la IM (se analizaron variables observador dependiente: número de segmentos y severidad de los mismos, y mediante softwares previamente validados: Emory Cardiac y Cedars QGS) y el secundario fue el cambio en la CE. Se realizó un cálculo mínimo de muestra en base a un estudio piloto para una confianza del 95% y una potencia de 90.

| | Grupo no RCV | | | Grupo RCV | | | Post no RCV vs Post RCV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pre | Post | Valor p | Pre | Post | Valor p | Valor p |
| **Ergometría** | | | | | | | |
| Tiempo ejercitado (min) | 9 (6,7-10,2) | 8,8 (7,2-11,3) | 0,012* | 8,5 (7,6-11) | 10,8 (9,6-11,8) | <0,001* | 0,025* |
| ITTM (q1-q3) | 22040 (20220-24 000) | 21290 (18860-23 905) | 0,295* | 24100 (19780-27 200) | 22605 (20957-25 890) | 0,468* | 0,147* |
| METs alcanzados (q1-q3) | 9,4 (6,9-9,8) | 9,4 (6,9-11,3) | 0,071* | 9,4 (7,5-12) | 12 (9,4-12) | 0,001* | 0,01* |
| $VO_2$ indirecto (ml/kg/min) | 2814 ± 707 | 2791 ± 739 | 0,742* | 2909 ± 1088 | 3627 ± 1119 | <0,001* | 0,007* |
| FC basal (lpm) | 73 (66-80) | 65 (60-76) | 0,076* | 69 (64-80) | 70 (60-75) | 0,088* | 0,545* |
| FC máxima (lpm) | 137 ± 15 | 133 ± 14 | 0,137* | 141 ± 16 | 137 ± 17 | 0,125* | 0,031* |
| **SPECT cardiaca** | | | | | | | |
| Número de segmentos afectados (q1-q3) | 2 (2-4) | 3 (2-4) | 0,064* | 2 (1-3) | 0 (0-1) | <0,001* | <0,001* |
| Severidad de la isquemia (q1-q3) | 2 (2-4) | 3 (2-4) | 0,106* | 2 (1-3) | 0 (0-1,75) | <0,001* | <0,001* |
| Emory Cardiac Toolbox soft (q1-q3) | 4 (2-6,75) | 3 (1-6) | 0,422* | 3 (0,25-4,75) | 0 (0-2) | <0,001* | <0,001* |
| Cedars QGS + QPS soft (q1-q3) | 5,5% (3%-8%) | 8% (5%-11%) | 0,216* | 4,5% (3%-7%) | 0% (0%-3,5%) | <0,001* | <0,001* |

**Tabla 1.** Comparativo de las variables ergométricas y de isquemia miocárdica en ambos grupos.

* Prueba de rango con signos de Wilcoxon.

* Prueba T para muestras emparejadas.

* Prueba T para muestras independientes.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 64 pacientes (32 en cada grupo), obteniendo un beta del 97% con un alfa del 95%. Ambos grupos presentaron características basales similares, solamente se encontró un mayor número de segmentos afectados por isquemia en el grupo RCV (2 segmentos 2 – 4) vs. no RCV (2 segmentos 1 – 3); p = 0,03. En el grupo RCV, se observó una reducción significativa de la IM inducida por estrés en todas las variables analizadas en la SPECT posterior (ver Tabla 1). También se observaron mejoras significativas de la CE en el grupo RCV: tiempo de ejercicio, METs máximos logrados, consumo de oxígeno indirecto (ver Tabla 1). Al comparar la evolución entre ambos grupos, se observaron diferencias estadísticamente significativas en ambos puntos finales. Por último, se encontró una reducción en las pruebas ergométricas positivas por infradesnivel del segmento ST entre ambos grupos (RCV 10 vs. no RCV 18; p = 0,044).

**Conclusión:** En nuestra población, la implementación de un programa de RCV de al menos 3 meses mejora la IM y la CE en pacientes con SCC.

## 0076 - VALOR PREDICTIVO COMPARATIVO DE LA TROPONINA I Y LA TROPONINA T PARA LOS EPISODIOS ISQUÉMICOS Y HEMORRÁGICOS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Cardiopatía Isquémica

Sol KERSTEN[1] | Alan SIGAL[1] | Mirza Vanessa RIVERO[2] | Juan Francisco FURMENTO[1] | Julian Marcelo FEDER[1] | Leonardo SEOANE[1] | Juan Pablo COSTABEL[1]

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires[1]; CEMIC[2]*

**Introducción:** 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). Los valores de troponina se asocian a los resultados clínicos, pero no está claro si una u otra troponina ofrece una mejor predicción de los eventos.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad predictiva de la Troponina T e I para eventos isquémicos y hemorrágicos, así como para mortalidad, comparándola a su vez con scores de riesgo convencionales como el GRACE y CRUSADE.

**Materiales y Métodos:** Se analizó un registro multicéntrico argentino de prospectivo denominado ReSCAR, que incluía a pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) con el objetivo de evaluar el rendimiento de la troponina I (TnI) y la troponina T (TnT) en el SCA para predecir la mortalidad, los eventos isquémicos (infarto de miocardio, trombosis del stent, ACV/AIT o angina postinfarto) y hemorrágicos (BARC 2 o superior). Se evaluó la eficacia del primer valor de TnI y TnT para predecir eventos isquémicos y hemorrágicos intrahospitalarios, empleando el área bajo la curva ROC. Además, se evaluó la capacidad de cada troponina para predecir la mortalidad total durante el período de seguimiento de un año. También se compararon estos resultados con la puntuación GRACE y CRUSADE.

**Resultados:** Se incluyeron 983 pacientes. 291 tenían una prueba de TnI (29,6%), 626 TnT (63,6%) y 6,8% no contaban con dichos datos. El 75,3% eran varones, 68,1% hipertensos, 25,9% diabéticos y 25,4% tenían enfermedad coronaria previa. 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 TnI fue 85 (IQR 15-1209), mientras que la mediana de TnT fue 91 (IQR 21-635). El rendimiento de la TnT para predecir eventos isquémicos hospitalarios, utilizando el área bajo la curva ROC fue de 0,63 (0,57-0,71) y el rendimiento de la TnI fue de 0,64 (0,53-0,76), p=ns, mientras que la puntuación GRACE tuvo un valor de 0,67 (0,61-0,75) . En cuanto a las hemorragias, el área fue de 0,71 (0,53-0,89) para la TnI y de 0,6 (0,47-0,73) para la TnT, p=ns, frente a 0,67 (0,57-0,78) con la puntuación CRUSADE . Para la mortalidad hospitalaria, TnI tuvo una curva ROC de 0,54 (0,39-0,69) mientras que TnTs fue de 0,63 (0,5-0,75), p=0,03, ), mientras que la de GRACE fue de 0,77 (0,68-0,86) (p=0,005). Para la mortalidad total durante el seguimiento, TnI tuvo una curva ROC de 0,6 (0,5-0,72) frente a 0,63 (0,55-0,71) con TnT, p=ns, frente a 0,79 (0,73-0,85) con GRACE.

**Conclusión:** En nuestro análisis, las troponinas tuvieron una capacidad predictiva similar, aunque discreta, de los episodios isquémicos hospitalarios, similar a GRACE. El rendimiento fue ligeramente mejor para los episodios hemorrágicos, siendo TnI numéricamente mejor, mientras que ambos fueron similares a CRUSADE. La TnT superó a la TnI en la predicción de la mortalidad hospitalaria, aunque no al evaluar la mortalidad total durante el seguimiento, y GRACE fue superior a ambas.

## 0081 - PREVALENCIA DE VARIANTES GENÉTICAS EN EL TRASPLANTE CARDÍACO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Mariano Gaston BERGIER | Rocio BLANCO | Ezequiel LILLO | Maria Eugenia KNORRE | Juan Maria IROULART | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Cesar BELZITI | Rodolfo PIZARRO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** Las miocardiopatías son una causa frecuente de insuficiencia cardíaca avanzada y constituyen una de las principales indicaciones de trasplante cardíaco (TxC). En particular, la miocardiopatía dilatada (MCD) de causa "idiopática" representa la etiología más común, siendo responsable de más del 50% de los casos, seguida por la miocardiopatía isquémico-necrótica. Identificar la causa subyacente de la enfermedad es fundamental, ya que permite orientar tratamientos específicos, estimar el pronóstico, comprender la penetrancia y realizar un adecuado asesoramiento y tamizaje familiar. En este contexto, el análisis genético emerge como una herramienta clave para esclarecer la etiología en pacientes con miocardiopatías de origen no definido.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de miocardiopatías genéticas en los pacientes trasplantados de un centro de insuficiencia cardíaca avanzada y trasplante.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de 96 pacientes trasplantados desde enero del 2021 a abril del 2025. Se recabó en la historia clínica que fenotipo presentaban y si tenían estudio genético realizado.

| Diagnóstico | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---|---|---|
| MCD no isquémica | 51 | 53.1% |
| Miocardiopatía isquémico-necrótica | 24 | 25.0% |
| MCD chagásica | 7 | 7.3% |
| Cardiopatía congénita | 4 | 4.2% |
| Amiloidosis (AL + TTR) | 3 | 3.1% |
| Otras miocardiopatías (MCR, MAVD) | 2 | 2.1% |
| Otras (valvular, pericarditis, endocarditis, HTP) | 5 | 5.2% |

**Resultados:** La MCD no isquémica fue el fenotipo más frecuente (53.1%), seguido de la miocardiopatía isquémico-necrótica (25%). En tercer lugar se ubicó la MCD chagásica en un 7.3%. Otras etiologías menos representadas fueron las cardiopatías congénitas, la amiloidosis (tanto TTR como AL), la miocardiopatía restrictiva, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, entre otros (Figura 1). Dentro de la MCD no isquémica, habían algunas etiologías probables como miocarditis viral, toxicidad por antraciclinas, miocardiopatía periparto y sarcoidosis. El estudio genético fue realizado únicamente en 15 pacientes por imposibilidad de acceso al mismo. Dentro de éstos, 14 representaron variantes patogénicas o probablemente patogénicas y 1 caso resultó negativo, con una baja tasa de realización del estudio genético por imposibilidad de acceso y un elevado rendimiento estimado del estudio genético del 93%. Las variantes truncantes en LMNA representaron el 26.7%, seguidas por variantes en DMD y RBM20 con un 13.3% cada una. También se identificaron variantes en TNNT2, DMPK (expansión de tripletes), genes mitocondriales, DSG2, MYH7, LAMP2 y TTR, cada uno con una frecuencia del 6.7%, es decir 1 caso. La presentación clínica que motivó al TxC en los pacientes secuenciados genéticamente fue en un 42% el shock cardiogénico, seguido por tormenta eléctrica y sobrecarga de volúmen en un 28.6%.

**Conclusión:** La prevalencia de variantes genéticas causales en pacientes con MCD idiopática es muy elevada, siendo el shock cardiogénico la principal forma de ingreso a lista de trasplante, seguida de la tormenta eléctrica y la sobrecarga de volumen. A pesar de que el estudio molecular se debería realizar en todos los pacientes con miocardiopatías cuyo fenotipo es claro, el acceso al mismo continúa siendo una barrera para su solicitud.

## 0084 - DESARROLLO DE UN MODELO DE PREDICCIÓN PARA MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA CHAGAS: SCORE ARGEN-CHAG

Enfermedad de Chagas

Maria Victoria CARVELLI | Mario Bruno PRINCIPATO | Juan Agustín ÁLVAREZ CASIANI | Hyun Sok YOO | Jhesica MOREIRA CAMACHO | Florencia Lucía MUSCHIETTI | Manuel LAGO | Justo CARBAJALES

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

**Introducción:** La infección por Trypanosoma Cruzi, agente causal de la enfermedad de Chagas, es endémica en 21 países de América y afecta a más de 7 millones de personas. Con una incidencia anual de 30.000 casos y 12.000 muertes, representa un problema de salud global. A pesar de su impacto, el pronóstico sigue siendo difícil de establecer y las herramientas predictivas disponibles son limitadas y poco validadas. Aunque Rassi et al. desarrollaron un modelo de predicción de mortalidad en Brasil, existen diferencias significativas en la afectación cardíaca entre Brasil y Argentina, por lo que no hay modelos validados para población argentina.

**Objetivos:** Evaluar predictores de mortalidad a largo plazo en población infectada por Trypanosoma Cruzi y desarrollar un score pronóstico para esta población

**Análisis Univariado**

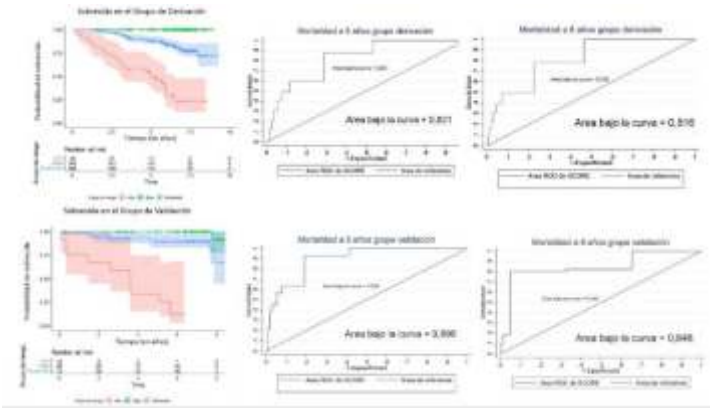
| | GRUPO | | |
|---|---|---|---|
| | Validación | Derivación | Valor p |
| Número casos | 181 | 427 | |
| FEVI promedio (IQR) | 56.94 (15.87) | 58.06 (15.09) | 0.455 |
| Edad promedio (IQR) | 58.52 (12.72) | 59.04 (12.20) | 0.022 |
| CF n (%) | | | 0.854 |
| 1 | 156 (86.2) | 367 (87.5) | |
| 2 | 21 (11.6) | 44 (10.5) | |
| 3 | 3 (1.7) | 9 (2.1) | |
| 4 | 1 (0.6) | 2 (0.5) | |
| CDI n (%) | 8 (4.4) | 27 (6.4) | 0.446 |
| FA n (%) | 13 (7.2) | 48 (11.4) | 0.176 |
| BRI n (%) | 7 (3.9) | 34 (7.8) | 0.129 |
| BRD n (%) | 29 (16.0) | 69 (14.5) | 0.6 |
| Enfermedad coronaria n (%) | 0 (0.0) | 1 (0.2) | 1 |
| Arritmia Ventricular n (%) | 20 (11.5) | 49 (11.6) | 0.808 |
| Arritmia Supraventricular n (%) | 24 (12.3) | 50 (11.6) | 0.812 |
| HTA n (%) | 49 (27.1) | 133 (31.5) | 0.201 |
| DBT n (%) | 16 (8.8) | 49 (11.6) | 0.388 |
| Tabaquismo n (%) | 2 (1.1) | 13 (3.0) | 0.362 |
| DLP n (%) | 16 (8.8) | 37 (8.8) | 1 |
| Sexo Masculino n (%) | 114 (63.0) | 274 (64.3) | 0.718 |
| HBM n (%) | 35 (19.3) | 70 (16.4) | 0.485 |
| HBP n (%) | 1 (0.6) | 4 (0.9) | 0.999 |
| Bloqueo AV 1 n (%) | 8 (4.4) | 21 (4.9) | 0.7 |
| Bloqueo AV 2 I n (%) | 0 (0.0) | 1 (0.2) | 1 |
| Bloqueo AV 2 II n (%) | 0 (0.0) | 1 (0.2) | 1 |
| Bloqueo AV 3 n (%) | 3 (1.7) | 2 (0.5) | 0.109 |

| Predictor | HR | valor p |
|---|---|---|
| FEVI | 0.93 | <0.0001 |
| Edad | 1.08 | <0.0001 |
| Clase Funcional | 2.19 | <0.0001 |
| CDI | 7.78 | <0.0001 |
| FA | 3.77 | <0.0001 |
| BRI | 5.35 | <0.0001 |
| BRD | 2.01 | 0.1181 |
| Enfermedad coronaria | 6.27 | 0.0089 |
| Arritmia Ventricular | 3.14 | 0.0001 |
| Arritmia Supraventricular | 6.07 | 0.0121 |
| HTA | 1.22 | 0.4414 |
| DBT | 1.73 | 0.1994 |
| TABAQUISMO | 2.03 | 0.2325 |
| DLP | 1.2 | 0.6942 |
| Mujer | 0.39 | <0.0001 |
| HBA | 1.7 | 0.1663 |
| HBP | 1.42 | 0.5267 |
| BAV 1° | 2.2 | 0.1426 |
| BAV 2° Mobitz I | 0 | 0.9934 |
| BAV 2° Mobitz II | 0 | 0.9934 |
| BAV 3° | 0 | 0.9984 |

**Análisis Multivariado**

| Variable | HR | Valor p |
|---|---|---|
| FEVI | 0.94 | 0.000001 |
| Edad | 1.07 | 0.000009 |
| Clase Funcional | 1.02 | 0.923986 |
| CDI | 7.66 | 0.049892 |
| FA | 1.31 | 0.472213 |
| BRI | 0.90 | 0.787648 |
| BRD | 1.72 | 0.090669 |
| Arritmia Ventricular | 0.20 | 0.120776 |
| Mujer | 0.60 | 0.073889 |

| Variable | | Puntos |
|---|---|---|
| CDI | | 2 |
| Edad | | |
| | ≤ 39 | 0 |
| | 40 - 49 | 2 |
| | 50 - 59 | 4 |
| | 60 - 69 | 6 |
| | ≥ 70 | 8 |
| FEVI | | |
| | ≥ 53 | 0 |
| | 52 - 40 | 3 |
| | 39 - 30 | 6 |
| | ≤ 29 | 12 |



**Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con serología positiva para Chagas, oriundos de Argentina y sur de Bolivia, que consultaron al Programa de Chagas del servicio de cardiología de nuestro centro. Se les realizó evaluación clínica, ECG, ecocardiograma y Holter. El seguimiento se efectuó mediante la revisión de la historia clínica unificada del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y contacto telefónico con los pacientes o sus allegados. Se recolectaron datos de mortalidad. Las variables numéricas se expresan como la media y desvío estándar y las comparaciones entre grupos de las mismas se efectuó mediante el test de Student. Las variables categóricas se expresan como el número de casos y el correspondiente porcentaje y las comparaciones entre grupos de las mismas se efectuaron mediante el test de chi cuadrado. Se dividió al conjunto en un grupo de derivación en el que se evaluaron variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas en relación con el tiempo a la muerte mediante el modelo de Cox de riesgos proporcionales. Posteriormente se construyó un score con los predictores independientes el cual se validó en el grupo de validación. La capacidad predictiva del modelo se evaluó mediante la curva ROC del puntaje en relación con la mortalidad a 5 y 8 años.

**Resultados:** Se evaluaron 603 pacientes, de los cuales 422 fueron asignados al grupo de derivación y 181 al de validación. Durante una mediana de 6,6 años de seguimiento, se observaron 63 muertes en el grupo derivación y 20 muertes en el grupo validación. (Tabla 1) Entre los predictores estudiados, se encontraron tres predictores independientes, la edad, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, las cuales fueron re –escaladas en varias categorías, y el antecedente de portar un CDI, asignándole a cada uno un puntaje proporcional al Hazard ratio. Se calculó el puntaje de riesgo para cada paciente y se dividió al mismo en tres categorías: 1) bajo riesgo: puntaje de 0 a 4, 2) moderado riesgo: puntaje 5 a 12 y 3) alto riesgo puntaje mayor a 13 puntos. (Tabla 1) Se observó una sobrevida de 12,5 % a 6,3 años en el grupo de Alto Riesgo, de 67 % a 8,75 años en el de Moderado Riesgo y de 92 % a 8,7 años en el grupo de Bajo Riesgo. El área bajo la curva para la predicción de muerte fue de 0.9 y 0.85 a 5 y 8 años respectivamente. (Tabla 2)

**Conclusión:** El puntaje de riesgo identificado mostró una gran eficacia, dado que presentó una alta exactitud en la predicción basada en solo tres predictores, fácilmente accesibles en la práctica clínica. Esta herramienta podría contribuir significativamente a la estratificación del riesgo y a la toma de decisiones en contextos con recursos limitados, especialmente en regiones donde la enfermedad es endémica y los modelos existentes no reflejan adecuadamente las características locales de la población.

## 0086 - 18F-FDG PET/TC EN EL DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES CON CARDIOPATIA CONGENITA CORREGIDA

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Multimagen

Jessica Anahi HERRERO | Roxana CAMPISI | Laura CALDERON | Paola CORONA | Gabriel BRUNO | Christian GONZALEZ | Ricardo José GERONAZZO | Sonia TRAVERSO

*Fundación Centro Diagnóstico Nuclear*

**Introducción:** La endocarditis infecciosa (EI) representa un desafío diagnóstico en pacientes (p) con cardiopatías congénitas corregidas (CCC), debido a la complejidad anatómica resultante de múltiples intervenciones quirúrgicas y a la heterogeneidad de los materiales protésicos, algunos insertos en estructuras extracardíacas. En consecuencia, la sensibilidad de métodos convencionales como la ecocardiografía se ve limitada, por lo que la tomografía por emisión de positrones (PET) integrada con tomografía multicorte (TC) emerge como una herramienta adicional en el diagnóstico de la EI en esta población.

**Objetivos:** Analizar la utilidad del 18F-FDG-PET/TC en la reclasificación de los pacientes con antecedentes de CCC y sospecha de EI según los criterios de Duke modificados en 2023.

**Materiales y Métodos:** Entre enero de 2017 y diciembre de 2024, se realizaron estudios PET/TC con 18F-FDG en p con CCC derivados a nuestro centro ante la sospecha clínica de EI. Todos habían sido evaluados previamente mediante

estudios diagnósticos, incluyendo ecocardiografía Doppler transtorácica o transesofágica y hemocultivos. Previo al estudio PET/TC, se indicó dieta para suprimir la captación fisiológica de 18F-FDG durante 36 horas más 12 horas de ayuno. Posteriormente, se administró 18F-FDG y, una hora después, se adquirieron imágenes de PET/TC de cuerpo entero. Se consideró sugestiva de infección la presencia de captación focal intensa y/o heterogénea del radiotrazador. En la evaluación semicuantitativa, se utilizó un valor de corte de SUVmax >=5 y un SUVmax ratio (SUVmax periprotésico/pool vascular) > 2.

**Resultados:** Se incluyeron 8 p con CCC, todos de sexo masculino, con una edad promedio de 26 ± 15 años (rango: 9–59 años). Las CC correspondieron a: comunicación interauricular (n=2), transposición de grandes vasos (n=3), ventrículo único (n=1), aorta bicúspide con ductus arterioso persistente (n=1) y atresia pulmonar con comunicación interventricular (n=1). Tres p habían completado el tratamiento antibiótico, mientras que otros 3 se encontraban en tratamiento activo al momento de la realización del estudio PET/TC. Según los criterios de Duke modificados, todos los p presentaban un diagnóstico inicial de EI "probable", con un criterio mayor (ecocardiográfico o microbiológico) y 2 criterios menores (síndrome febril y cardiopatía predisponente). En el estudio PET/TC, sólo 2 p presentaron supresión miocárdica incompleta, aunque no interfirió en la interpretación por la localización extracardíaca del material quirúrgico. Cinco p (62%) fueron reclasificados como EI "definitiva" por hallazgos del 18F-FDG PET/TC. En estos casos, el SUVmax periprotésico promedio fue de 6,4 ± 0,1 y el SUVmax ratio promedio de 3,4 ± 0,9. Cuatro de ellos presentaron captación focal periprotésica significativa, lo cual añadió un criterio mayor para el diagnóstico. En un caso, aunque no se evidenció captación periprotésica patológica, se identificaron focos sépticos a distancia lo que sumó un criterio menor adicional. Cabe destacar que de los 5 casos reclasificados como EI "definitiva" por PET/TC, sólo 2 presentaron hallazgos ecocardiográficos compatibles con EI. En 2 p (25%) se observaron impactos sépticos, con compromiso pulmonar y esplénico en uno de ellos. En los 3 p no reclasificados como EI definitiva, el PET/TC permitió identificar un caso de mediastinitis y otro de infección pulmonar activa.

**Conclusión:** En nuestra población con CCC, el PET/TC demostró ser una herramienta diagnóstica valiosa en la reclasificación de EI, especialmente en aquellos con estudios ecocardiográficos poco concluyentes. Además, permitió identificar embolias sistémicas y contribuyó al diagnóstico diferencial en los casos no confirmados de EI.

## 0094 - RIESGO CARDIVASCULAR EN ADOLESCENTES: EVALUACIONES PRECOMPETITIVAS EN LAS ESCUELAS

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Julio Ricardo VALDEZ LÓPEZ

*SOCIEDAD DE CARDIOLOGÍA SAN LUIS*

**Introducción:** Durante la adolescencia, los jóvenes comienzan a participar en actividades físicas y deportivas en la escuela, lo que puede ser beneficioso para su salud y bienestar. Sin embargo la evaluación precompetitiva puede ser una oportunidad para detectar problemas de salud cardiovascular y tomar medidas preventivas para reducir el riesgo de lesiones y enfermedades. Por este motivo, es importante que estas evaluaciones se realicen de manera efectiva y se utilicen para informar decisiones sobre la participación en actividades físicas y deportivas.

**Objetivos:** Determinar los factores de riesgo cardiovascular en adolescentes que participan en actividades físicas y deportivas en las escuelas, como hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, etc. - Evaluar la prevalencia de problemas de salud cardiovascular como cardiomiopatías y arritmias. - Mejorar la seguridad y el bienestar de los adolescentes que participan en actividades deportivas en las escuelas mediante la detección temprana y la prevención de problemas de salud cardiovascular.

| | Diagnostico | Cantidad | % |
|---|---|---|---|
| 1. | NORMAL | 5.516 | [illegible] % |
| 2. | RITMO SINUSAL CON TRAZADO NORMAL | 3.938 | 26,53 % |
| 3. | BRADICARDIA SINUSAL | 468 | 4,29 % |
| 4. | TAQUICARDIA SINUSAL | 435 | 3,99 % |
| 5. | BIRD | 418 | 3,84 % |
| 6. | BCRD | 55 | 0,5 % |
| 7. | HBAI | 24 | 0,22 % |
| 8. | SME PREEXITACION | 19 | 0,17 % |
| 9. | EV | 12 | 0,11 % |
| 10. | ESV | 10 | 0,09 % |
| 11. | BLOQUEO AV 1° GRADO | 3 | 0,03 % |
| 12. | QT LARGO | 1 | 0,01 % |

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo realizado por 23 médicos cardiólogos en las distintas escuelas de la provincia de San Luis. Se evaluaron 11.070 alumnos de 12 a 18 años, de ambos géneros, inscriptos para participar de los Juegos Deportivos Intercolegiales, durante los meses de junio y julio de 2024. Se realizó control de libreta de salud, medición de

peso y talla, control de frecuencia cardíaca y tensión arterial en ambos brazos, anamnesis, ECG y examen físico completo. Ante alguna anomalía, se le solicitaros estudios complementarios como ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, HOLTER, MAPA, ERGOMETRÍA o INTERCONSULTA CON ESPECIALISTA EN ARRITMIAS. Los datos obtenidos se cargaron en un software estadístico para su análisis.

**Resultados:** El 1% (110) no se encontró en condiciones de realizar actividad física sin estudios complementarios previos. 30 y 40% no presentó controles médicos anuales. 18,1% con sobrepeso u obesidad y el 17,8%, bajo peso. Se evidenció una posible falta de sinceridad en las respuestas sobre factores de riesgo y un gran desconocimiento sobre enfermedades consultadas como antecedentes. En cuanto al seguimiento de pacientes no aptos con estudios complementarios solicitados, no fue posible determinar si todos los alumnos se realizaron dichos estudios.

**Conclusión:** Las evaluaciones precompetitivas en adolescentes evidencian hallazgos clínicos y conductuales de relevancia, tales como, una preocupante falta de seguimiento sanitario en la población, una alta prevalencia de alteraciones nutricionales y la necesidad de mejorar la educación sanitaria. Las evaluaciones precompetitivas no sólo cumplen una función preventiva esencial, sino que también representan una oportunidad clave para intervenir en factores de riesgo modificables en una etapa crítica del desarrollo.

## 0096 - UTILIDAD DE UN PROTOCOLO BASADO EN LA NATRIURIA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DIURÉTICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiología Clínica

Enrique Bernardo FAIRMAN[1] | Nicole GOULD[1] | José Ignacio MACÍAS ALCÍVAR[2] | Flavio Andres DELFINO[2] | Augusto GALARZA[1] | Martín GONZÁLEZ ALAK[2] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Víctor Miguel MAURO[1]

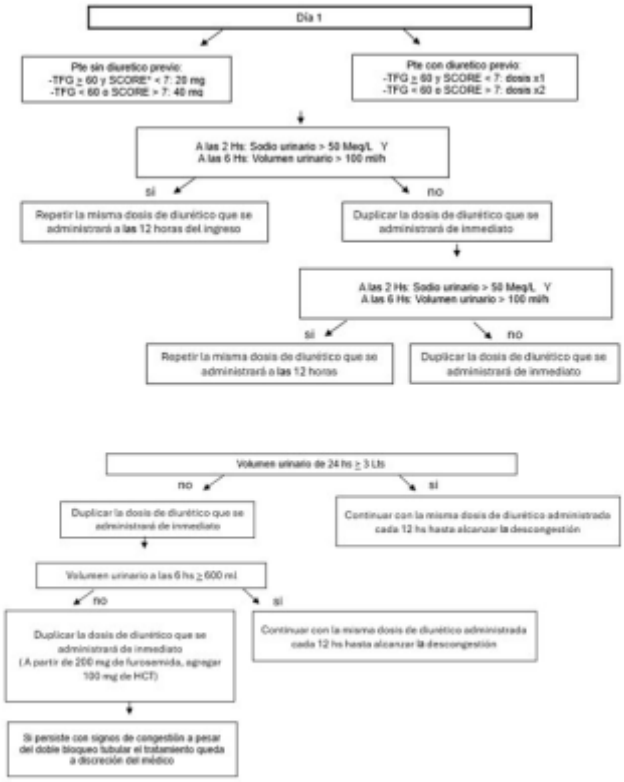
*Clínica Bazterrica[1]; Clínica Santa Isabel[2]*

**Introducción:** El uso de diuréticos en la insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) tiene un marcado componente de empirismo y muchos pacientes persisten congestivos al egreso. Actualmente se propone un esquema activo de ajuste del diurético a partir de la medición temprana de la natriuria, pero esta recomendación está más basada en la fisiopatología que en la evidencia.

**Objetivos:** 1) Demostrar que la implementación de un protocolo para el uso de diuréticos (regulado por la respuesta natriurética y diurética en las primeras 48 horas de internación por ICD) presenta mejor eficiencia diurética (definida como el cociente entre el volumen urinario y la dosis de diuretico a 48 hs expresada en ml/mg) en comparación con el tratamiento estándar. 2) Evaluar la seguridad expresada por insuficiencia renal, alteraciones electrolíticas y diuresis excesiva de dicho protocolo

**Materiales y Métodos:** Estudio pragmático, abierto, no randomizado, en dos fases sucesivas. Se comparó entre los primeros 50 p el uso de diuréticos a criterio del médico tratante (fase 1) vs administración protocolizada (figura) con eje en la concentración urinaria de sodio, en los siguientes 50 p (fase 2). Se incluyeron p internados en U Coronaria por ICD con signos y síntomas de congestión y NTproBNP >=1000 pg/ml (o >= 1600 pg/ml en fibrilación auricular).

Anexos:
Figura 1




*Ambrosy AP, Pang PS, Khan S, Konstam MA, Fonarow GC, Traver B. EVEREST Trial Investigators. Clinical course and predictive value of congestion during hospitalization in patients admitted for worsening signs and symptoms of heart failure with reduced ejection fraction: findings from the EVEREST trial. Eur Heart J. 2013 Mar;34(11):835-43.

**Resultados:** Se incluyeron 100 p admitidos a U Coronaria por ICD. Edad 83 años (RIC= 77-89), 59% hombres. La fracción de eyección < 40% fue mayor en la fase 1 (58% vs 36% p=0.02) mientras que la prevalencia de fibrilación auricular fue mayor en la fase 2 (57% vs 37%, p=0,05). Ninguna de ambas variables se asoció con eficiencia diurética. La eficiencia diurética a las 48 horas fue mayor en el grupo 2 (44 vs 28 ml/mg de furosemida p=0.016). Se observó una ligera mejoría de la congestión (tasa de empeoramiento en fase 1 14% vs 4% en la fase 2; p=0.08), no hubo diferencias en duración de la hospitalización, ni en mortalidad entre ambas fases. Respecto de la seguridad; no existieron diferencias en alteraciones de la función renal ni electrolíticas, tampoco en el exceso de diuresis, hipotensión o muerte durante la internación. La factibilidad del protocolo diurético fue elevada con una tasa de cumplimiento del 84% en fase 2 y del 92% en fase 1.

**Conclusión:** El protocolo de ajuste diurético mejora la eficiencia diurética. De esta forma se optimiza la descongestión ajustándola a cada paciente lo que podría prevenir tanto una respuesta insuficiente como excesiva. Es un protocolo seguro factible de aplicar; que podría resultar útil incluso en centros poco experimentados. Consideramos a la eficiencia diurética mejor parámetro que la cuantificación de la diuresis o la natriuria (utilizada en estudios existentes) porque su confiabilidad es independiente del grado de congestión. El diseño secuencial y no randomizado fue necesario para evitar que la simultaneidad de ambas fases del protocolo influya sobre el tratamiento estándar. Este diseño aumenta el riesgo de que se trate de poblaciones diferentes, aunque las diferencias no condicionaron el resultado

## 0102 - INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA REDUCIDA: COMPARATIVA DE LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO 2024 VS 2025 ¿SIGUEN SIENDO APLICABLES LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES EN EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO ARGENTINO ACTUAL?

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Agustín Rafael ROBLEDO | Nahuel PODESTÁ | Marina SCHMID | Pablo Augusto ARGAÑARAZ | Carlos FREIRE | Melisa ANTONIOLLI | 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 las últimas guías existen principalmente cinco grupos farmacológicos con un grado de recomendación 1 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 comparando los valores de 2024 vs 2025 en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se obtuvieron los costos dolarizados de los fármacos recomendados por las principales guías con grado de recomendación I, utilizando el precio de Kairos. Se evaluó 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 mayo de 2025. Se incluyeron en el análisis la canasta básica de alimentos (CBA) y la canasta básica total (CBT), que representan las líneas de indigencia y pobreza, respectivamente.

**Resultados:** El costo actual del tratamiento completo con fármacos de primera línea es de 290,1 USD, lo que representa un 3.5% menos en comparación con 2024. Este costo equivale al 6% del salario mínimo (273,3 USD) y al 24% del salario promedio (1209,3 USD) según la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE). Según el Informe de Estadísticas de la Seguridad Social del último trimestre de 2024, el 47% de los jubilados perciben haberes iguales o menores al mínimo. Para los pacientes de PAMI, el costo del tratamiento en mayo de 2025 es de 48,4 USD, un 36.7% menos en comparación con 2024, representando el 14,9% de la jubilación mínima de 325,04 USD, incluyendo el bono de 62,1 USD. Para jubilados sin cobertura de PAMI, el costo del tratamiento representa el 89,25% de su haber mínimo. El costo del tratamiento completo y la CBA es de 434,3 USD, lo que implica un 59% por encima del salario mínimo. En comparación, el tratamiento completo y la CBT (608,7 USD), se encuentra 2.22 veces por encima del salario mínimo. Al compararlos con el salario promedio, estos costos representan el 35,9% y el 50,3% respectivamente. Para un jubilado, el costo del tratamiento junto a la CBA es de 192,6 USD, y el costo del tratamiento completo con la CBT es de 367,01 USD, lo que implica un 59% y 1.13 veces más que la jubilación mínima, respectivamente.

**Conclusión:** En 2025, se observa una mejora relativa en la accesibilidad al tratamiento farmacológico, atribuible al aumento de ingresos y a la disminución de los costos. Sin embargo, contar con un esquema terapéutico completo sigue siendo inaccesible e inviable para gran parte de la población argentina, especialmente para los jubilados sin cobertura de PAMI. Estos datos reflejan una brecha considerable entre las recomendaciones internacionales y la realidad local, subrayando la

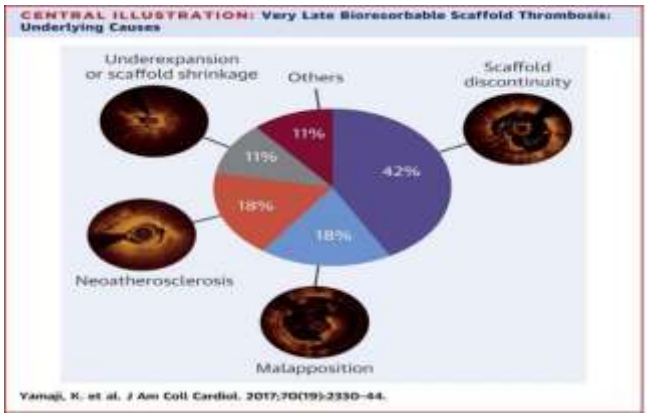
urgente necesidad de implementar políticas sanitarias nacionales que garanticen la equidad en el acceso al tratamiento y la sostenibilidad del sistema de salud. Esta situación es especialmente crítica, dado que se trata de medicamentos que han demostrado reducir la morbimortalidad en esta población.

## 0103 - EVALUACION DE RESULTADOS DE STENTS MAGMARIS EN NUESTRO CENTRO

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Juan Andrés GRIEVE BRUNO | Daniel JAUREGUI

*Hospital San Martin*




**Introducción:** Los andamios biorreabsorbibles (BRS) se han definido como la "cuarta revolución" en cardiología intervencionista porque podrían proporcionar un andamiaje temporal y luego "desaparecer" (reabsorberse), lo que podría mejorar significativamente el tratamiento de la enfermedad de las arterias coronarias. La tecnología BRS ha madurado gradualmente y hay muchos dispositivos disponibles en todo el mundo, que actualmente se encuentran en pruebas preclínicas o clínicas. Esta estructura de magnesio resulta interesante ya que se degradaría casi completamente en término de 12 meses lo que devolvería la vasomoción a la arteria tratada, además de propiedades vasodilatadoras al menos in vitro que posee el magnesio. Si bien los primeros ensayos clínicos no fueron del todo alentadores por la tasa alta de reestenosis y trombosis de la primera plataforma, esta fue mejorada, refinada, disminuyendo el tamaño de los struts, mayor fuerza radial y degradación lineal en mayor periodo de tiempo. Esto logró mejorar notablemente los resultados comparándolo con los stents liberadores de droga de tercera generación, obteniendo así buen margen de seguridad.

**Objetivos:** Analizar retrospectivamente los resultados obtenidos con la utilización de stents magmaris en pacientes de nuestro centro a lo largo del tiempo.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 10 pacientes que fueron sometidos a angioplastia en un periodo de tiempo que va desde febrero del 2021 hasta agosto del 2022. El PFP (rehospitalizaciones, iam, reintervenciones coronarias o muerte) fue evaluado a los 30 días, 3, 6, 12 y 15 meses.

**Resultados:** El 65% fueron hombres y el 35% mujeres, la edad promedio fue de 48 años, el 80... % tabaquistas y el 30% diabéticos tipo II. El tiempo medio de seguimiento fue de 11 meses, con un máximo de 17 meses y un mínimo de 3 meses. El número de stents implantados fue de 13, con un éxito primario del 100%. DA tercio medio 7; CX tercio medio 5, CD: tercio medio 1.. No encontrándose eventos en ese lapso de tiempo de evaluación

**Conclusión:** La utilización de estos stents, tanto en pacientes con síndromes coronarios estables como en agudos, resulta factible, con éxito primario y a mediano plazo confiables, más allá del escaso N° de la muestra y del tiempo de seguimiento.

## 0107 - LOS CUATRO FANTÁSTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA CONGESTIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Guillermo LINIADO | Ana Inés María VINUESA | Giuliana Ayelén TRESENZA | Juan Alberto GAGLIARDI

*Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich*

**Introducción:** El examen clínico (EC), es decir, la evaluación de los síntomas y signos, constituye el primer recurso en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes (p) con insuficiencia cardíaca (IC). Entre los hallazgos más relevantes se incluyen la ortopnea (ortop) y la valoración de las venas yugulares (yug), el tercer ruido (R3) y, como elemento adicional, la respuesta de la presión arterial durante la fase de esfuerzo de la maniobra de Valsalva (Val).

**Objetivos:** Nuestra hipótesis es que la combinación de estos elementos para evaluar congestión en el paciente ambulatorio con IC podría superar, en capacidad diagnóstica, al clásico Score de Framingham (SFr).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 92 pacientes ambulatorios con IC y fracción de eyección reducida (ICFEr). Edad media: 62 ± 11 años; 22% mujeres; fracción de eyección media: 30 ± 7%. Tras la evaluación clínica —que abarcó los síntomas y signos clásicos de IC— se realizó un ecocardiograma Doppler cardíaco y tisular (Eco) inmediatamente. El SFr se calculó asignando 1 punto a ortopnea y/o disnea paroxística nocturna, distensión yugular y/o reflujo hepatoyugular positivo, rales crepitantes y R3; y 0.5 puntos a disnea de esfuerzo, edemas en miembros inferiores, taquicardia >= 100 lpm, tos nocturna y hepatomegalia. Se consideró indicativo de congestión un puntaje >= 2. Los operadores del Eco estaban ciegos al EC. La maniobra de Valsalva se consideró positiva si había ausencia de sobreestimulación y/o presencia de onda cuadrada; y negativa ante una respuesta sinusoidal El examen clínico fue evaluado considerando cada uno de los cuatro signos seleccionados de forma individual, en combinaciones dobles, triples y con los cuatro presentes simultáneamente Como estándar de referencia se emplearon los criterios ecocardiográficos de aumento de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo (PFD), según las recomendaciones de la American Society of Echocardiography y la European Association of Cardiovascular Imaging (Nagueh SF et al. J Am Soc Echocardiogr 2016;29:277–314). Se calcularon sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud y prueba de chi² para evaluar asociaciones. Se consideró significativa una p <= 0.05.

| Combinación | LR+ | n (1 c/x pacientes) | p |
|---|---|---|---|
| Yug / Ort | 12.3 | 16 (1 c/5.7) | 0.0016 |
| Yug / Val | 6.6 | 18 (1 c/5.1) | 0.003 |
| Yug / R3 | 5.3 | 15 (1 c/6.1) | 0.0156 |
| R3 / Val | 3.7 | 22 (1 c/4.1) | 0.0077 |
| Ort / R3 | 2.7 | 17 (1 c/5.4) | 0.0877 |
| Ort / Val | 2.2 | 33 (1 c/2.8) | 0.0186 |
| Score Framingham ≥ 2 | 1.8 | 38 (1 c/2.4) | 0.0484 |

**Resultados:** Las combinaciones clínicas dobles o triples que incluyen estos cuatro pilares de la evaluación clínica mostraron un notable poder diagnóstico. En particular, las combinaciones yug/ortop, yug/val y yug/r3 presentaron cocientes de verosimilitud positivos (LR+) > 5, lo que evidencia una fuerte capacidad para confirmar congestión. Estas tres combinaciones estuvieron presentes en 1 de cada 4 pacientes, lo que resalta su aplicabilidad clínica. En todos los casos, la presencia de yug fue constante, lo que destaca su valor como signo clínico fundamental. Estas combinaciones superaron al Score de Framingham en su capacidad para identificar pacientes con congestión evaluada por ecocardiograma. Además, algunas combinaciones triples (todas asociadas a yug) alcanzaron un poder diagnóstico perfecto —yug/ortop/val, yug/ortop/R3 y yug/R3/val, todas con LR+ infinito—, al igual que la presencia simultánea de los cuatro signos clínicos, que identificó al 100% de los pacientes con congestión por ecocardiograma. Esto refuerza la potencia y precisión de estas evaluaciones clínicas cuando se presentan en conjunto

**Conclusión:** Las combinaciones clínicas de los "cuatro fantásticos" son una herramienta valiosa para evaluar congestión en pacientes ambulatorios con ICFEr. Superan al Score de Framingham y deberían considerarse en la evaluación clínica cotidiana. La yugular se destaca como la protagonista principal

## 0113 - REGISTRO PILOTO MULTICÉNTRICO DE DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA EN ARGENTINA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiología Clínica

Edwin Andrés RODRÍGUEZ ARIAS[1] | Sandra SWIESZKOWSKI[1] | German CAFFARO[2] | Juan MIERES[3] | Alvaro Felipe VARGAS[4] | Mirza RIVERO[5] | Camila CORREA[6] | Alfredo Matías RODRIGUEZ GRANILLO[6]

*Hospital de Clínicas José de San Martín[1]; Sanatorio Dr. Julio Méndez[2]; Sanatorio Las Lomas[3]; American College of Cardiology[4]; CEMIC[5]; Sanatorio Otamendi[6]*

**Introducción:** La disección coronaria espontánea (SCAD) es una causa importante de infarto agudo de miocardio (IAM) en adultos jóvenes, especialmente en mujeres entre la cuarta y sexta década de la vida que carecen de factores de riesgo cardiovascular. Considerando la baja incidencia de SCAD y la ausencia de datos en nuestro medio, decidimos registrar en forma multicéntrica las características clínicas y evolutivas de una población con esta enfermedad.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, el tratamiento y los resultados a mediano-largo plazo de una población de pacientes con SCAD en un país en donde la enfermedad no había sido bien descrita previamente.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional y prospectivo llevado a cabo en cuatro centros médicos privados y dos hospitales universitarios. Se registraron 26 pacientes con SCAD definida por un estudio angiográfico. Se analizaron diversos parámetros, incluyendo edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, factores desencadenantes, estresores psicosociales y fisicos, comorbilidades, hallazgos de laboratorio, características angiográficas, resolución de la enfermedad, recurrencia y evolución al año del alta.

**Resultados:** Se incluyeron y analizaron veintiséis pacientes con SCAD durante un período de tres años. 22 (84%) eran mujeres, con una mediana de edad de 47 años (rango intercuartílico: 56-42). La hipertensión fue el factor de riesgo cardiovascular más común, presente en 9 pacientes (34,6%). Se buscó displasia fibromuscular en el 15.4% de los casos, sin resultados positivos. No hubo casos relacionados con el embarazo o puerperio. El estrés, físico o emocional, fue el factor desencadenante en el 61% de los pacientes (19 y 41% respectivamente). Todos los pacientes se presentaron como síndrome coronario agudo, de los cuales 38% fueron infarto con supradesnivel del segmento ST-T. La arteria más afectada fue la descendente anterior (58%). La disección tipo 2A fue la más comúnmente encontrada, en 14 pacientes (54%), en 2 casos se encontraron múltiples disecciones. Se utilizó ultrasonido intracoronario en solo un caso. Respecto al tratamiento, 15 pacientes (58%) fueron tratados de forma conservadora, de los cuales el 100% recibieron betabloqueantes y el 92% aspirina. Se sometieron a angioplastia percutánea 11 pacientes (42%). Durante la internación, 2 pacientes evolucionaron con cambios clínicos y dinámicos en el electrocardiograma y en uno solo se realizó angioplastia de urgencia. Al año de seguimiento, no hubo muertes ni re-infartos, el resto de los resultados se presentan en la tabla 1.

| Tabla de eventos adversos | |
|---|---|
| Internación | |
| Muerte | 0% (0) |
| Re-infarto | 7.7% (2) |
| Rrevascularización de urgencia | 11.5% (3) |
| Seguimiento a un año | |
| Muerte | 0% (0) |
| Re-infarto | 0 (0%) |
| Recurrencia | 0 (0%) |
| Revascularización por recurrencia | 0 (0%) |
| Dolor persisitente | 34.6% (9) |
| Seguimiento tomográfico | 11.5% (3) |

**Conclusión:** La SCAD se presenta en mujeres jóvenes, principalmente como infarto con supradesnivel del segmento ST-T. Se identificó el estrés como causa desencadenante en la mayoría de los casos. En éste primer registro piloto de nuestro país, las características clínicas y los patrones de tratamiento observados se alinean con los informados en las cohortes internacionales.

## 0116 - SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL ECG PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO EN PACIENTES CON NECROSIS EN EL ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA GATED SPECT

Multimagen / Cardiopatía Isquémica

Rafael Bernardo ROJAS VALERA | Sonia TRAVERSO | Jessica Anahi HERRERO | Laura BRODSKY | Jorge Francisco CASUSCELLI | Neiva MACIEL | Maria Jose CHACON | Osvaldo H. MASOLI

*Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich*

**Introducción:** En la consulta diaria el cardiólogo clínico suele encontrarse con pacientes (p) de moderado-alto riesgo cardiovascular a los cuales, luego del examen físico y la anamnesis, el primer estudio a solicitar es un electrocardiograma (ECG). La presencia de alteraciones y/o el antecedente de infarto agudo de miocardio (IAM), despierta interrogantes a la hora de tomar decisiones sobre la conducta a seguir en la evaluación de la enfermedad coronaria. El estudio de perfusión miocárdica Gated SPECT (PM) es un método apropiado para confirmar la presencia de necrosis y cuantificar su extensión.

**Objetivos:** Establecer la sensibilidad (S) y especificidad (E) de la presencia de onda Q patológica en el ECG basal y de necrosis en la PM en los pacientes con antecedentes de IAM (con y sin elevación del segmento ST) documentado por historia clínica (HC). Determinar si existe asociación significativa entre otros trastornos en el ECG basal y la presencia de necrosis en la PM.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Se analizaron consecutivamente los p derivados para realización de PM entre febrero y abril del 2025. Criterio de inclusión: p con antecedentes de IAM documentado en HC. Se consideró ECG patológico: presencia de onda Q patológica definida según la cuarta definición de IAM, así como también trastornos de la repolarización, mala progresión de R, y QRS mellado. Se definió secuela de necrosis en PM a la presencia de un score de reposo >=2. Se calculó la sensibilidad y especificidad. Se utilizó el chi-cuadrado y regresión logística. Se consideró $p < 0.05$ estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se analizaron 233 p, de los cuales cumplían con criterios de inclusión 53 p (23%), 39 p (73.6%) con SCACEST y 14 p (23.4%) con SCASEST. Edad media 61 años +/- 9, sexo masculino 73%. Presentaron ECG basal patológico 36 p (67%): onda Q 17 p (45%), trastornos de la repolarización 20 p (53%); mala progresión de R 19 p (50%) y QRS mellado 13 p (34%). En la PM 28 p (52%) evidenciaron secuela de necrosis. La presencia de onda Q fue mayor en los p con SCACEST respecto a aquellos con SCASEST (19 p (35.8%) y 5 p (9.4%) respectivamente, $p < 0.008$). La S y E de la presencia de onda Q en el ECG

asociada a necrosis en la PM fue de 54% y 27 % respectivamente, con un valor predictivo positivo (VPP) de 61% y valor predictivo negativo (VPN) de 21,4%. (OR: 0,44 IC: 0.94-2.08). En el análisis univariado, al tomar los ECG considerados patológicos (más allá de la presencia de onda Q) la S y E corresponden a 85,7% y 55% respectivamente, con un VPP de 72% y VPN de 73%. Del análisis multivariado para determinar la asociación de la presencia de necrosis en la PM con otros trastornos del ECG se obtuvieron los siguientes resultados: mala progresión de R p: 0,43 (OR 1,7 -IC 0,4), melladuras del QRS p: 0,34 (OR 2,17 - IC 0,4) y trastornos en la repolarización p: 0,40 (OR 1,84 - IC 0,4).

**Conclusión:** La presencia de onda Q patológica en el ECG posee baja S, E y VPN. La S y E mejoran cuando se incluyen otras alteraciones en el ECG. Del análisis multivariado se evidencia que la presencia de otros trastornos en el ECG, si bien no son variables estadísticamente significativas, muestra mayor probabilidad de presentar necrosis en la PM. Se requieren estudios con mayor dimensión para poder demostrar asociación estadísticamente significativa entre otros trastornos en el ECG basal y la presencia de necrosis en la PM.

## 0118 - ALTERACIONES EN INDICADORES LIPÍDICOS DE RIESGO ATEROGÉNICO Y EN LA FUNCIONALIDAD CARDIOPROTECTORA DE HDL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ENFERMEDAD CELÍACA.

Investigación Básica

Amanda Ines YANEZ SANCHEZ[1] | Maximiliano MARTIN[2] | Walter Francisco TETZLAFF[1] | Belen DAVICO[1] | Ezequiel LOZANO CHIAPPE[1] | Adriana BOTTERO[3] | Laura BOERO[1] | Fernando BRITES[1]

*Universidad de Buenos Aires[1]; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – Conicet.[2]; Hospital de Pediatría Samic Dr. J Garrahan[3]*

**Introducción:** La evidencia actual muestra una asociación significativa entre la enfermedad celíaca (EC) y el desarrollo de alteraciones cardiometabólicas en niños y adolescentes. Sin embargo, los mecanismos subyacentes que vinculan esta patología intestinal con disfunciones del metabolismo lipídico aún no se encuentran completamente dilucidados. En este contexto, resulta de interés investigar si la funcionalidad cardioprotectora de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), fundamentales en el transporte inverso de colesterol (TIC), se ve comprometida en niños con EC. El TIC está compuesto por el eflujo de colesterol celular (ECC) y las actividades de la lecitina:colesterol aciltransferasa (LCAT) y la proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP). Asimismo, los ácidos grasos no esterificados (NEFA), derivados de la lipólisis del tejido adiposo, desempeñan un papel central en el metabolismo energético y lipídico, pudiendo influir negativamente sobre la funcionalidad de las HDL. Por lo tanto, el estudio conjunto de estos parámetros podría contribuir a esclarecer posibles mecanismos tempranos de riesgo cardiometabólico en niños con diagnóstico reciente de EC.

**Objetivos:** Comparar el metabolismo lipídico y la funcionalidad de HDL entre niños y adolescentes con diagnóstico reciente de EC y controles sanos.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 34 niños y adolescentes con EC (7-12 años) y 29 controles (4-6 años). Los grupos presentaron diferencias significativas tanto para la edad como el sexo, por lo que el análisis estadístico fue ajustado en base a estas variables. Se registraron los valores del índice de masa corporal (IMC) y se calculó el z-IMC. Por medio de métodos estandarizados, se determinaron parámetros hematológicos, indicadores del metabolismo del hierro y los niveles de vitamina B12, ácido fólico, glucosa, proteína C reactiva ultrasensible (PCRus), triglicéridos (TG), colesterol total (CT), colesterol-HDL (C-HDL), colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), apolipoproteínas (apo) A-I y B, y NEFA. Además, se evaluaron el ECC utilizando cultivos de la línea THP-1 y las actividades de LCAT y CETP mediante ensayos radiométricos desarrollados.

**Resultados:** No se observaron diferencias significativas entre los grupos en los valores de IMC, z-IMC, glucosa, PCRus ni en el perfil lipoproteico. Sin embargo, los índices CT/C-HDL, TG/C-HDL, C-LDL/C-HDL y apo B/apo A-I fueron significativamente más elevados en los pacientes con EC en comparación con los controles. La concentración plasmática de NEFA fue significativamente menor en el grupo con EC [0,75 (0,50–1,00) vs. 0,80 (0,55–1,15) mmol/L; $p<0,05$]. Asimismo, la capacidad de las HDL para promover el ECC fue significativamente inferior en los pacientes celíacos en relación con los controles (4,8±1,1 vs. 6,4±0,5 %; $p<0,05$). En concordancia, la actividad de la enzima LCAT también resultó significativamente reducida en los pacientes con EC [9 (7–11) vs. 14 (10–15) mol/dL.h; $p<0,005$], no hallándose diferencias significativas en la actividad de la CETP entre ambos grupos [112 (105–124) vs. 113 (104–125) %/mL.h; $p>0,05$].

**Conclusión:** Se identificaron alteraciones en el metabolismo lipídico y en la capacidad antiaterogénica de las HDL en niños con EC de diagnóstico reciente, evidenciadas por una menor concentración de NEFA, disminución del ECC y de la actividad de LCAT, lo que sugiere un compromiso temprano del TIC y un posible aumento del riesgo cardiometabólico en esta población que podría perdurar e incluso acentuarse en la etapa adulta.

## 0119 - EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS PLEIOTRÓPICOS DE LOS ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3 EN UN MODELO ANIMAL DE INSULINO RESISTENCIA.

Investigación Básica

Gregorio FARIÑA[1] | Luciana SIELECKI[1] | Vanesa MACRI[1] | Juan Patricio NOGUEIRA[2] | Gabriela BERG[1] | Magalí BARCHUK[1] | Valeria ZAGO[1]

*Universidad de Buenos Aires[1]; Universidad Nacional de Formosa[2]*

**Introducción:** La actividad de la lipoproteína lipasa (LPL) desempeña un papel fundamental en el metabolismo de las lipoproteínas ricas en triglicéridos (TG). Esta enzima presenta un comportamiento paradójico en situaciones de insulino-resistencia (IR). En el tejido vascular, esto podría explicar la lipólisis de las lipoproteínas y la subsecuente generación de remanentes (RLP) con un mayor carácter aterogénico. Por otra parte, las metaloproteinasas de matriz (MMPs) derivadas de macrófagos y células espumosas favorecen la debilitación de la capa fibrosa de la placa aterosclerótica favoreciendo su inestabilidad. Los ácidos grasos omega-3 (AG W3) son bien conocidos por su capacidad para reducir los TG, pero su impacto sobre la disminución del riesgo cardiovascular y sus posibles efectos pleiotrópicos son menos comprendidos. Además, la evidencia sobre su efectividad en este aspecto resulta controvertida, especialmente en función de la fuente de AG W3 utilizada.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo fue comparar el efecto de diferentes formulaciones farmacéuticas de AG W3 sobre la composición de las RLP, así como sobre la actividad de la LPL y de las MMP-2 y 9 en tejido aórtico y adiposo de ratas con IR.

**Materiales y Métodos:** Se alimentaron ratas Wistar macho con una dieta alta en sacarosa (DRS, n=6), DRS+ 4 g de Icosapento de Etilo (DRS+I, n=6), DRS+ 4 g de EPA/DHA (DRS+ED, n=6) o DRS + 4 g de Chía (DRS+C, n=5) durante 12 semanas. En suero se evaluó el perfil lipídico, la glucosa y los ácidos grasos libres. Las RLP fueron aisladas por ultracentrifugación (d<1,019 g/mL) y caracterizadas. Se aislaron tejido adiposo epididimal y aorta torácica para la evaluación de la actividad de LPL mediante ensayos radiométricos, y la actividad de MMP-2 y 9, mediante zimografía gelatinolítica.

**Resultados:** El grupo DRS mostró un perfil lipoproteico aterogénico y marcadores elevados de IR respecto al resto de los grupos evaluados. Las RLP del grupo DRS tenían un mayor contenido de TG y Colesterol (C). El contenido de TG-RLP disminuyó post-tratamiento sin diferencias entre las fuentes empleadas. El C-RLP del grupo DRS+I presentó una disminución significativa respecto al grupo DRS (p=0,02). La actividad de LPL en TA aumentó de forma consistente en los grupos con tratamiento W3. La actividad de MMP-9 en tejido adiposo fue menor en el grupo DRS+I respecto al grupo DRS (p=0,004). Se observó disminución en la actividad de MMP-2 y en comparación con DRS en los grupos DRS+ED y DRS+I. En el tejido aórtico, la actividad de LPL disminuyó tras el tratamiento, con una reducción más significativa en DRS+I respecto al resto de los grupos evaluados (p<0,001 vs DRS, p=0,01 vs DRS+ED, p<0,001 vs DRS+C). La actividad de MMP-9 mostró una reducción más significativa en el grupo DRS+I en comparación con los demás grupos evaluados (p<0,001 vs DRS, p<0,001 vs DRS+ED, p=0,025 vs DRS+C). La respuesta sobre la actividad de MMP-2 en tejido aórtico se asemejó a los observados en TA.

**Conclusión:** De acuerdo con lo previsto, el tratamiento con AG W3 mejoró el perfil lipídico y las características de las RLP en ratas insulino resistentes. Sin embargo, la formulación conteniendo IPE demostró un mayor potencial antiinflamatorio, subrayando la importancia de investigar más a fondo los mecanismos involucrados.

## 0124 - DENSIDAD PROMEDIO DEL MÚSCULO PSOAS DETECTADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTICORTE COMO MEDIDA DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA VALORADOS EN HEART TEAM

Cardio Geriatría / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Maria Florencia CASTRO[1] | Romina TROSSERO[1] | Paola KUSCHNIR[1] | María Agustina SCIANCALEPORE[1] | Maria Teresa POLITI[2]

*ICBA1; ICBA2*

**Introducción:** El área del psoas cuantificada en imágenes de tomografía computada

**Objetivos:** Determinar la Sensibilidad y especificidad de la densidad

**Materiales y Métodos:** Diseño del estudio Estudio transversal, retrospectivo, de centro único durante el año 2018. Criterios de inclusión: 21 años de edad. Portador de estenosis aórtica severa o crítica Indicación médica de reemplazo valvular aórtico por el HT del ICBA. Variables 1 Grado de fragilidad: Valorado mediante el test de Fried de detección de fragilidad a partir de una escala de 5 puntos, considerando "frágil" a una puntuación mayor o igual a 2;2 puntos.( dicotómica) Se implementará a partir de un formulario preestablecido Adquisición de TCMD: se utilizará un tomógrafo Philips Brilliance de 64 filas de detectores.

| Características Músculos Psoas | Eventos | media | DS | min | max | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AREA | No | 859,9 | 310,8 | 250,0 | 1868,0 | 0,2831 |
| AREA | Sí | 781,0 | 217,9 | 423,1 | 1237,6 | |
| PERIM | No | 120,1 | 19,1 | 70,3 | 170,0 | 0,4158 |
| PERIM | Sí | 117,1 | 13,5 | 96,8 | 141,5 | |
| DENS | No | 39,1 | 8,6 | 17,1 | 59,2 | 0,9845 |
| DENS | Sí | 38,5 | 8,6 | 21,6 | 52,9 | |

| DENSIDAD PSOAS | n | media | DS | min | max | Wilcoxon p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | 110 | 39,0 | 8,6 | 17,1 | 59,2 | |
| Fragilidad NO | 52 | 39,8 | 8,8 | 21,6 | 58,4 | p=0.3936 |
| Fragilidad Sí | 58 | 38,3 | 8,4 | 17,1 | 59,2 | |

Se realizará la adquisición retrospectiva sincronizada con gatillado electrocardiográfico luego de la administración de contraste endovenoso no-iónico en forma dinámica. El post-procesamiento se realizó en ambos psoas se evaluaron en el corte axial que corresponda al borde superior de la cuarta vértebra lumbar (L4) (identificado en el plano sagital). Se trazó manualmente con la herramienta de ROI (región of interest) poligonal el borde externo de cada psoas y el software calculo automáticamente la densidad promedio, el área y el perímetro de cada músculo psoas. También se calculó el volumen de cada músculo psoas a través de la multiplicación del área por el espesor de corte. Todas las mediciones se realizaron por triplicado por un operador especializado en imágenes cardiovasculares y cegado al desenlace clínico post-procedimiento del paciente. Consideraciones estadísticas Las variables continuas serán expresadas como media± DE o Mediana y rango intercuartilo 25-75 de acuerdo a su distribución. Las variables cualitativas se mostraran como porcentajes e IC 95 %. Para determinar el mejor punto de corte que se asocie a fragilidad se utilizara curva ROC, aceptando con buen predictor un valor que al menos tenga el 70 % de área bajo la curva. La sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo positivo y negativo se realizara tomando como gold standard el valor de fragilidad dicotomizado de acuerdo valores iguales o superiores a 2 serán considerado como positivos para fragilidad. Se tomará como punto de corte estadístico un valor de $p < 0.05$.

**Resultados:** Se analizaron 120 pacientes. Se observó una correlación inversa entre el grado de fragilidad y las métricas estructurales del psoas, principalmente el área y perímetro del psoas derecho. Los pacientes frágiles presentaron menor área y perímetro del psoas en comparación con los no frágiles, aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0.10$ y $p = 0.15$, respectivamente) Tabla 1. No se evidenció asociación entre la radiodensidad muscular y la fragilidad. Tabla 2 Realizamos un subanálisis de las variables evaluadas en el test de fragilidad y pudimos establecer que aquellos pacientes con bajo valor de hand grip y/o incontinencia tenían además un bajo valor del área y el perímetro del psoas del psoas.

**Conclusión:** La evaluación del músculo psoas mediante tomografía podría aportar información objetiva adicional en la valoración integral de la fragilidad en pacientes evaluados para reemplazo valvular aórtico. Su incorporación como herramienta de tamizaje podría ser de utilidad para identificar individuos con sarcopenia estructural dentro de esta cohorte de alto riesgo.

## 0126 - PUNTUACIÓN DE CALCIO 0 AJUSTADA POR EDAD: UN PREDICTOR SUPERIOR DE AUSENCIA DE OBSTRUCCIÓN CORONARIA EN LA SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Cardiopatía Isquémica / Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

Ian CHAPMAN | Alan Rodrigo SIGAL | Juan FURMENTO | Paola KUSCHNIR | Agustina SCIANCALEPORE | Pablo ELISSAMBURU | Juan Pablo COSTABEL

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** El uso de la angiotomografía coronaria en la sospecha de síndromes coronarios agudos de riesgo bajo-medio es una herramienta diagnóstica segura que puede descartar estenosis coronarias significativas, reduciendo la necesidad de un procedimiento invasivo como la angiografía coronaria. Una puntuación de calcio de 0 se utiliza normalmente como marcador de baja carga aterosclerótica y de riesgo cardiovascular. Sin embargo, en los pacientes jóvenes pueden existir placas ricas en lípidos (y, por tanto, de alto riesgo) que aún no se hayan calcificado, por lo que el valor

predictivo negativo de una puntuación de calcio de 0 podría verse disminuido. Por el contrario, los pacientes de más edad han tenido tiempo de calcificar las placas existentes, por lo que una puntuación de 0 podría tener mayor valor en este escenario.

**Objetivos:** Evaluar si el score de calcio 0 tiene mejor valor predictivo para ausencia de lesiones coronarias epicárdicas en pacientes de mayor edad.

**Materiales y Métodos:** Se analizó una base de datos prospectiva de AngioTAC coronaria en pacientes con sospecha de síndromes coronarios agudos de riesgo bajo o medio que acudieron al servicio de urgencias de nuestro centro. Dividimos a los pacientes según fueran más jóvenes o mayores que la mediana de edad. Realizamos un análisis univariado y multivariado mediante regresión logística regresiva para determinar si la presencia de una puntuación de calcio 0 era un mejor predictor de la ausencia de lesiones coronarias epicárdicas si los pacientes eran mayores.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 445 pacientes. El 56,9% eran mujeres, el 43% tenían antecedentes de hipertensión, el 59,3% de dislipidemia, el 20% antecedentes familiares relevantes y el 15% eran diabéticos. La mediana de edad era de 57 años (RIC 48-67). El 46,7% tenía una puntuación de calcio de 0. Tras el análisis univariado, la puntuación de calcio de 0, la combinación de puntuación 0 y edad inferior a la mediana, y la combinación de 0 y superior a la mediana se asociaron significativamente con la ausencia de lesiones coronarias epicárdicas, al igual que el sexo y la edad. Tras el análisis multivariado, la combinación de la puntuación 0 y la edad por debajo de la mediana tuvo una OR para predecir la ausencia de lesiones coronarias epicárdicas de 1,92 (1,014-3,67), mientras que una edad por encima de la mediana y la puntuación 0 tuvieron una OR de 10,8 (4,8-24,8).

**Conclusión:** Nuestro análisis mostró que una puntuación de calcio de 0 en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo era un mejor predictor de la ausencia de lesiones epicárdicas en pacientes de edad superior a la mediana que en los más jóvenes.

## 0127 - ¿APORTA LA ATEROSCLEROSIS EN MIEMBROS INFERIORES VALOR PREDICTIVO ADICIONAL PARA INFARTO DE MIOCARDIO? UN ESTUDIO COMPARATIVO.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Gustavo STAMPONE | Santiago LYNCH | Gerardo Matias MASSON JUÁREZ | Pablo Guillermo STUTZBACH

*Sanatorio Las Lomas*

Introducción: Una proporción de los infartos de miocardio (IAM) ocurre en pacientes de bajo riesgo, mientras que algunos pacientes de alto riesgo no presentan eventos. La aterosclerosis carotídea (AC) es un predictor independiente de eventos cardiovasculares y es utilizado para la estratificación de pacientes. En este contexto, investigamos la utilidad clínica de agregar la evaluación de aterosclerosis en miembros inferiores (AM) mediante ultrasonido para predecir infarto de miocardio evidenciado por trastornos de motilidad basal en una prueba evocadora de isquemia.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la presencia de ateromatosis leve en miembros inferiores y la presencia de necrosis en ecocardiografía de estrés. Comparar el rendimiento de modelos predictivos con y sin inclusión de AM.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 2.129 pacientes que contaban con ecografía de vasos de cuello, Doppler arterial de miembros inferiores y ecocardiograma de estrés realizados entre 2012 y 2022. Se recopilaron datos de edad, sexo, presencia de AC, AM y alteraciones segmentarias basales sugestivas de necrosis. La edad media fue de 60.5 años (DE±11), con una distribución de género de 37% de mujeres. Se encontró que el 5.6% de los pacientes presentaban una secuela en el ecocardiograma con estrés y el 52,7% tenía AM y el 57% en AC, el 72% en al menos un territorio y 37% en ambos territorios. Se emplearon pruebas t de Student para variables continuas y chi cuadrado para categóricas. Se construyeron dos modelos de regresión logística con selección hacia atrás: el modelo 1 incluyó edad, sexo y AC; el modelo 2 añadió AM. Se evaluó su rendimiento mediante sensibilidad (S), especificidad (E), el índice de mejoría en la discriminación (IDI) y la reclasificación neta (NRI).

Resultados: Se encontró una asociación significativa con la probabilidad de necrosis en un ecocardiograma con stress y la presencia de placas en MMII (2.5% vs 8.5% p <0.0001), índice de cantidad de placas en MMII (5.1 vs 9.17 p <0.001), la edad avanzada (60 vs 65 años, p < 0.0001), el género masculino (8.1% vs 1.4%, p < 0.0001), la presencia de AC (8.5% vs 1.6%, p < 0.0001) y la presencia de ateromas en ambos territorios (10.8% vs 4.5% vs 2.8% vs 1%, p <0.001). En el modelo de regresión logística que incluyó la edad, género, AC y AM (solo en modelo 2). En el modelo 2 las tres últimas se mantuvieron como variables independientes con odds ratios (OR) de 4.052 (IC95 2.3 - 8.4, p < 0.001) para el género masculino, 2.1 (IC95 1.3 -

3.4, p 0.002) para AM y 3.6 (IC95 2.03-6.5, p < 0.001) para la AC. La S fue del 73% y la E del 70% en el modelo 1 y S80 y E63% en el modelo 2. El cálculo del IDI: 0.0024 (95% IC: [-0.0024, 0.0070], p = 0.3065) y el NRI fue 0%.

Conclusión: Aunque la aterosclerosis en miembros inferiores se asocia de forma independiente con necrosis en ecocardiografía de estrés, su inclusión en modelos predictivos no mejora significativamente la discriminación ni la reclasificación de pacientes con infarto. Esto sugiere que, en presencia de AC, la evaluación de AM no aporta valor clínico adicional para la predicción de IAM. La incorporación de factores de riesgo tradicionales podría mejorar la utilidad del modelo, y es una limitación importante de nuestro estudio.

## 0130 - DIFERENCIAS EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS FRCV SEGÚN EL IMC EN IAMCEST.

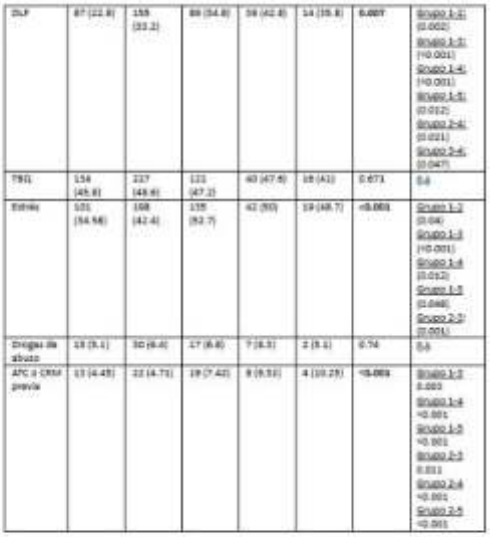
Cardiopatía Isquémica

Federico Ivan WECKESSER | Alejandro KIM | Mercedes QUIROGA | Erick MEJIA | Carolina GALVEZ | Vielka YURKO | Luis BLANCO | Gerardo GIGENA

*Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio (IAMCEST) es una patología cardiovascular que está influenciada por factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). El índice de masa corporal (IMC) definido como el peso / talla al cuadrado podría estar en relación con la distribución poblacional de los mismos.

**Objetivos:** Investigar la distribución de FRCV en pacientes con IAMCEST según su IMC.



**Materiales y Métodos:** Se analizaron 1138 pacientes con IAMCEST, distribuidos en cinco grupos según su IMC (grupo 1: IMC 18.5 a <25; (sobrepeso): 25 a <30; 3 (obesidad grado 1): 30 a <35; 4 (obesidad grado 2): 35 a <40, 5 (obesidad grado 3): > o = a 40). Se evaluaron variables como edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), dislipidemia (DLP), tabaquismo activo (TBQ), estrés y antecedentes de tratamiento cardiovascular previo (angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica) referidos al momento del evento. Se utilizó el test de chi-cuadrado múltiple para comparar proporciones entre grupos y, para ajustar el error tipo I en comparaciones múltiples, se aplicó la corrección de Bonferroni. Para el análisis de variables continuas con distribución normal, se utilizó el test de ANOVA seguido de la prueba de Tukey para comparaciones múltiples

**Resultados:** Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos según el índice de masa corporal (IMC) en cuanto a edad, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, estrés y tratamiento cardiovascular previo. Los pacientes con IMC más alto presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia y estrés, y fueron significativamente más jóvenes. No se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo, antecedentes familiares y tabaquismo activo.

**Conclusión:** Este estudio sugiere que existirían diferencias en la distribución de FRCV en pacientes con IAMCEST según el índice de masa corporal aunque se requieren de mayores estudios para determinar la causalidad entre estos hallazgos y el IAMCEST.

## 0131 - IAMCEST: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PROCEDURALES SEGÚN KILLIP Y KIMBALL

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Federico Ivan WECKESSER | Alejandro KIM | Mercedes QUIROGA | Erick MEJIA | Miguel Federico ALBORNOZ | Rodrigo BLANCO | Carolina GALVEZ | Gerardo GIGENA

*Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich*

**Introducción:** La clasificación de Killip y Kimball (KK) es una herramienta para estratificar el riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

| Killip ingreso | Killip A (n=1331) | Killip B (n=159) | Killip C (n=27) | Killip D (n=155) | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Factores de riesgo | | | | | |
| Edad | 59.2 +- 11.4 | 62.2 +- 10.3 | 65.2 +- 12.70 | 60.7 +- 12 | 0.018<br>Grupo A-C:<br>0.023 |
| Sexo Masculino | 1060 (79.6) | 127 (79.9) | 21 (77.7) | 120 (77.4) | 0.93 |
| AHF | 270 (20.3) | 31 (19.5) | 8 (29.6) | 29 (18.7) | 0.37 |
| HTA | 735 (55.2) | 89 (56) | 19 (70.4) | 91 (58.7) | 0.52 |
| DLP | 399 (30) | 60 (37.7) | 7 (25.9) | 46 (29.7) | 0.50 |
| DBT | 225 (16.9) | 25 (15.7) | 7 (25.9) | 38 (24.5) | 0.088 |
| ATC o CRM previa | 149 (11.2) | 22 (13.8) | 5 (18.5) | 25 (16.1) | 0.24 |
| TBQ activo | 606 (45.5) | 72 (45.3) | 12 (44.4) | 67 (43.2) | 0.97 |
| Características procedurales | | | | | |
| ATC primaria | 1301 (97.7) | 152 (95.6) | 24 (88.8) | 143 (92.2) | <0.05<br>Grupo A-C:<br><0.05<br>Grupo A-D:<br><0.05 |
| Trasladado | 792 (59.5) | 93 (58.4) | 17 (63) | 71 (45.8) | <0.05<br>Grupo A-D:<br><0.05<br>Grupo B-D<br><0.05 |
| Acceso radial | 980 (73.6) | 115 (72.3) | 13 (48.1) | 58 (37.4) | <0.001<br>Grupo A-C:<br><0.001<br>Grupo A-D:<br><0.001<br>Grupo B-C: |
| | | | | | <0.001<br>Grupo B-D<br><0.001 |
| RCP al ingreso | 23 (1.95) | 6 (3.7) | 3 (11.1) | 45 (29) | <0.001<br>Grupo A-C:<br><0.001<br>Grupo A-D<br><0.001<br>Grupo B-C<br>0.045<br>Grupo B-D<br><0.001<br>Grupo C-D<br>0.03 |
| ARM al ingreso | 14 (1.1) | 4 (2.5) | 2 (7.4) | 60 (38.7) | <0.001<br>Grupo A-C<br>< 0.001<br>Grupo A-D:<br>< 0.001<br>Grupo B-C:<br>0.008<br>Grupo B-D<br>< 0.001<br>Grupo C-D:<br>< 0.0001 |
| Progresión de Killip de ingreso durante procedimiento | 73 (5.5) | 16 (10.1) | 8 (29.6) | 0 (0) | <0.001<br>Grupo A-B:<br>0.09<br>Grupo A-C:<br>< 0.001<br>Grupo A-D:<br>< 0.001<br>Grupo B-C:<br>0.02<br>Grupo B-D:<br>< 0.001<br>Grupo C-D:<br>< 0.001 |
| Exito de ATC | 1230 (92.4) | 140 (88) | 24 (88.8) | 134 (86.4) | 0.024<br>Grupo A-D<br><0.001 |
| No reflow / Slow flow | 100 (7.72) | 31 (19.49) | 8 (29.6) | 14 (9.03) | <0.001<br>Grupo A-B<br><0.001<br>Grupo A-C |
| | | | | | <0.001<br>Grupo B-D<br>0.018<br>Grupo C-D<br>0.012 |
| Mortalidad a los 30 días. | 14 (1.05) | 10 (6.29) | 4 (14.81) | 43 (27.74) | Grupo A-B<br><0.001<br>Grupo A-C<br><0.001<br>Grupo A-D<br><0.001<br>Grupo B-D<br><0.001 |

**Objetivos:** Determinar características clinico procedurales de pacientes con IAMCEST según la clasificación de Killip y Kimbal.

**Materiales y Métodos:** Se evaluó la clasificación de Killip y Kimbal (KK) al ingreso y las variables clínico-procedurales en pacientes con IAMCEST atendidos en un centro público de tercer nivel asociado a una red de infarto, con el objetivo de analizar las características y resultados según la clasificación de KK. Se utilizó el test de Chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos y, para ajustar el error tipo I en comparaciones múltiples, se aplicó la corrección de Bonferroni. Para el análisis de variables continuas con distribución normal, se utilizó el test de ANOVA seguido de la prueba de Tukey para comparaciones múltiples.

**Resultados:** Se incluyeron 1672 pacientes. La distribución según KK fue: Killip A (n=1331), Killip B (n=159), Killip C (n=27) y Killip D (n=155). Se observaron diferencias significativas en edad, éxito de angioplastia primaria, acceso radial, reanimación cardiopulmonar y asistencia respiratoria mecánica al ingreso, así como en la progresión de KK durante el procedimiento y mortalidad a 30 días. No se encontraron diferencias significativas en las características basales de los pacientes en cuanto a

sexo masculino, antecedentes de insuficiencia cardíaca (AHF), hipertensión arterial (HTA), dislipidemia (DLP), diabetes (DBT), antecedentes de angioplastia coronaria transluminal (ATC) o cirugía de revascularización miocárdica (CRM) previa y tabaquismo activo (TBQ activo) entre los grupos de Killip y Kimball.

**Conclusión:** La clasificación de KK al ingreso se asocia con características clínico-procedurales y resultados diferentes en pacientes con IAMCEST. Estos hallazgos podrían ser útiles para identificar pacientes de alto riesgo y optimizar su tratamiento.

## 0135 - VARIABLES PREDICTORAS DE IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO POST TAVI. VALIDACIÓN DE UN PUNTAJE DE RIESGO

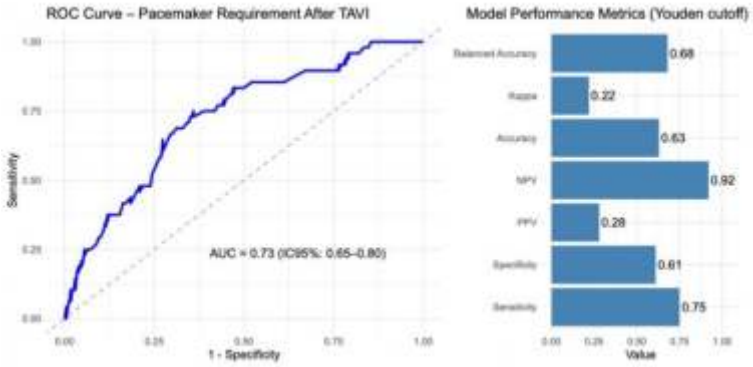
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Giuliana Maria GNOATTO GRIGOLATTO | Andres MAZUQUIN | Francisco GOLDARACENA | Joaquin PEREA | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Juan ARMENTANO | Sebastian PERALTA | Marcelo O. BETTINOTTI

*Sanatorio Güemes*

**Introducción:** A pesar de los avances tecnológicos y la mejora en las técnicas de implante, la necesidad de marcapasos definitivo (MCP) tras el reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVI) persiste como una complicación frecuente y clínicamente relevante, asociada a mayor morbimortalidad y prolongación de la hospitalización.

**Objetivos:** Determinar predictores independientes de necesidad de MCP posterior al implante de TAVI y generar un score de predicción.




**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables clínicas y ecocardiográficas mediante medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias relativas, según la naturaleza de cada variable. Las comparaciones bivariadas se realizaron con pruebas de Chi² o t-test/Mann-Whitney, según correspondiera. Para identificar predictores de necesidad de marcapasos definitivo post-TAVI , se aplicaron tres métodos de selección de variables: LASSO con validación cruzada, Boruta (basado en Random Forest) y selección automática por AIC. Cada enfoque fue repetido mediante bootstrapping para evaluar la estabilidad de selección. Las variables con mayor frecuencia de aparición fueron incorporadas a un modelo de regresión logística multivariado. Se estimaron los odds ratios con intervalos de confianza del 95% y se evaluó la capacidad predictiva con área bajo la curva ROC y métricas habituales. La validación interna incluyó validación cruzada repetida, bootstrap .632 para AUC corregido, y análisis de calibración. Se evaluó la curva bias-corrected, la pendiente de calibración, el Brier Score, el índice Dxy, y se descartó colinealidad o redundancia significativa entre variables. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron en RStudio (última versión disponible al momento del análisis).

| Variable | All | Marcapasos post TAVI. NO | Marcapasos post TAVI. SI |
|---|---|---|---|
| n | 282 | 234 | 48 |
| Edad > 70 años Si (%) | 214 (75.9) | 171 (73.1) | 43 (89.6) |
| Genero Mujer Si (%) | 166 (58.9) | 139 (59.4) | 27 (56.2) |
| ICC previa Si (%) | 153 (58.6) | 127 (58.8) | 26 (57.8) |
| Bajo flujo bajo gradiente Si (%) | 40 (14.2) | 28 (12.0) | 12 (25.0) |
| FA previa Si (%) | 46 (17.6) | 38 (17.6) | 8 (17.8) |
| Numero de vasos con enf coronaria 3 | 22 (7.8) | 16 (6.8) | 6 (12.5) |
| BCRD Si (%) | 35 (12.4) | 29 (12.4) | 6 (12.5) |
| Valvula Autoexpandible | 260 (92.2) | 216 (92.3) | 44 (91.7) |
| FEY Mediana RIC | 60.00 [52.25, 65.00] | 60.00 [54.00, 65.00] | 60.00 [50.00, 65.00] |
| CT diametro minimo del anillo Mediana RIC | 22.00 [20.00, 23.50] | 21.20 [20.00, 23.00] | 23.00 [20.00, 24.00] |
| Left_main_Height_<10 mm Si (%) | 107 (37.9) | 84 (35.9) | 23 (47.9) |

**Resultados:** En nuestra muestra de 282 pacientes, la prevalencia de necesidad de marcapasos definitivo post-TAVI fue del 17% (n=48). En el modelo de regresión logística multivariable, se identificaron predictores independientes de este desenlace. La edad >70 años se asoció significativamente con mayor riesgo (OR 3,95; IC95%: 1,56–12,22), al igual que el diámetro mínimo del anillo aórtico > 23 mm (OR 1,19; IC95%: 1,03–1,39), una altura del tronco coronario izquierdo <10 mm (OR 2,24; IC95%: 1,13–4,53) y el fenotipo de bajo gradiente con disfunción ventricular izquierda (OR 2,75; IC95%: 1,17–6,27). El resto de las variables, si bien no alcanzaron significación estadística, fueron incluidas en el modelo debido a su relevancia clínica. Entre ellas se destacan el bloqueo completo de rama derecha (BCRD; OR 1,33; IC95%: 0,53–3,10) y la enfermedad coronaria multivaso (1 vaso: OR 0,43; IC95%: 0,14–1,12; 2 vasos: OR 0,65; IC95%: 0,14–2,14; 3 vasos: OR 1,62; IC95%: 0,51–4,59). El modelo mostró un AUC de 0,73. Al aplicar el punto de corte óptimo determinado por el índice de Youden (0,36), se obtuvo una sensibilidad del 75%, especificidad del 61%, valor predictivo positivo (VPP) del 28,1%, valor predictivo negativo (VPN) del 92,2% y una precisión global (accuracy) del 63%.

**Conclusión:** En nuestra cohorte, la edad avanzada, el diámetro menor del anillo > 23 mm, una altura reducida del tronco coronario izquierdo y el fenotipo de bajo gradiente se asociaron independientemente con mayor riesgo de marcapasos post-TAVI. La herramienta desarrollada mostró buen poder discriminativo, con utilidad potencial para la estratificación de riesgo de MCP pre procedimiento.

## 0141 - SINDROME DE PRKAG2 ASOCIADO MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA NO SARCOMERICA Y PREEXCITACION VENTRICULAR.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Arritmias y Electrofisiología

Rocío Del Cielo VILLA FERNÁNDEZ | Analia Gladys PAOLUCCI | Hyun Sok YOO | Mario Bruno PRINCIPATO | Hugo Ariel GARRO | Cecilia PEREYRA | Michael SALAMÉ | Justo CARBAJALES

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

**Introducción:** El síndrome de PRKAG2 es una rara enfermedad cardíaca hereditaria autosómica dominante debida al acúmulo de vacuolas de glucógeno y se manifiesta por hipertrofia ventricular izquierda (HVI), preexcitación ventricular y trastornos progresivos de la conducción eléctrica. Similar a las miocardiopatías hipertróficas (MCH) sarcoméricas, la muerte súbita cardíaca (MSC) e insuficiencia cardíaca avanzada es una consecuencia clínica del síndrome de PRKAG2.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas y la segregación familiar de una variante patogénica del gen PRKAG2 en dos familias.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 7 pacientes (5 mujeres) pertenecientes a dos familias no consanguíneas con historia familiar de MCH y MSC. La mediana de edad fue de 34 años (RI: 14 - 47 años). Todos fueron sometidos a estudios complementarios con electrocardiograma (ECG), eco-doppler cardíaco, holter de 24 horas y estudio genético mediante la secuenciación masiva en paralelo con panel para MCH y arritmias.

Figura 1A

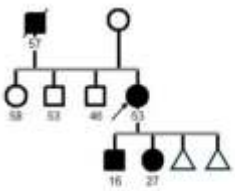


Figura 1B

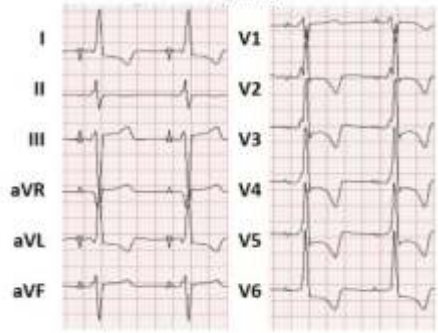



Figura 2 A

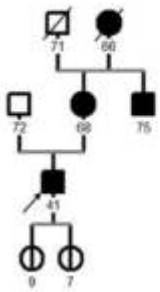
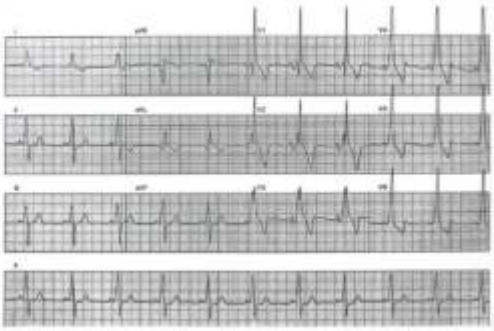


Figura 2 B



**Resultados:** La probando de la primera familia es una mujer de 53 años con diagnóstico de MCH septal no obstructiva desde los 34 años. Su hijo de 16 años falleció mientras dormía. Su padre, con un marcapasos permanente debido a un bloqueo auriculoventricular completo (BAVC), también sufrió MSC a los 57 años. Ambos tenían el diagnóstico MCH desde edades tempranas (figura 1A). Varios años después se evidenció la preexcitación ventricular de manera progresiva en ECG (vía septal media derecha). Debido a los episodios de taquicardia ventricular (TV) no sostenida, aún bajo tratamiento con

betabloqueantes y amiodarona, se indicó un desfibrilador automático implantable (CDI) como medida de prevención primaria de MSC. Durante el seguimiento de 19 años, presentó episodios recurrentes de TV sostenida que requirieron terapias de choque por CDI. También se detectó un episodio de fibrilación auricular paroxística. El estudio genético detectó una variante patogénica heterocigótica c.905G>A, ubicada en el exón 7 del gen PRKAG2 que codifica una subunidad gamma 2 no catalítica de la proteína quinasa activada por adenosina-5'-monofosfato (AMPK), la cual estimula el consumo de glucosa y ácidos grasos en los miocitos. Esta mutación con cambio de sentido produce la sustitución de la arginina, que es básica y polar, por glutamina, que es neutra y polar. En el tamizaje familiar, se evidenció que su hija de 27 años padece también de MCH. El probando de segunda familia es un hombre de 41 años (Figura 2A) con diagnóstico de síndrome de Wolff-Parkinson-White con episodios recurrentes de taquicardia supraventricular paroxística desde la adolescencia. Se realizó una ablación exitosa de vía accesoria lateral izquierda a los 19 años. Ocho años después evolucionó con BAVC y corridas de TV no sostenida asociadas a MCH y recibió un CDI. El estudio genético identificó la misma variante heterocigótica c.905G>A en el gen PRKAG2. Durante un seguimiento de 13 años no hubo recurrencia de TV. En el tamizaje familiar, la madre, el tío materno y la abuela materna padecían de MCH. Las dos hijas del probando de 7 y 9 años son portadoras sanas de la misma mutación.

**Conclusión:** Los pacientes con síndrome de PRKAG2 manifiestan un fenotipo de HVI que mimetiza las MCH sarcoméricas típicas. La preexcitación ventricular y los trastornos de conducción eléctrica avanzados son rasgos peculiares y distintivos de esta enfermedad. Según nuestro estudio, el desarrollo del fenotipo puede comenzar a edades tempranas pero suele mostrar formas diversas. El síndrome de WPW familiar asociado a MCH y antecedentes familiares de MSC y/o BAV avanzado pueden ser indicios de síndrome de PRKAG2.

## 0142 - OBESIDAD Y COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA EN PACIENTES QUE CONCURREN A LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Jorge GORAL | Osvaldo BARBOSA | Felipe Daniel OLIVIERI | Daniel Hugo AVAYÚ | Daniel B. OLIVIERI | Lujan DOMINGUEZ POSE | Maria Cristina QUIROZ | Atilio Segundo DEL MAR NAVA

*CEMAR (Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias de Referencia)*

**Introducción:** La morbimortalidad en pacientes con obesidad es elevada, pero su asociación con otros Factores de Riesgo Coronario conllevan a mayor riesgo cardiovascular de las mismas, no establecidas en la atención primaria

**Objetivos:** Evaluar prevalencia de obesidad en una cohorte de pacientes que concurren a la consulta a la atención primaria, el riesgo cardiovascular de dicha población y su asociación a FRC: HTA, DBT, DLP, TBQ, SDT Variables: Prevalencia de FRC clásicos, EAC/ACV, DSVI y factores emergentes asociados: ERC, ERC oculta, depresión, uricemia, HTA y Preclampsia con embarazo (HTAE), lesión de órgano subclínica (LOB): (IMVI/GPR), síndrome metabólico (SM), Hígado graso no alcohólico (HGNA)

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de 2069 (GT) pacientes (p) consecutivos, mujeres 66,4%, 56±14 años, que concurrieron a la Atención Primaria. Del GT se obtuvo: Grupo obesidad (GOBS): 1032 (p), mujeres 80,9%, IMC: 35,8; OBS por IMC  30. Para RCV utilizamos HEARTS en las Americas /OPS/OMS (riesgo a 10 años de IAM/ACV/muerte Cardiovascular): categorías: bajo:(<5%), moderado:(5% a <10%), alto:(10 a <20%), muy alto:(20 a <30%) y crítico:(  30%). (LOB): por (IMVI> 88/102gr/m2: H/M y GPR<0,42 por ecocardiograma). ERC oculta (creatinina normal con IFG/EPI<60). SM (al menos 3 de 5 factores). HGNA (esteatosis s/etilismo previo).Se compararon hallazgos con (p) no OBS, IMC:25,3

**Resultados:** GT no OBS:(%) HTA:(76), DBT:(31,9), DLP:(61,6), TBQ:(22), SDT:(61,4), EAC:(8,8), ACV:(7,1). ERC/ERC oculta:(20,8)/(29,1), depresión:(9,1), uricemia:(9,8); (HTAE):(1,4), DSVI:(8,1), (LOB):(IMVI: 53,2/GPR:47,4), SM:(8,4), HGNA:(12,1) RCV %: bajo/moderado/alto/muy alto/critico:(36,4),(27,9),(29,6),(5,6) y crítico:(0,6). GTOBS: (%) HTA:(81,1), DBT:(50,4), DLP:(59,4), TBQ:(20,7), SDT:(77,3), EAC:(12,3), ACV:(9,6). ERC/ERC oculta:(21,4)/(36,6), depresión: (10,7), uricemia:(17,1), (HTAE):(1,6), DSVI:(20,2), (LOB):(IMVI:73,5/GPR:76,5), SM:(18,5), HGNA:(15,7) RCV %: bajo/moderado/alto/muy alto/critico:(30,8),(33),(28,7),(6,9) y (0,7). GTOBS:F/M:(%) HTA:(78,4/89), DBT:(47,9/55,2), DLP:(58,4/61,1), TBQ:(19,3/23,7), SDT:(78,5/74,6). EAC: (6,7/14,7), ACV:(7,5/10,1). ERC:(16/17,1), ERC oculta:(33/38,6), depresión:(12,6/3,9), uricemia:(10,7/23,1), DSVI:(20,7/10,1), (LOB):(IMV109,3/136,6) y GPR:(0,47/0,73). SM:(12,8/22), HGNA:(24,37/25,9) RCV %: bajo: (41,9/8,8), moderado: (35,1/29,2), alto:(20,7/44,2), muy alto:(2,1/16,2) y critico:(0,2/1,6). Diferencia estadística: GTsinOBS/GTconOBS: p<="" p="">

**Conclusión:** La prevalencia de obesidad fue del 49,8%, o sea, uno cada 2 (p) que concurren a la atención primaria Los FRC clásicos tuvieron gran impacto en los (p) OBS La presencia de EAC y ACV se evidencio en 1 cada 8 y 1 cada 10 (p) del GOBS. La DSVI se evidencio en 1 cada 5 (p) en GOBS y en el sexo femenino, pero el sexo masculino del GOBS tuvo mayor EAC. La ERC se observo en 1 cada 5 (p) del GT y del GOBS, mientras que la ERC oculta en 1 cada 3 (p). Se destaca que 1 cada 6 (p) tenia HGNA La lesión de órgano subclínico, dada por IMVI y ERC oculta fue significativamente mayor en GOBS y en el sexo masculino

## 0143 - TAVI: EVOLUCIÓN, CRECIMIENTO Y RESULTADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Julian FEDER | Ignacio Manuel PIAGGIO | Alan Rodrigo SIGAL | Pablo Marcelo SPALETRA | Santiago ORDOÑEZ | Fernando CURA

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** El implante percutáneo de una válvula protésica en posición aórtica (TAVI) ha experimentado un crecimiento exponencial desde su invención hasta la actualidad. Su evolución se ha visto favorecida por el desarrollo de nuevas tecnologías en los dispositivos de entrega, así como en los materiales y diseños valvulares. Esto ha permitido una reducción significativa de los eventos adversos asociados al procedimiento, mejorando simultáneamente su desempeño y durabilidad. El presente estudio tiene como objetivo evidenciar los cambios en los resultados clínicos de los pacientes sometidos a TAVI durante los últimos 10 años, en relación con la creciente experiencia y la evolución de las tecnologías disponibles en un centro de alta complejidad de CABA. Para ello, se dividió la muestra en dos poblaciones correspondientes a distintos periodos consecutivos (2015–2019 y 2020–2025).

**Tabla 2. Características basales según periodo.**

| Variables | Periodo 2015-2019 N=251 | Periodo 2020-2025 N=694 |
|---|---|---|
| Edad - años, media (+/- DS) | 82(+/- 6.4) | 82(+/- 6.4) |
| Urgencia - n (%) | 43 (17) | 81 (11) |
| Mujeres - n (%) | 122 (49) | 380 (55) |
| HTA - n (%) | 218 (88) | 560 (81) |
| DBT - n (%) | 67 (27) | 164 (24) |
| DLP - n (%) | 187 (76) | 482 (70) |
| TBQ / ExTBQ - n (%) | 102 (41) | 260 (37) |
| FEVI <35% - n (%) | 31 (12) | 59 (8) |
| FA - n (%) | 60 (24) | 116 (17) |
| ACO - n (%) | 59 (23) | 128 (18) |
| Síndrome coronario Agudo previo - n (%) | 72 (28) | 53 (7) |
| ACV - n (%) | 3 | 12 (1.7) |
| Core valve/Evolut- n (%) | 158 (62) | 242 (35) |
| Edwards sapiens - n (%) | 12 (5) | 28 (4) |
| MyVal - n (%) | 0 | 204 (29) |
| Acurate NEO - n (%) | 68 (27) | 134 (19) |
| Portico/Navitor - n | 1 | 58 (8) |
| Vitaflow - n | 3 | 0 |

HTA: Hipertensión Arterial, DBT: Diabetes, DLP: Dislipemia. TBQ: Tabaquismo. FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. FA: Fibrilación auricular. ACO: Anticoagulantes orales.

**Tabla 3. Resultados.**

| Eventos | Periodo 2015-2019 N=251 | Periodo 2020-2025 N=694 | P |
|---|---|---|---|
| Mortalidad IO – n (%) | 9 (3.6) | 14 (2) | 0.16 |
| Mortalidad anual – n (%) | 24 (9.6) | 40 (5.8) | 0.04 |
| Re-internaciones 30 días – n (%) | 30 (12) | 93 (13.4) | 0.55 |
| Re-internaciones al año – n (%) | 33 (13.2) | 68 (9.9) | 0.14 |
| Colocación de marcapasos | 51 (20.3) | 109 (15.7) | 0.97 |
| Complicaciones vasculares | 14 (5.6) | 25 (3.6) | 0.178 |
| Estadía hospitalaria (+/- DS) | 7 (+/-10) | 4 (+/-6) | 0.01 |

IO: Intra hospitalaria, ACV: Accidente cerebrovascular, VAo: Valvula Aortica.

**Objetivos:** Evaluar la tasa de eventos adversos hospitalarios (mortalidad intra hospitalaria , necesidad de marcapasos definitivo [MCP] y complicaciones vasculares), así como también en la tasa de re internación a 30 días, al año, y mortalidad al año de seguimiento, entre dos poblaciones de pacientes divididas según periodos consecutivos (2015–2019 y 2020–2025).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis preespecificado en pacientes internados para TAVI, tanto en contexto de urgencia como en forma programada, por estenosis aórtica severa. Se analizaron las diferencias en las características basales entre las dos poblaciones según el periodo de tiempo correspondiente. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión logística para identificar predictores independientes de los principales eventos clínicos.

**Resultados:** Se analizaron 945 pacientes. La media de edad fue de 82 años, siendo mujeres en 53% de los casos. El 13% de los procedimientos fueron realizados en contexto de urgencia. Es de destacar que el 9% de los pacientes presentaba fracción de eyección del ventrículo izquierdo- (FEVI) menor al 35%. Respecto a los dispositivos utilizados el 42% de los casos fue con CoreValve/Evolut, en un 21% Myval y otro 21% Acurate, el resto fueron utilizados en la minoría de los casos,

descriptos en tabla 1. El acceso mayormente utilizado fue por vía femoral (97%). Para el primer periodo del 2015-2019 la mortalidad intrahospitalaria fue de 3.6% y al año 9.6%. Las re-internaciones fueron del 12% a 30 días y del 13% al año. La necesidad de MCP 20 % y las complicaciones vasculares del 5.6%. Por último, la estadía hospitalaria promedio fue de 7 días. En cuanto al periodo 2020-2025 la mortalidad intrahospitalaria fue de 2 % y al año 5.8.%. En este caso, se puede observar un 13.6% de re-internaciones a 30 días y un 9% al año. La tasa de ACV fue del 1.7%, la necesidad de MCP 1.5 %. Por último, la estadía hospitalaria promedio fue de 4 días. La comparación entre los periodos analizados mostró una diferencia estadísticamente significativa de forma independiente tanto en la mortalidad anual (9.6% vs 5.8% P 0.04) como en la estadía hospitalaria promedio ( 7 vs 4 días (P 0.01) a favor de periodo comprendido entre 2020-2025.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos en nuestro estudio reflejan una tendencia alineada con los avances internacionales en el campo del TAVI. La evolución constante en la técnica, el diseño y los materiales de los dispositivos, sumada a la creciente experiencia de los profesionales, ha dado lugar a una mejora significativa en los resultados del procedimiento. Esta transformación no solo ha optimizado la seguridad y eficacia de la intervención, sino que también ha reducido los riesgos y simplificado su ejecución. Nuestro análisis demuestra que esta evolución se traduce en una reducción significativa de la mortalidad anual y del tiempo promedio de internación, evidenciada en una muestra amplia de pacientes tratados a lo largo de una década en un centro de alta complejidad en la Ciudad de Buenos Aires. .

## 0147 - MOVIMIENTO PARADOJAL SEPTAL LUEGO DE LA ESTIMULACIÓN DE LA RAMA IZQUIERDA O SEPTAL PROFUNDA. PREDICTORES E IMPLICANCIAS SOBRE LA FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA.

Arritmias y Electrofisiología

Fabian Alejandro AZZARI | Leonardo KRSTICEVIC

*Hôpital de Rimouski / CISSS de Bas St Laurent*

**Introducción:** El movimiento paradojal del septum interventricular (MPSI) es un hallazgo frecuente en pacientes con bloqueo de rama izquierda o estimulación apical del ventrículo derecho. Este hallazgo suele asociarse a una disminución de la fracción del ventrículo izquierdo (FEVI), debido a la contracción asincrónica del septum interventricular y la pared lateral. La estimulación de la rama izquierda en pacientes que requieren un marcapasos ha mostrado una mejor preservación de la FEVI durante seguimiento.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo es determinar el impacto del MPSI sobre la FEVI en pacientes con estimulación de la rama izquierda o septal profunda. Además, evaluamos la ocurrencia de predictores independientes de este hallazgo.

**Materiales y Métodos:** Pacientes en los cuales se intentó una estimulación de la rama izquierda independientemente del resultado final (estimulación selectiva, no selectiva o septal profunda). FEVI basal >= 40% y porcentaje de estimulación ventricular durante el seguimiento >40%. Ecocardiograma (ETT) previo y posterior a la intervención. La indicación del estudio durante el seguimiento quedó a criterio del médico tratante. Las variables continuas se muestran con su mediana. Las mismas se compararon por el método de Mann-Whitney y las categóricas por el de Chi cuadrado. Se determinaron las variables que se asociaron a la ocurrencia de MPSI (así como su riesgo relativo). Con el fin de determinar las variables que se asociaron en forma independiente a dicho hallazgo se realizó un modelo de regresión logística.

TABLA 1

| | Sin MPSI | Con MPSI | p |
|---|---|---|---|
| Edad (años) | 78.5 | 75.5 | 0.04 |
| Masculino | 61.4% | 90.0% | ns |
| Marcapasos DDD | 84.1% | 90.0% | ns |
| % Estimulación ventricular | 98.0 | 99.0 | ns |
| **ECG BASAL** | | | |
| QRS (mseg) | 130 | 141 | <0.05 |
| QRS normal | 31.8% | 20.0% | ns |
| **ECG MARCAPASOS** | | | |
| QRS (mseg) | 135 | 141 | <0.05 |
| Eje QRS (°) | 8.5 | 60 | ns |
| Eje QRS ≤30° | 18.2% | 25.0% | ns |
| R' en V1 | 56.8% | 35.0% | ns |
| LVAT en V6 (mseg) | 70 | 80 | 0.001 |
| LVAT en V6 >80 mseg | 6.8% | 35.0% | 0.02 |
| Captura selectiva | 52.3% | 20.0% | ns (0.06) |
| No Selectiva | 43.2% | 55.0% | ns |
| Septal profunda | 4.5% | 25.0% | 0.04 |
| **LOCALIZACIÓN ELECTRODO SEPTAL** | | | |
| Rama izquierda proximal | 56.8% | 20.0% | 0.04 |
| Hemirrama anterior | 27.3% | 50.0% | ns |
| Hemirrama posterior | 15.9% | 30.0% | ns |

LVAT en V6 (diferencia entre la espícula ventricular y pico del QRS); captura selectiva (R' en V1 y LVAT <80 mseg); captura no selectiva (ausencia de R' en V1 y LVAT <80 mseg); captura septal (ausencia de ambos criterios); rama izquierda proximal (eje QRS intermedio, positivo en II e isodifásico en III); hemirrama anterior (eje QRS inferior y positivo en II / III); hemirrama posterior (eje QRS superior y negativo predominante en II / III).

TABLA 2

| | Sin MPSI | Con MPSI | p |
|---|---|---|---|
| FEVI basal (%) | 63.0 | 61.5 | ns |
| FEVI basal < 50% | 13.6% | 20.0% | ns |
| FEVI seguimiento (%) | 62.5 | 54.5 | 0.0006 |
| Δ FEVI seguimiento-basal (%) | 0.0 | -6.0 | 0.0006 |
| ↓ FEVI seguimiento ≥ 10% (*) | 6.8% | 25.0% | ns (0.08) |
| Días a FEVI seguimiento | 169 | 336 | ns |

(*) Disminución de la FEVI en 10 o más puntos porcentuales (absolutos).

**Resultados:** Entre enero 2021 y mayo 2025, logramos incluir 64 pacientes (de los 315 tratados con esta técnica). En la ETT del seguimiento, se observó MPSI en 20 pacientes (31.3%) y en 44 no observó dicho hallazgo. En la TABLA 1se muestran las características de los pacientes según la ausencia o presencia de MPSI. En la TABLA 2 se comparan los valores de FEVI basal y durante el seguimiento en ambos grupos de pacientes. El riesgo relativo de MPSI fue 2.28 (IC 1.1-4.8, p=0.03) para LVAT en V6 >80 mseg, 0.39 (IC 0.1-1.1, p=0.06) para el catéter en la rama izquierda proximal, 2.1 (IC 1.0-4.6, p=0.06) para QRS marcapasos >147 mseg, 2.0 (IC 0.9-4.5, p=0.09) para la estimulación septal profunda y 2.45 (IC 0.6-9.6, pns) para QRS basal >100 mseg. En el análisis de regresión logística, solo el LVAT en V6 >80 mseg en el ECG marcapaseado se asoció a la ocurrencia de MPSI durante el seguimiento (OR 9.11, IC 2.1-39.8).

**Conclusión:** La presencia de MPSI durante el seguimiento se asoció a una peor preservación de la FEVI. Este hallazgo esta principalmente determinado por una captura subóptima del sistema de conducción (LVAT en V6 >80 mseg) y en menor medida por la localización del catéter septal.

## 0149 - ¿REEMPLAZAR EL VALOR DE CREATININA SÉRICA POR EL CLEARENCE DE CREATININA PUEDE MEJORAR LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE MORTALIDAD DEL SCORE DE GRACE?

Cardiopatía Isquémica

Claudio HIGA | Valois MARTINEZ

*Hospital Alemán*

**Introducción:** El score de GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) incorpora ocho variables clínicas y analíticas, entre ellas el valor de creatinina sérica, que se emplea como un marcador indirecto de la función renal, un factor conocido por su influencia pronóstica en pacientes con enfermedad cardiovascular. Sin embargo, la creatinina sérica puede no reflejar de forma precisa la función renal, especialmente en pacientes con variaciones importantes en masa muscular, edad o género. En síndrome coronario agudo (SCA), se observó que valores reducidos de aclaramiento de creatinina se asocian con un incremento significativo en la mortalidad, aún cuando los niveles de creatinina se encuentran dentro del rango de referencia. Dado el impacto pronóstico que tiene la disfunción renal en pacientes con SCA, el objetivo del estudio es evaluar la capacidad predictiva de mortalidad del score de GRACE reemplazando la creatinina sérica por el clearance de creatinina.

**Objetivos:** Evaluar si la sustitución del valor de creatinina sérica por el clearance de creatinina como marcador de función renal en el score de GRACE mejora su capacidad predictiva en cuanto a mortalidad en pacientes con síndrome coronario agudo.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron pacientes ingresados consecutivamente con diagnóstico de SCA en un hospital de comunidad. El clearance de creatinina se calculó mediante la fórmula CKD-EPI 2021 (ajustada por edad y género), y se estratificó a los pacientes según la clasificación KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), asignando un puntaje a cada estadio: estadio 1 (  90 ml/min): 0 puntos; estadio 2 (60–89 ml/min): 2 puntos; estadio 3a (45–59 ml/min): 5 puntos; estadio 3b (30–44 ml/min): 8 puntos; estadio 4 (16–29 ml/min): 11 puntos; estadio 5 (  15 ml/min): 14 puntos. Se desarrolló un score de GRACE modificado, reemplazando la variable de creatinina sérica por el puntaje basado en el clearance de creatinina. Según el valor del score de GRACE, los pacientes se clasificaron en riesgo bajo (<109), intermedio (109–140) y alto (>140). Se comparó el desempeño de ambos scores utilizando el área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic). La comparación entre curvas ROC se realizó mediante el test de DeLong utilizando el software MedCalc versión 19.1.7. Además, se evaluó la reclasificación neta mediante el índice de reclasificación neta (IRN) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, el indice de discriminación integrado (IDI) absoluto y relativo . El análisis estadístico se efectuó con el software SPSS versión 16. Se consideró significativo a un valor de p menor de 0.05.

**Resultados:** Se analizaron en total a 1818 pacientes. Hubo 64 muertes intrahospitalarias (3.5%). La media de creatinina sérica fue de 1.14 mg/dl (+/- 5.2) y la del clearence de creatinina de 74 ml/min (+/- 20.05). El área bajo la curva ROC (ABCR) del score de GRACE fue de 0.62 (IC 96% 0.587-0.687) mientras que el del score de GRACE modificado fue de 0.64 (IC 95% 0.583-0.702), diferencia entre áreas: 0.0152 (0.00127-0.0291) Z Test de De Long 2.139 0=0.0324. El IRN fue de 0.0383 (ES 0.027 Z:1.41, p 0.157). El IDI absoluto fue de 0.012 y el IDI relativo de 0.064.

**Conclusión:** La sustitución del valor de creatinina sérica por el del clearance de creatinina en el score de GRACE mostró una mejora significativa en la capacidad predictiva por análisis de área bajo la curva ROC para mortalidad en pacientes con síndrome coronario agudo. Sin embargo, no se observó un impacto significativo en la IRN ni en el IDI absoluto y relativo . Estos resultados constituyen una hipótesis generadora de estudios de mayor tamaño muestral y número de eventos.

## 0152 - VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE EN ARGENTINA: UN ANÁLISIS NACIONAL DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUE REVELA NECESIDAD DE MEJORAS

Cardiología Clínica / Valvulopatías

María Celeste CARRERO[1] | Iván CONSTANTIN[1] | Gisela STREITENBERGER[1] | Graciela REYES[1] | Silvia MAKHOUL[1] | Maria Soledad TESCIONE[1] | Gustavo GIUNTA[2]

*Consejos: Eco-Doppler Cardíaco y Vascular "Dr. Oscar Orías"[1]; Áreas SAC: Área de Investigación[2]*

**Introducción:** La válvula aórtica bicúspide (VAB) presenta un riesgo elevado de complicaciones cardiovasculares. Se desconoce la adherencia local a guías de manejo, así como la posible heterogeneidad en el manejo entre instituciones. La elección de sustituto valvular en pacientes jóvenes es compleja. Resulta relevante indagar sobre estos aspectos en nuestro medio. Para ello, el grupo de investigación del Consejo de Ecocardiografía y Doppler Vascular Oscar Orías de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) diseñó una encuesta voluntaria, anónima y online de manejo profesional de la VAB en nuestro país.

**Objetivos:** Determinar las características del diagnóstico y manejo actual de VAB. Objetivo 2°: identificar diferencias regionales en el diagnóstico y manejo de la VAB, así como el acceso a técnicas diagnósticas y quirúrgicas de mayor complejidad.

**Materiales y Métodos:** Se distribuyó un link a un cuestionario de RedCap por diferentes herramientas digitales institucionales SAC. Se dividió en 3 secciones: Características demográficas y profesionales, diagnóstico y manejo, y seguimiento. Para calificar las respuestas de opinión y de acuerdo/desacuerdo se utilizó la escala de Likert La encuesta fue respondida de manera anónima por 240 cardiólogos de Argentina que seguían pacientes con VAB (05-24 a 01-25).

**Resultados:** La mayoría de los profesionales encuestados (65%, n=156) eran hombres (48,1±12,2 años) y el 45,2% (n=108) ejercía en instituciones de 3er. nivel, 37,4% (n=86) en el AMBA (Tabla 1). El 60.3% disponía de evaluación multi-imágenes, con mayor frecuencia en instituciones de 3er nivel (p<0.0001). El 85,4% (n=204) estaba de acuerdo en que el diagnóstico de los pacientes suele ser en la adultez. El 60% reportó solicitar screening ecocardiográfico en familiares de 1° grado, con mayor frecuencia entre especialistas en imágenes cardiovasculares (p=0.001). La disponibilidad de Heart Team para la toma de decisiones complejas fue limitada (50%), siendo menos frecuente en centros del interior (61.7% vs. 43.3%, p=0.007, OR=2.1 (IC95=1.2-3.6)), sin diferencias significativas según tipo de financiación de la institución. Los profesionales que ejercían en instituciones de tercer nivel tuvieron acceso a Heart Team con mayor frecuencia (71,2% vs. 32,5%, p;0,0001, OR=5,1 IC95%OR 2,9-8,9)). Las indicaciones de cirugía de Ross y plástica valvular aórtica fueron muy infrecuentes, con un 40.7% que refirió haber indicado TAVI en algunos pacientes con VAB, a pesar de su escasa evidencia en esta patología. Un 13% reportó tratamiento quirúrgico tardío de pacientes con VAB por tiempos de espera prolongados, especialmente en instituciones públicas (p=0.0002). El 41,4% (n=99) de los profesionales refirió indicar profilaxis de endocarditis en todos los pacientes con VAB y el 41,4% (n=99) sólo en casos de alto riesgo de endocarditis.

| | n=240 |
|---|---|
| Sexo masculino | 156 (65%) |
| Edad | 48,1 ± 12,2 |
| Cardiología clínica | 114 (47,5%) |
| Imágenes CV | 109 (45,4%) |
| Años de Especialidad | |
| 1-10 | 75 (31,5%) |
| 11-20 | 74 (31,1%) |
| Más de 20 | 89 (37,4%) |
| Complejidad Institución | |
| Tercer nivel | 108 (45,2%) |
| Mediana Complejidad | 55 (23%) |
| Ambulatorio | 29 (12,1%) |
| Consultorio | 47 (19,7%) |
| Financiamiento | |
| Público | 60 (25,4%) |
| Prepagas | 79 (33,5%) |
| Obras Sociales | 90 (38,1%) |
| Disponibilidad de | |
| Ecocardiograma Doppler | 228 (95%) |
| Multi-Imágenes | 144 (60,3%) |
| Heart Team | 120 (50%) |
| ¿Cuántos pacientes con VAB sigue y maneja? | |
| Menos de 10 | 134 (56,5%) |
| Entre 10 y 100 | 97 (40,9%) |
| Mas de 100 | 3 (1,3%) |
| Mas de 300 | 3 (1,3%) |

**Conclusión:** El diagnóstico y manejo de la VAB en Argentina presenta desafíos importantes: detección tardía, acceso desigual a recursos diagnósticos y terapéuticos avanzados, y adherencia variable a las guías clínicas. La mitad de los profesionales encuestados no tiene acceso a Heart Team. Resulta necesario implementar estrategias nacionales para mejorar el screening familiar, optimizar el diagnóstico multi-imágenes y realizar una toma de decisiones multidisciplinaria a través de Heart Teams, así como promover la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia con redes para el tratamiento de pacientes complejos.

## 0157 - TOMOGRAFIA COMPUTADA EN VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE: MÁS ALLÁ DE LA EVALUACIÓN AÓRTICA

Valvulopatías / Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

María Celeste CARRERO | Julieta DENES | Maria de La Cruz MEZZADRA | Julian CASTRO | Camila ABUD | Lia TRINGALLI | Luciano DE STEFANO | Pablo Guillermo STUTZBACH

*Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)*

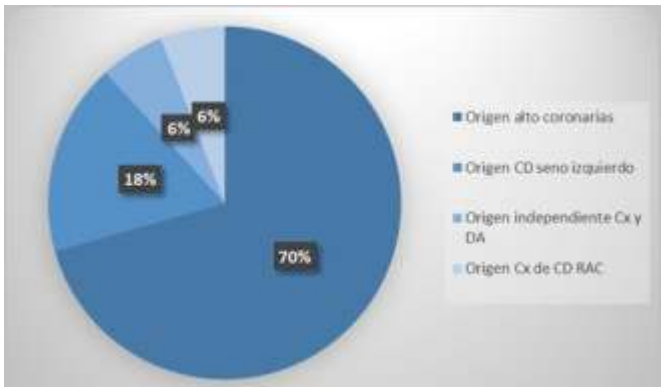
**Introducción:** La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la cardiopatía congénita más prevalente. El ecocardiograma transtorácico (ETT) es la técnica diagnóstica de elección. Si bien la tomografía computarizada (TC) se utiliza ampliamente para medir diámetros aórticossu utilidad en la evaluación de la anatomía valvular y evaluación de coronarias en esta cardiopatía no ha sido suficientemente explorada. Este estudio prospectivo se diseñó para determinar la utilidad de la TC en la evaluación de la morfología, fibrosis y calcificación de la válvula aórtica, así como en las mediciones de la aorta torácica. Buscamos analizar la utilidad de la TC en la evaluación de pacientes con VAB, más allá de las mediciones aórticas.

**Objetivos:** Determinar las características anatómicas valvulares, la existencia de anomalías coronarias y la correlación entre mediciones aórticas de TC y ETT en pacientes adultos con diagnóstico reciente de VAB y evaluación con ETT y TC.

**Materiales y Métodos:** Se reclutaron de manera prospectiva 162 pacientes (edad media 41, RIC: 31-53, 75.9% hombres) con diagnostico reciente de VAB a quienes se les realizó ecocardiograma Doppler color completo y angiotomografía computada cardíaca y de aorta torácica gatillada con ECG con tomógrafo de 128 pistas. Se realizó un análisis exhaustivo con reconstrucciones multiplanares para determinar el fenotipo valvular, la existencia de rafe, mediciones de diámetros aórticos en 6 niveles preestablecidos (método borde interno a borde interno, en diástole) con doble oblicuidad, medición de asimetría. Se estimó el score de calcio valvular, el grado de fibrosis, el engrosamiento valvar y se definieron la anatomía coronaria y la existencia de anomalías.

**Resultados:** En la Tabla 1 se muestran las características de dimensiones cardiacas y de aorta medidas por tomografía. La tomografía permitió definir el fenotipo valvular en 18 (11,1%) pacientes en los que el ETT no lo había permitido. De ellos, 13 presentaban válvula fusionada con rafe entre valvas coronarianas derecha e izquierda, 4 válvula con fusión entre valvas no coronariana y coronariana derecha y 1 válvula sin rafe identificada en la tomografía como 2 senos 2 valvas anterolateral. Se observó una diferencia de +1 mm entre las dimensiones aórticas de tomografía y ecocardiograma, sin diferencias según nivel aórtico. El 10% (n=16) de los pacientes

| | Tomografía (n=162) | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sexo masculino, n(%) | 123.0 | (75.9%) | | |
| Edad (años) | 41.0 | (31,0 | - | 52,0) |
| Diámetro de fin de diástole de ventrículo izquierdo (cm) | 4.9 | (4,6 | - | 5,4) |
| Diámetro de fin de sístole de ventrículo izquierdo (cm) | 2.9 | (2,6 | - | 3,3) |
| Fracción de eyección de ventrículo izquierdo | 62.5 | (60,0 | - | 65,0) |
| Espesor septum interventricular (cm) | 1.0 | (0,9 | - | 1,1) |
| Espesor de pared posterior (cm) | 0.9 | (0,8 | - | 1,0) |
| Volumen de aurícula izquierda basal (ml/m²) | 28.4 | (22,8 | - | 34,2) |
| Anillo (cm) | 2.6 | (2,4 | - | 2,9) |
| Senos de Valsalva (cm) | 3.7 | (3,3 | - | 4,1) |
| Unión sino-tubular (cm) | 3.3 | (3,0 | - | 3,7) |
| Aorta ascendente (cm) | 3.7 | (3,4 | - | 4,2) |
| Diferencia entre TC-eco senos de Valsalva | 0.1 | (-0.04 | - | 0.30) |
| Diferencia entre TC-eco aorta ascendente | 0.1 | (-0.10 | - | 0.30) |
| Score calcio valvular (UA) en menores de 50 años | 0 | (0,0 | - | 20,0) |
| Score calcio valvular (UA) en mayores de 50 años | 274 | (19,0 | - | 1292,0) |
| DLP (mGy.cm) | 789.0 | (607,0 | - | 987,0) |
| Fibrosis válvula aórtica, n(%) | 156.0 | (96.2%) | | |
| Fusión valvas coronarianas, n(%) | 137.0 | (84.5%) | | |
| Fenotipo 2 senos 2 valvas, n(%) | 10.0 | (6.1%) | | |
| Rafe, n(%) | 150.0 | (92.5%) | | |
| Altura efectiva (mm) | 8.9 | (7,5 | - | 9,4) |
| Angulo comisuras | 139.0 | (133,0 | - | 152,0) |
| Insuficiencia aórtica leve, n(%) | 58.0 | (35.8%) | | |
| Insuficiencia aórtica moderada, n(%) | 47.0 | (29%) | | |
| Insuficiencia aórtica severa, n(%) | 24.0 | (14.8%) | | |
| Estenosis aórtica significativa, n(%) | 33.0 | (20.3%) | | |



presentó aneurisma aórtico (definido como aorta meyor de 45mm), el 47% presentó diámetros de senos de Valsalva aumentados (mayor de 21mm/m) y el 51% (n=82) de aorta ascendente (mayor de 20mm/m). El 10.4% (n=17) presentó anomalías coronarias, siendo la más frecuente el origen alto de ambas coronarias (por encima de la unión sinotubular) y en segunda instancia (18,5%, n=3) el origen de la arteria coronaria derecha del seno de Valsalva izquierdo con trayecto interarterial. Se identificó prolapso valvular aórtico en el 37.2% (n=61) de los pacientes. El 50% de los pacientes presentó score de calcio valvular aórtico de 0 UA y fueron significativamente más jóvenes que aquellos con score mayor de 0 UA (edad media 33.2 años vs. 50.1 años, p  0.0001). La fibrosis valvular identificada por TC fue muy prevalente, presente en el 96.2% (n=156).

**Conclusión:** A pesar de que el ETT es el gold standard para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con VAB, la TC aporta información complementaria no sólo respecto de las mediciones aórticas, con buena correlación, sino también permitiendo identificar la fibrosis y asimetría valvular, la coexistencia de anomalías coronarias y la dilatación de la porción tubular de la aorta. Deben considerarse la radiación y el costo asociados a TC.

## 0158 - DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD: PREVALENCIA DE ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS ALTERADOS EN RESIDENTES DE UN CENTRO DE CABA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Aldana DUMONDIN MARTIN[1] | José Ignacio MACÍAS ALCÍVAR[1] | Víctor Miguel MAURO[1] | Enrique FAIRMAN[1] | Adrian CHARASK[1] | Carlos Manuel BARRERO[2]

*Clínica Santa Isabel[1]; Clínica Bazterrica[2]*

**Introducción:** La obesidad es un factor de riesgo modificable que conlleva un aumento del riesgo de diabetes y de enfermedad cardiovascular. Hasta no hace mucho tiempo se la definía en base al índice de masa corporal (IMC) pero actualmente se sabe que el IMC tiene limitaciones ya que no discrimina masa magra de masa grasa y que el aumento del riesgo se relaciona con el exceso de grasa total y especialmente de la grasa visceral. Por tal motivo, se han estudiado otros parámetros antropométricos que correlacionan mejor con el riesgo clínico. Hasta el momento se desconoce la prevalencia de índices alterados en médicos residentes.

**Objetivos:** 1) Analizar la prevalencia de índices antropométricos alterados que expresan distribución abdominal de la grasa (visceral) en una población de residentes sin antecedentes coronarios, 2) Evaluar la prevalencia de índices antropométricos alterados dentro de cada categoría de IMC y 3) Conocer la prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

| | Normopeso N:12 (40%) | Sobrepeso N:11 (37%) | Obeso N:7 (23%) |
|---|---|---|---|
| PC alterado | 0 (0) | 6 (54.5) | 7 (100) |
| C/Alt. alterado | 0 (0) | 7 (63.6) | 7 (100) |
| C/Cad alterado | 1 (8.3) | 5 (45.5) | 2 (28.6) |

**Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal. Una encuesta anónima y autoadministrada a médicos residentes de un centro de CABA acerca de hábitos y FRCV por autoreporte. Tambien se recabaron mediciones de talla, peso, perímetro de cintura (PC) y de cadera (PCad). Se calcularon índices de masa corporal (IMC), cintura/cadera (C/Cad) y cintura/altura (C/Alt). Se definió antecedente heredofamiliar (AHF) a enfermedad vascular en el padre <= 55 o en la madre <= 60 años, sedentarismo si <= 150 min de act física semanal y alimentación saludable si consumía >=2,5 tazas de verdura y >= 2 tazas de fruta/día. Exceso de peso: sobrepeso+obesidad. Fórmulas y puntos de corte: IMC = peso (kg) / talla2 . Bajo peso: <18.5 - normopeso: 18.5 – 24.9, sobrepeso: 25 – 29.9, obesidad: >= 30. PC: Alterado si > 82 cm en mujeres (M) y >94 cm en hombres (H). C/Cad= perímetro de cintura (cm) / perímetro de cadera (cm). Alterado si >0.85cm en M y > 0.94 cm en H. C/Alt = perímetro de cintura (cm) / talla (cm). Alterado si >0.5

**Resultados:** Fueron incluidos 30 residentes. Edad 30.5 (DE 2,6) años. 50% hombres. Diabetes 1%, HTA: 7%, TBQ 10%, Sedentarismo: 73%, Alimentación saludable: 37%. Obesos 23%. Sobrepeso 37%. PC alterado: 43,3%, C/Alt alterado: 47%. C/Cad alterado: 27%. Ver Tablas

**Conclusión:** Casi la mitad de los residentes tienen alterado el perímetro de cintura y la relación cintura/altura, lo que es incluso más marcado en los hombres. Uno de cada 3 tiene alterado el índice cintura/cadera. Los residentes con IMC dentro de parámetros normales tienen los índices normales. Los residentes con obesidad por IMC tienen todos los índices también alterados, excepto el índice cintura/cadera, que está afectado solo en 1 de cada 3 obesos. En 6 de cada 10 residentes con

sobrepeso los índices están alterados, excepto el índice cintura/cadera que lo está en 4 de cada 10. Es en este subgrupo donde cobra mayor importancia la medición del PC y los índices antropométricos, ya que si están alterados habrá que instituir medidas para normalizarlos y si son normales probablemente sea sobrepeso por masa muscular aumentada. Si bien los FRCV tradicionales tienen baja prevalencia en residentes, se observa una alarmante presencia de sedentarismo, alimentación no saludable y exceso de peso por IMC.

## 0159 - RETICENCIA AL USO DE ESTATINAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: PREOCUPANTES RESULTADOS EN LA ERA DE LA DESINFORMACIÓN DIGITAL.

Investigación Básica / Cardiología Clínica

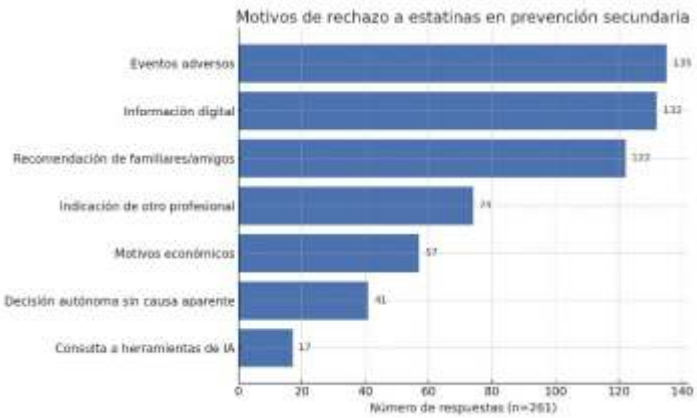
Lucia HELGUERA[1] | María Celeste CARRERO[2] | Gustavo GIUNTA[2] | Juan Pablo COSTABEL[2] | Pablo Guillermo STUTZBACH[2]

*Áreas SAC: SAC Joven1; Áreas SAC: Área de Investigación2*

**Introducción:** La adherencia al tratamiento con estatinas en prevención secundaria cardiovascular sigue siendo un desafío clínico significativo a nivel global. La creciente difusión de información médica errónea en redes sociales complejiza aún más este panorama. La Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) llevó a cabo una encuesta nacional para explorar las razones actuales de la reticencia al tratamiento con estatinas desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio fue evaluar los motivos reportados por los profesionales de la salud en Argentina para la negativa al uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria, con especial atención a motivos de existencia reciente, como la influencia de la información digital y la percepción de un cambio reciente en esta tendencia relacionado con la opinión negativa de la sociedad.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta nacional anónima y voluntaria durante marzo y abril de 2025, utilizando la plataforma REDCap. El cuestionario se distribuyó electrónicamente al padrón de médicos de la SAC y también fue difundido por distintas redes sociales. Se recolectaron datos demográficos de los profesionales y se les preguntó sobre la frecuencia con la que habían presenciado rechazo explícito al uso de estatinas en los dos meses previos, así como los motivos percibidos para dicha negativa.




**Resultados:** Un total de 638 profesionales de todas las regiones de Argentina (predominantemente cardiólogos, 84.4%) participaron en la encuesta. El 40.9% (n=261) reportó haber recibido manifestaciones explícitas de rechazo a las estatinas por parte de pacientes en prevención secundaria en los dos meses previos. Los motivos más frecuentes de esta negativa fueron la presencia de eventos adversos (53.4%, n=135) y la influencia de información digital desalentando su uso (50.5%, n=132). Otros motivos incluyeron recomendaciones de familiares o amigos (46.7%, n=122), indicaciones de otros profesionales (28.3%, n=74), motivos económicos (21.8%, n=57), decisión autónoma sin causa aparente (15.7%, n=41), y en último lugar, un 6.5% (n=17) identificó la consulta a herramientas de inteligencia artificial como un factor contribuyente (Imágen 1). Además, el 74% (n=193) de los pacientes que rechazaron estatinas no se negaron a otras medicaciones cardiovasculares, y el 66.6% (n=174) de los profesionales percibió un aumento reciente en esta tendencia al rechazo.

**Conclusión:** La reticencia al tratamiento con estatinas en prevención secundaria es una realidad palpable en la práctica cardiológica argentina, con la información errónea difundida en medios digitales emergiendo como un factor significativo, posiblemente potenciado por las falsas creencias ya establecidas en nuestro medio. Estos resultados destacan un porcentaje importante de pacientes que se niegan al tratamiento con estos fármacos y además resaltan la necesidad crítica de implementar estrategias educativas dirigidas tanto a pacientes como a profesionales de la salud para contrarrestar la desinformación a nivel social, representada también de forma informática. De aquí en más será importante reforzar una comunicación médico-paciente efectiva para desterrar estos conceptos.

## 0160 - ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS: PREVALENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Cardiología Clínica / Cardioncología

Agustina STURZENEGGER | Guido ROVEDA | Georgina BENDEK | Aníbal Martín ARIAS

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** Las neoplasias mieloproliferativas (NMP), dentro de las que se encuentran la policitemia vera, la trombocitosis esencial y la mielofibrosis primaria, surgen de mutaciones somáticas que conducen a la activación constitutiva de una quinasa que regula la producción de citoquinas proinflamatorias. La mutación JAK2 V617F es la más frecuente y la más fuertemente asociada con el riesgo de enfermedad cardiovascular. Esta mutación promueve un estado protrombótico y proinflamatorio, lo que acelera la aterogénesis y contribuye al daño endotelial.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue describir las características basales de una población de pacientes con diagnóstico de NMP de nuestro hospital, y estimar la prevalencia de eventos trombóticos, internaciones por insuficiencia cardíaca y otros eventos cardiovasculares.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo, que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de neoplasias mieloproliferativas atendidos en un centro de alta complejidad localizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Resultados:** El estudio incluyó una muestra consecutiva de 316 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 66 años (DS=16.1), de los cuales 172 eran mujeres (55.5%). El resto de sus características basales y la prevalencia de eventos cardiovasculares observada se muestran en la Tabla 1. Al estratificar la cohorte por el estado mutacional de JAK2, se evidenció una mayor proporción de eventos cardiovasculares en los pacientes con mutación JAK2 positiva, en comparación con aquellos sin esta mutación (Tabla 2). Particularmente, la prevalencia de ACV y AIT fue significativamente mayor en el grupo JAK2 positivo (P=0.004), lo que sugiere una asociación relevante entre esta mutación y el riesgo de eventos cerebrovasculares.

**Conclusión:** Las NMP están asociadas a un riesgo cardiovascular incrementado independientemente de la presencia de factores de riesgo cardiovascular convencionales. Este estudio evidenció una prevalencia elevada de eventos cardiovasculares en pacientes con NMP y mutaciones de JAK2, particularmente cerebrovasculares, alcanzando la significancia estadística.

**Tabla 1. Características basales de la población en estudio y prevalencia de eventos cardiovasculares.**

| Características | (N= 316) |
|---|---|
| Edad al diagnóstico - media (DS) | 66.2 (16.1) |
| Sexo femenino - no. (%) | 172 (55.5) |
| Hipertensión arterial - no. (%) | 199 (63.2) |
| Diabetes - no. (%) | 42 (13.5) |
| Dislipemia - no. (%) | 100 (31.9) |
| Enfermedad renal cronica - no. (%) | 47 (15) |
| Tabaquismo - no. (%) | 95 (30.3) |
| **Eventos cardiovasculares** | |
| Síndrome coronario agudo - no. (%) | 29 (9.2) |
| ACV/AIT - no. (%) | 48 (15.5) |
| Enfermedad arterial periferica - no. (%) | 47 (15.1) |
| Internaciones por ICC - no. (%) | 67 (21.2) |
| TEP - no. (%) | 16 (5.1) |
| TVP - no. (%) | 62 (19.6) |
| Estenosis aortica significativa - no. (%) | 35 (11.1) |
| Aneurisma de aorta - no. (%) | 10 (3.2) |

**Tabla 2. Prevalencia de eventos cardiovasculares según JAK2.**

| Eventos cardiovasculares | JAK2 POS | JAK2 NEG | NR* | P Value |
|---|---|---|---|---|
| | (N=176) | (N=83) | (N=55) | |
| Síndrome coronario agudo - no. (%) | 16 (9.1) | 5 (6.0) | 8 (14.5) | 0,24 |
| ACV/AIT - no. (%) | 36 (20.9) | 4 (4.9) | 7 (13.2) | 0,004 |
| Enfermedad arterial periferica - no. (%) | 25 (14.4) | 13 (15.9) | 8 (14.8) | 0,95 |
| Internaciones por ICC - no. (%) | 35 (19.9) | 14 (16.9) | 18 (32.7) | 0,065 |
| TEP - no. (%) | 11 (6.3) | 1 (1.2) | 4 (7.3) | 0,16 |
| TVP - no. (%) | 43 (24.4) | 11 (13.3) | 8 (14.5) | 0,061 |
| Estenosis aortica significativa - no. (%) | 20 (11.4) | 5 (6.0) | 10 (18.2) | 0,084 |
| Aneurisma de aorta - no. (%) | 4 (2.3) | 6 (7.2) | 0 (0.0) | 0,035 |

***NR.** No registrado.

## 0161 - CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE CAUSA SECUNDARIA INTERNADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA.

Cardiopatía Isquémica

Martin ALADIO | Guido Mario VIANI | Felipe Enrique BALLESTAS TEJADA | Matias Sebastian BUSTOS | Luciana Guadalupe DOMINGUEZ | Sandra SWIESZKOWSKI

*Hospital de Clínicas José de San Martín*

**Introducción:** El síndrome coronario agudo secundario (SCASec) se produce como consecuencia de diferentes procesos fisiopatológicos que resultan en el disbalance entre el aporte y la demanda de oxígeno, donde no se ve implicada la fisura o ruptura de placa y la consecuente trombosis coronaria, dando como resultado isquemia y eventualmente necrosis miocárdica. Al día de hoy, carecemos de guías o consensos que nos orienten sobre el diagnóstico y tratamiento de esta entidad tan frecuente.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la presentación clínica, el tratamiento recibido y la evolución intrahospitalaria de aquellos pacientes con SCASec que se internaron en la unidad coronaria de nuestra institución.

**Materiales y Métodos:** Se trató de un estudio prospectivo, observacional, donde se identificaron durante un año, de forma consecutiva, todos los pacientes con diagnóstico de SCASec internados en la unidad coronaria.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 51 pacientes, la mediana de edad fue de 72 años (RIC 60-80) y 22 (43%) fueron mujeres. Tenían antecedentes de hipertensión arterial 43 (84%), diabetes 18 (35%), dislipidemia 15 (29%), tabaquismo actual 6 (12%) y pasado 19 (37%), infarto previo 15 (29%), angioplastia y CRM previas 9 (18%) y 3 (5.9%) respectivamente. Al evaluar las comorbilidades observamos que la frecuencia de valvulopatía grave fue de 6 (12%), ACV o AIT 11 (22%), EPOC 2 (3.9%), enfermedad vascular periférica 3 (5.9%), enfermedad renal crónica 3 (5.9%), enfermedad oncológica 5 (9.8%). Al ingreso presentaron una TA sistólica de 170 mmHg (RIC 140-190) y diastólica 93 mmHg (RIC 76-100), frecuencia cardíaca 86 lpm (RIC 75-110), con trastornos del segmento ST sugestivos de isquemia 16 (31%) de los pacientes. En aquellos pacientes con infarto, el valor de troponina ultrasensible al ingreso fue de 106 ng/L (RIC 36.5-742) y el máximo fue de 385 ng/L (RIC 99-7263). Fueron diagnosticados como angina inestable 22 (43%) y como infarto 29 (57%) pacientes. En la evaluación de riesgo, el GRACE fue de 121 (RIC 92-151).

| Categoría | Variable | Valor |
|---|---|---|
| Datos demográficos | Edad – años (RIC) | 72 (60–80) |
| | Mujeres | 22 (43%) |
| Factores de riesgo | Hipertensión arterial | 43 (84%) |
| | Diabetes mellitus | 18 (35%) |
| | Dislipidemia | 15 (29%) |
| | Tabaquismo | 27 (49%) |
| Ant.Cardiovasculares | Infarto previo | 15 (29%) |
| | Angioplastia previa | 9 (18%) |
| | Cirugía de revascularización miocárdica previa | 3 (5.9%) |
| | Valvulopatía grave | 6 (12%) |
| Presentación clínica | GRACE (RIC) | 121 (92–151) |
| | Angina inestable | 22 (43%) |
| | Infarto | 29 (57%) |
| | Trastorno del ST/ Onda T | 24 (47%) |
| Estudios realizados | Coronariografía realizada | 24 (47%) |
| | Lesión severa de tronco (>50%) | 1 (4.1%) |
| | Lesión severa de 1 vaso (>70%) | 4 (16.6%) |
| | Lesión severa de 2 vasos (>70%) | 3 (12.5%) |
| | Lesión severa de 3 vasos (>70%) | 6 (25%) |
| | Sin lesiones significativas | 11 (45.8%) |
| Revascularización | Angioplastia con stent | 4 (7.8%) |
| Evolución intrahospitalaria | Sangrado BARC >=3 | 1 (1.9%) |
| | Muerte hospitalaria | 2 (3.9%) |

Mediante ecocardiografía se observó una fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 55% (RIC 40-60), hipertrofia ventricular izquierda en 28 (54%) pacientes y estenosis aórtica grave en 5 (9,8%) de ellos. Se realizaron prueba de apremio 11 (21.5%) y coronariografía 24 (47%) pacientes. Se encontró enfermedad coronaria significativa en 14 (58.3%). Al evaluar los mecanismos del SCASec, los más frecuentes fueron la hipertensión arterial 33 (65%), las taquiarritmias 14 (27%) y la anemia 4 (7,8%). Como complicaciones presentadas durante la internación se registró la presencia de arritmia ventricular en 2 (3.9%) e insuficiencia cardiaca en 2 (3.9%) de los pacientes. Recibieron tratamiento invasivo con angioplastia 4 (16.6%) pacientes. Fallecieron durante la internación 2 (3.9%) pacientes, ninguno de causa cardiovascular.

**Conclusión:** El SCASec afecta principalmente a pacientes adultos mayores con múltiples comorbilidades, especialmente hipertensión arterial. La mayoría de los pacientes tuvo evolución favorable, con baja incidencia de complicaciones graves y mortalidad intrahospitalaria, no relacionada con causas cardiovasculares. Estos hallazgos resaltan la importancia de identificar y tratar adecuadamente los factores desencadenantes del SCASec para optimizar el manejo y pronóstico de estos pacientes.

## 0162 - PREVALENCIA Y VALOR PRONÓSTICO DE LA OBESIDAD EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardio Geriatría

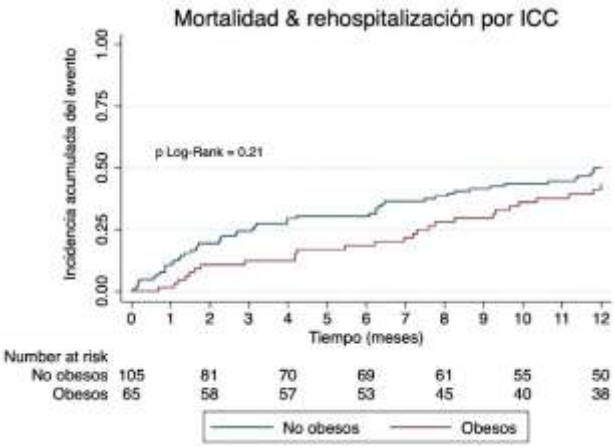
Juan Augusto CARPANI | Santiago DECOTTO | Juan Maria IROULART | Mariano Gaston BERGIER | Cesar BELZITI | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Emiliano ROSSI | Rodolfo PIZARRO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La ICFEp (insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada) es un síndrome clínico prevalente y complejo, frecuentemente asociado a múltiples comorbilidades, las cuales podrían influir en el pronóstico.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio fue describir la prevalencia de obesidad en pacientes ancianos hospitalizados por ICFEpy. Los objetivos secundarios fueron evaluar si la obesidad es un factor pronóstico de mortalidad y reinternaciones por insuficiencia cardíaca y comparar las características clínicas de quienes la presentan con los que no.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, unicéntrico. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes mayores de 75 años hospitalizados por ICFEp (fracción de eyección > 50%) entre Septiembre de 2019 y Diciembre de 2023. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de colocación de dispositivos, valvulopatías izquierdas significativas o antecedente de procedimientos valvulares, enfermedad renal avanzada (requerimiento de diálisis o clearance a 30 ml/min), enfermedades terminales con expectativa de vida < a 12 meses o infarto agudo de miocardio en los últimos 3 meses. La obesidad se definió como un índice de masa corporal > 30 kg/m². Se calculó la prevalencia de obesidad al momento de la internación índice y se dividió a la población según presenten o no obesidad. Se compararon las características clínicas y ecocardiográficas, así como la incidencia del punto final compuesto de muerte y/o reinternación por insuficiencia cardiaca durante el primer año entre grupos mediante curvas de Kaplan-Meier y test de Log-Rank.




| | No obesos (n=105) | Obesos (n=65) | p valor |
|---|---|---|---|
| Edad, años (RIC) | 85 (78-88) | 82 (77-85) | **0.021** |
| Masculino, % (n) | 37 (39) | 28 (18) | 0.20 |
| Hipertensión arterial, % (n) | 84 (88) | 94 (61) | 0.053 |
| Diabetes, % (n) | 13 (14) | 35 (23) | **<0.001** |
| EPOC, % (n) | 19 (20) | 24 (16) | 0.39 |
| Coronariopatía previa, % (n) | 11 (12) | 7 (11) | 0.30 |
| ICC previa, % (n) | 25 (26) | 28 (18) | 0.67 |
| BMI, kg/m2 (DE) | 24.6 (± 2.8) | 36.3 (± 4.6) | **<0.001** |
| ***Presentación clínica*** | | | |
| FA/aleteo, % (n) | 59 (62) | 37 (24) | 0.93 |
| NT-proBNP, pg/ml (RIC) | 3964 (2324-8704) | 2428 (1219-4264) | **<0.001** |
| Troponinas pg/ml (RIC) | 46 (31-81) | 26 (15-39) | **<0.001** |
| VNI, % (n) | 23 (24) | 23 (15) | 0.97 |
| ARM, % (n) | 3 (3) | 0 | 0.17 |
| ***Ecocardiograma de ingreso*** | | | |
| FEVI, % (DE) | 56 (±5) | 56 (±4) | 0.35 |
| ES, mm (DE) | 12 (±3) | 12 (±2) | 0.16 |
| Vol AI, ml (DE) | 79 (±30) | 76 (±35) | 0.56 |
| Relación E/E' lateral, (DE) | 10 (±3) | 10 (±3) | 0.70 |
| TAPSE, mm (DE) | 19 (±3) | 21 (±4) | 0.018 |
| Disfunción de VD, % (n) | 25 (26) | 11 (7) | 0.025 |
| FAC VD, % (DE) | 42 (±7) | 45 (±6) | **0.006** |
| PSP, mmHg (DE) | 48 (±13) | 44 (±9) | **0.04** |
| PSP> 50 mmHg, % (n) | 31 (31) | 20 (12) | 0.12 |

**Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes con una mediana de edad de 84 [RIC 78-88] años, de los cuales el 66% (n=100) fueron mujeres. La media de fracción de eyección fue de 56% (+/-4). El 38% (n=65) de los pacientes presentó obesidad. Los pacientes con obesidad fueron más jóvenes (82 vs 85 años; p = 0.02) y más frecuentemente diabéticos (35% vs 13%; p < 0.001); además, tuvieron valores más bajos de NT-ProBnp y troponinas (2428 pg/mL vs 3964 pg/mL; p < 0.001 y 26 pg/mL vs 46 pg/mL; p <0.001 respectivamente) comparado con los pacientes sin obesidad. Con respecto a las características ecocardiográficas, los pacientes con obesidad tuvieron menos disfunción sistolica del ventriculo derecho con mayor TAPSE (21 mm vs 19 mm; p = 0.02), mayor fracción de acortamiento (45% vs 42%; p = 0.006) y menores valores de presión sistólica pulmonar (44 mmHg vs 48 mmHg; p = 0.04) comparado con los pacientes no obesos (TABLA). En la evaluación del punto final primario, si bien se observó una tendencia hacia una menor incidencia de eventos en el grupo de pacientes obesos, no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (incidencia acumulada 41% en obesos vs. 47% en no obesos; p Log-Rank = 0.21; FIGURA).

**Conclusión:** En nuestra cohorte de pacientes ancianos hospitalizados por ICFEp la prevalencia de obesidad fue elevada. Los pacientes obesos tuvieron niveles más bajos de biomarcadores y mejores índices ecocardiográficos. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de eventos durante el seguimiento, este fue un objetivo secundario que requeriría incluir mayor cantidad de pacientes.

## 0163 - EVENTOS ADVERSOS MAYORES EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: VALOR PRONOSTICO DE LA HEMODINAMIA Y COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiología Clínica

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Maria Agustina SCHEGGIA | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNANDEZ | Sergio BARATTA | Guillermo VACCARINO

*Hospital Austral*

**Introducción:** La cirugía cardiovascular (CCV), predispone al paciente a un elevado riesgo de shock posoperatorio. El diagnostico de shock y la hemodinamia correspondiente a lo largo del mismo es sumamente variable, dinámica y en muchas ocasiones con tipos de shocks superpuestos. Comprender cuales situaciónes hemodinámicas y complicaciones posperatorias (POP) se asocian a más eventos adversos mayores cardiovasculares con peor pronóstico merece esclarecimiento.

**Objetivos:** Analizar la relación entre variables clínicas preoperatorias, complicaciones posoperatorias y alteraciones hemodinamicas con eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) postoperatorios en una población de pacientes que se realizaron una CCV con 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 con CEC entre octubre 2023 y diciembre 2024. Se consideró MACE: muerte intrahospitalaria (MIH), accidente cerebrovascular (ACV) e infarto agudo de miocardio (IAM). Se analizaron complicaciones posoperatorias y se jerarquizaron las siguientes situaciones hemodinámicas: falla de ventrículo derecho (VD), síndrome de bajo volumen minuto (SBVM) y vasoplejía severa. Se consideró vasoplejía severa: 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 el agregado de vasopresina y/o azul de metileno a noradrenalina >0.3 mcg/kg/min. 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 del agregado de vasopresina y/o azul de metileno a noradrenalina > 0.3 mcg/kg/min.

ANALISIS UNIVARIADO

| VARIABLE | SIN MACE (n=91) | CON MACE (n=10) | p |
|---|---|---|---|
| Edad | 58±16 | 55±16 | NS |
| Hipertensión | 42 (46%) | 3 (30%) | NS |
| Femenino | 29 (32%) | 5 (50%) | NS |
| IMC (kg/m2) | 28 ± 4 | 26 ± 4 | NS |
| Dislipemia | 39 (43%) | 4 (40%) | NS |
| Diabetes | 13 (14%) | 2 (20%) | NS |
| Tabaquismo | 38(42%) | 2 (20%) | NS |
| CCV previa | 7 (8%) | 4 (40%) | 0.01 |
| Insuficiencia cardíaca | 8 (9%) | 2 (20%) | NS |
| Endocarditis | 9 (10%) | 1 (10%) | NS |
| Cirugía programada | 78 (86%) | 6 (60%) | NS |
| FEv < 50% | 10 (11%) | 3 (30%) | NS |
| Inestabilidad hemodinámica | 9 (10%) | 2 (20%) | NS |
| ARGENSCORE (%mort) | 5 | 10 | NS |
| EUROSCORE (%mort) | 3 | 9 | NS |
| STS (%mort) | 2 | 10 | NS |
| AFILALO | 0 | 1 | < 0.01 |
| CEC (MIN) | 96 ± 43 | 171 ± 96 | 0.03 |
| SBVM | 5 (5%) | 5 (50%) | < 0.01 |
| Vasoplejía severa | 6 (7%) | 6(60%) | < 0.01 |
| IRA POP | 9 (10%) | 6 (60%) | < 0.01 |
| FA POP | 18 (20%) | 1 (10%) | NS |
| Falla VD | 2 (2%) | 3 (30%) | < 0.01 |
| ARM Prolongada | 5 (5%) | 6 (60%) | < 0.01 |
| Estadía hospitalaria | 12 ± 10 | 16 ± 13 | NS |

ANALISIS MULTIVARIADO

| VARIABLE | OR (IC 95%) | p |
|---|---|---|
| SBVM | 4.72 | 0.15 |
| Vasoplejía severa | 11.78 | 0.02 |
| Falla VD | 1.17 | 0.91 |

**Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes con edad promedio 56 años, sexo femenino 34%. La población de pacientes con evento mayor fue del 9.9 %. Los pacientes con evento mayor presentaron: mayor score de Afilalo (0 vs 1; p<0.01) y mayor prevalencia de CCV previa (8% vs 40%; p=0.01). También presentaron mayor tiempo de CEC (minutos) (96 vs 171 p=0.03) posoperatoria. Los pacientes con MACE tuvieron mayor IRA (10% vs 60%; p<0.01) y ARM prolongada (5% vs 60%; p<0.01) posoperatoria. En cuanto a las distintas situaciones hemodinámicas, en el ajuste multivariado solo vasoplejia severa (OR 11.78, p=0.02), mostró una asociación estadísticamente significativa con los MACE POP. (Tabla 1).

**Conclusión:** En una muestra de pacientes de cirugía cardiovascular, todas las situaciones hemodinámicas analizadas (falla de VD, SBVM y vasopleíia severa) y mayor IRA demostraron asociación estadística con los MACE en el análisis univariado. La vasoplejía severa demostró peor pronóstico estadístico en el ajuste multivariado y con un OR elevado. Este hallazgo podría implicar el desarrollo de futuros estudios para esclarecer la jerarquía de la vasoplejía en el POP de CCV.

## 0164 - EVENTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS MAYORES EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: VALOR DE LOS MARCADORES DE HIPOPERFUSION TISULAR.

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiología Clínica

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Maria Agustina SCHEGGIA | Jorge BILBAO | Jose BONORINO | Sergio BARATTA | Guillermo GUTIÉRREZ

*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 principalmente en pacientes sin monitoreo invasivo. 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 y marcadores tisulares con eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) postoperatorios en una población de pacientes que se realizaron una CCV con 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 con CEC entre octubre 2023 y diciembre 2024. Se consideró MACE: muerte intrahospitalaria (MIH), accidente cerebrovascular (ACV) e infarto agudo de miocardio (IAM). Se evaluaron variables preoperatorias clínicas y mediciones postoperatorias de marcadores tisulares (1, 6 y 24 hs postquirúrgicas). Se definieron como marcadores patológicos: AL >4 mmol/l, SVcO2 < 65%, DB< -3, delta pCO2 > 6.

| Variable | | NO MACE (n=91) | CON MACE (n=10) | p |
|---|---|---|---|---|
| Edad | | 58±16 | 55±16 | NS |
| Hipertensión | | 42 (46%) | 3 (30%) | NS |
| Femenino | | 29 (32%) | 5 (50%) | NS |
| IMC (kg/m2) | | 28 ± 4 | 26 ± 4 | NS |
| Dislipemia | | 39 (43%) | 4 (40%) | NS |
| Diabetes | | 13 (14%) | 2 (20%) | NS |
| Tabaquismo | | 38(42%) | 2 (20%) | NS |
| CCV previa | | 7 (8%) | 4 (40%) | 0.01 |
| Insuficiencia cardíaca | | 8 (9%) | 2 (20%) | NS |
| Endocarditis | | 9 (10%) | 1 (10%) | NS |
| Cirugía programada | | 78 (86%) | 6 (60%) | NS |
| FEy < 50% | | 10 (11%) | 3 (30%) | NS |
| Inestabilidad hemodinámica | | 9 (10%) | 2 (20%) | NS |
| ARGENSCORE (%mort) | | 5 | 10 | NS |
| EUROSCORE (%mort) | | 3 | 9 | NS |
| STS (%mort) | | 2 | 10 | NS |
| AFILALO | | 0 | 1 | < 0.01 |
| CEC (MIN) | | 96 ± 43 | 171 ± 96 | 0.03 |
| FC a la 1h POP | | 86 ± 17 | 106 ± 21 | < 0.01 |
| 1 Hs | AL >4 mmol/l | 11 (12%) | 5 (50%) | < 0.01 |
| | Delta CO2 >6 | 67 (74%) | 6 (60%) | NS |
| | DB < -3 | 62 (68%) | 8 (80%) | NS |
| | SVcO2 < 65% | 19 (21%) | 5 (50%) | 0.03 |
| 6 hs | AL >4 mmol/l | 21 (23%) | 6 (60%) | 0.01 |
| | Delta CO2 >6 | 55 (60%) | 6 (60%) | NS |
| | DB < -3 | 56 (62%) | 7 (70%) | NS |
| | SVcO2 < 65% | 37 (41%) | 4 (40%) | NS |
| 24 Hs | AL >4 mmol/l | 9 (10%) | 4 (40%) | 0.02 |
| | Delta CO2 >6 | 48 (53%) | 6 (60%) | NS |
| | DB < -3 | 40 (44%) | 5 (50%) | NS |
| | SVcO2 < 65% | 34 (37%) | 4 (40%) | NS |

**Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes con edad promedio 56 años, sexo femenino 34%. La población de pacientes con evento mayor fue del 9.9 %. Los pacientes con MACE presentaron: mayor score de Afilalo (0 vs 1; p<0.01) y mayor prevalencia de CCV previa (8% vs 40%; p=0.01). También presentaron mayor tiempo de CEC (minutos) (96 vs 171 p=0.03) y taquicardia posoperatoria (POP) (86 vs 106; p<0.01). En cuanto a los distintos marcadores tisulares, una AL mayor a 4 mmol/l a la 1, 6 y 24 horas se asoció de forma significativa con MACE, con un valor de p < 0.05 en los tres momentos evaluados. Por otro lado, entre los parámetros como el deltaCO2, el DB y la SvcO2; < 65%, solo esta última mostró una asociación significativa con los MACE, exclusivamente en la primera hora del postoperatorio. (Tabla 1).

**Conclusión:** En una muestra de cirugía cardiovascular la medición de los marcadores tisulares demostró que principalmente el AL patológico hasta las 24 hs se asoció a MACE a diferencia de los otros 3 marcadores medidos. De los cuales solo la SvcO2; patológica a la hora se asoció a eventos mayores. Este hallazgo podría proporcionar una mayor utilidad del AL en la terapéutica de resucitación posoperatoria en CCV.

## 0165 - LA VASOPLEJIA SEVERA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: ¿UNA SIMPLE VARIABLE HEMODINAMICA O UN COMPONENTE PRONOSTICO?

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiología Clínica

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Maria Agustina SCHEGGIA | Jorge BILBAO | German BUSCH | Sergio BARATTA | Nestor Manuel CLUSA

*Hospital Austral*

**Introducción:** La vasoplejía es un fenómeno hemodinámico frecuente en el posoperatorio (POP) de cirugía cardiovascular (CCV). Dilucidar cuando la misma es severa y su vinculación con eventos adversos posoperatorios es una asociación que aun merece esclarecimiento.

**Objetivos:** Analizar la relación entre variables clínicas preoperatorias, complicaciones y eventos adversos POP con vasoplejía severa (VSS) posoperatoria en una población de pacientes que se realizaron una CCV con 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 con CEC entre octubre 2023 y diciembre 2024. Se consideró MACE: muerte intrahospitalaria (MIH), accidente cerebrovascular (ACV) e infarto agudo de miocardio (IAM). Se consideró evento POP no MACE: sangrado, fibrilación auricular, insuficiencia renal aguda, necesidad de marcapaso transitorio, falla hepática e infección posoperatorias. Se consideró VSS: 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 el agregado de vasopresina y/o azul de metileno a noradrenalina > 0.3 mcg/kg/min. 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 del agregado de vasopresina y/o azul de metileno a noradrenalina > 0.3 mcg/kg/min.

| Variable | SIN VASOPLEJIA SEVERA (n=88) | CON VASOPLEJIA SEVERA (n=12) | p |
|---|---|---|---|
| Edad | 57 ± 16 | 62 ± 11 | NS |
| Hipertensión | 39 (44%) | 6(50%) | NS |
| Femenino | 29 (33%) | 4(33%) | NS |
| IMC (kg/m2) | 27+-5 | 28+-5 | NS |
| Dislipemia | 37(42%) | 6(50%) | NS |
| Diabetes | 12 (14%) | 3 (25%) | NS |
| Tabaquismo | 35 (40%) | 5 (42%) | NS |
| CCV previa | 7 (8%) | 4 (33%) | 0.03 |
| Insuficiencia cardíaca | 6(7%) | 4(33%) | 0.02 |
| Síndrome coronario agudo | 2 (2%) | 3 (25%) | 0.01 |
| Endocarditis | 6(7%) | 4(33%) | 0.02 |
| Cirugía programada | 78(89%) | 5 (42%) | < 0.01 |
| FEv < 50% | 9 (10%) | 4(33%) | NS |
| Inestabilidad hemodinámica | 7(8%) | 4(33%) | 0.03 |
| ARGENSCORE | 4.7 | 16.5 | < 0.01 |
| EUROSCORE | 1.8 | 15 | < 0.01 |
| STS | 1.3 | 11.4 | < 0.01 |
| AFILALO | 0 | 2 | < 0.01 |
| CEC (MIN) | 91 ± 38 | 175 ± 69 | < 0.01 |
| CYTOSORB | 4(5%) | 7(58%) | < 0.01 |
| CORTICOIDES | 27 (31%) | 7 (58%) | NS |
| SBVM | 3(3%) | 7(58%) | < 0.01 |
| Falla VD | 0 | 5(42%) | < 0.01 |
| ARM prolongada | 2 (2%) | 9(75%) | < 0.01 |
| Estadía hospitalaria | 11 ± 8 | 25 ± 20 | NS |
| EVENTO POP NO MACE | 34 (38%) | 10 (83%) | < 0.01 |
| MACE | 3(3%) | 6(50%) | < 0.01 |

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes con edad promedio 59 años, sexo femenino 33%. La población de pacientes con VSS fue del 12 %. Los pacientes con VSS presentaron: mayor CCV previa, mayor presentación con insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo y endocarditis, así como mayores scores de riesgo prequirúrgicos. A su vez los pacientes con VSS presentaron mayores complicaciones hemodinámicas y fundamentalmente mayor MACE (3% vs 50%; $p<0.01$) y evento POP no MACE (38% vs 83%; $p<0.01$) con significancia estadística. (Tabla 1).

**Conclusión:** En una muestra de pacientes de cirugía cardiovascular, quienes sufrieron VSS eran pacientes más graves según los scores de riesgo prequirúrgicos. De todas formas, también se asoció con significancia estadística a peor pronóstico, con mayores complicaciones hemodinámicas posoperatorias, eventos POP no MACE y eventos MACE. Prevenir y tratar estos factores pre, intra y posoperatorios podría reducir la VSS para esclarecer su verdadero rol pronóstico en pacientes en POP de CCV.

## 0166 - UTILIDAD DEL "TAQUILACTICO" COMO PREDICTOR DE EVENTOS EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiología Clínica

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Maria Agustina SCHEGGIA | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNANDEZ | Sergio BARATTA | Guillermo VACCARINO

*Hospital Austral*

**Introducción:** El posoperatorio (POP) de cirugía cardiovascular (CCV) es un escenario de incidencia variable de morbilidad y mortalidad intrahospitalaria. Mayor conocimiento sobre predictores hemodinámicos y tisulares de eventos adversos y mortalidad intrahospitalaria (MIH) son necesarios para optimizar el cuidado de los pacientes que se someten a una CCV sobre todo cuando un paciente tiene un ácido láctico elevado sin taquicardia o taquicardia con ácido láctico normal para la toma de decisiones.

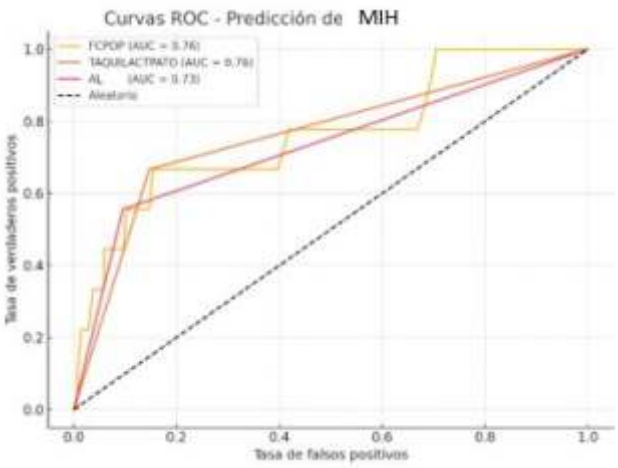
**Objetivos:** Determinar si el producto "TAQUILACTICO" (frecuencia cardiaca (FC) x ácido Láctico (AL)) en el posoperatorio inmediato (primera hora) predice una peor evolución intrahospitalaria en una población de pacientes que se realizaron una CCV con circulación extracorpórea (CEC).

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un hospital argentino, en pacientes hospitalizados por CCV con CEC entre octubre 2023 y diciembre 2024. Se analizaron variables clínicas preoperatorias y eventos posoperatorios. Se definió ARM prolongada como mayor a 24 hs. Se consideró "taquiláctico" patológico como el producto (frecuencia cardíaca por ácido láctico) > 300. Se consideró evento POP no MACE: sangrado, fibrilación auricular, insuficiencia renal aguda, necesidad de marcapaso transitorio, falla hepática e infección posoperatorias.

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes con edad promedio 57 años, sexo femenino 33%. La población de pacientes con "taquiláctico" patológico fue del 23 %. Los pacientes con "taquiláctico" patológico presentaron scores prequirúrgicos de riesgo similares, pero mayor score de Afilalo. Respecto a complicaciones posoperatorias presentaron mayor evento POP no MACE (36% vs 70% p<0.01), mayor ARM prolongada (3% vs 39%; p<0.01) y mayor MIH (3% vs 17%, p=0.02) con una asociación estadísticamente significativa. (Tabla 1). Por otro lado presentó en la curva ROC valor pronóstico idéntico a la FC aislada y superior a AL > 4 mmol/l. (Imagen 2)

**Conclusión:** En una muestra de pacientes de cirugía cardiovascular con CEC, el producto taquiláctico > 300 de sencillo cálculo al pie de la cama del paciente se asoció con significancia estadística a peor evolución POP: mayor evento POP no MACE, mayor ARM prolongada y mayor MIH. Si bien igualó el valor pronóstico de la FC aislada en la curva ROC, un estudio con mayor N podría dilucidar su utilidad pronóstica en comparación con ambas variables que lo componen de forma aislada.

| Variable | SIN TAQUILACTICO PATOLOGICO (n=77) | CON TAQUILACTICO PATOLOGICO (n=23) | P |
|---|---|---|---|
| Edad | 58 ± 16 | 56 ± 17 | NS |
| Hipertensión | 36 (47%) | 9 (39%) | NS |
| Femenino | 25 (32%) | 8 (35%) | NS |
| IMC (kg/m2) | 27 ± 5 | 28 ± 4 | NS |
| Dislipemia | 34 (44%) | 9 (39%) | NS |
| Diabetes | 11 (14%) | 4 (17%) | NS |
| Tabaquismo | 32 (42%) | 8 (35%) | NS |
| Insuficiencia cardíaca | 6 (8%) | 4 (17%) | NS |
| Síndrome coronario agudo | 1 (1%) | 4 (17%) | < 0.01 |
| Cirugía programada | 11 (14%) | 6 (26%) | NS |
| FEy < 50% | 8 (10%) | 5 (22%) | NS |
| Inestabilidad hemodinámica | 7 (9%) | 4 (17%) | NS |
| ARGENSCORE | 4.2 | 8.8 | NS |
| EUROSCORE | 2.6 | 6.3 | NS |
| STS | 1.5 | 6.1 | NS |
| AFILALO | 0 | 1 | 0.04 |
| CEC (MIN) | 92 ± 41 | 134 ± 66 | < 0.01 |
| Evento POP no MACE | 28 (36%) | 16 (70%) | < 0.01 |
| ARM prolongada | 2 (3%) | 9 (39%) | < 0.01 |
| Estadía hospitalaria | 12 ± 10 | 14 ± 10 | NS |
| Mortalidad intrahospitalaria | 2 (3%) | 4 (17%) | 0.02 |



## 0167 - FIBRILACION AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: UN FENOMENO FRECUENTE ¿PERO QUE TAN RELEVANTE?

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiología Clínica

Nicolás Arturo TORRES | Fabricio COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Maria Agustina SCHEGGIA | Jorge BILBAO | Maria Victoria PIOVANO | Sergio BARATTA | Guillermo GUTIÉRREZ

*Hospital Austral*

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es un fenómeno arrítmico frecuente en el posoperatorio (POP) de cirugía cardiovascular (CCV), llegando a prevalencias reportadas de hasta 40-60% sin profilaxis. Si la misma tiene injerencia en las complicaciones o eventos adversos posoperatorios es aún materia de debate.

**Objetivos:** Analizar la relación entre variables clínicas preoperatorias, complicaciones y eventos adversos POP con FA posoperatoria en una población de pacientes que se realizaron una CCV con 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 con CEC entre octubre 2023 y diciembre 2024, utilizando un protocolo de profilaxis para FA con betabloqueantes o amiodarona. Se analizaron componentes hemodinámicos POP (bajo volumen minuto (SBVM), falla de VD, vasoplejía) y eventos POP (muerte intrahospitalaria (MIH), accidente cerebrovascular (ACV), sangrado, insuficiencia renal aguda (IRA), falla hepática, ARM prolongada mayor a 24 hs y estadía hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes con edad promedio 59 años, sexo femenino 33%. La población de pacientes con FA fue del 19 %. Los pacientes con FA presentaron de forma estadísticamente significativa: mayor edad, mayor presentación clínica con insuficiencia cardiaca aguda, mayor FA previa, así como mayor score de riesgo prequirúrgico por STS y mayor score Afilalo valorando la fragilidad. De todas formas, no presentaron mayor índice de complicaciones posoperatorias, estadía hospitalaria, ARM prolongada ni MIH (Tabla 1).

| Variable | SIN FA POP (n=81) | CON FA POP (n=19) | P |
|---|---|---|---|
| Edad | 55 ± 16 | 67 ± 12 | < 0.01 |
| Hipertensión | 35 (43%) | 10 (53%) | NS |
| Femenino | 25 (31%) | 8 (42%) | NS |
| IMC (kg/m2) | 27 ± 4 | 29 ± 6 | NS |
| Dislipemia | 37 (46%) | 6 (32%) | NS |
| Diabetes | 12 (15%) | 3 (16%) | NS |
| FA PREVIA | 9 (11%) | 8 (42%) | < 0.01 |
| Tabaquismo | 51 (63%) | 10 (53%) | NS |
| Insuficiencia cardíaca | 5 (6%) | 5 (26%) | 0.02 |
| Betabloqueante previo | 30 (37%) | 5 (26%) | NS |
| Cirugía programada | 16 (84%) | 67 (83%) | NS |
| FEy < 50% | 10 (12%) | 3 (16%) | NS |
| Inestabilidad hemodinámica | 8 (10%) | 3 (16%) | NS |
| ARGENSCORE | 5.3 | 5 | NS |
| EUROSCORE | 3.5 | 3.2 | NS |
| STS | 2.5 | 2.9 | 0.02 |
| AFILALO | 0 | 1 | 0.03 |
| CEC (MIN) | 103 ± 53 | 94 ± 39 | NS |
| SBVM | 7 (9%) | 3 (16%) | NS |
| Sangrado | 7 (9%) | 2 (11%) | NS |
| Estadía hospitalaria | 13 ± 10 | 14 ± 9 | NS |
| ACV POP | 2 (2%) | 0 | NS |
| Infección POP | 10 (12%) | 4 (21%) | NS |
| IRA POP | 10 (12%) | 5 (26%) | NS |
| VASOPLEJIA SEVERA | 10 (12%) | 2 (11%) | NS |
| Falla Hepática | 8 (10%) | 2 (11%) | NS |
| ARM prolongada | 10 (12%) | 1 (5%) | NS |
| Falla VD | 4 (5%) | 1 (5%) | NS |
| MIH | 5 (6%) | 1 (5%) | NS |

**Conclusión:** En nuestra muestra de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular, aquellos que desarrollaron FA postoperatoria eran más añosos y con antecedentes de FA, factores predisponentes conocidos. Sin embargo, la prevalencia fue inferior a la reportada en la literatura y no se asoció estadísticamente con eventos postoperatorios, prolongación de la internación ni mortalidad intrahospitalaria. Lo cual sugiere un impacto pronóstico menor. Sería interesante confirmar estos hallazgos en una cohorte más amplia.

## 0168 - ¿PUEDE UN PUNTAJE DE BOVA ELEVADO IDENTIFICAR UNA POBLACIÓN CON PEOR PRONÓSTICO, EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO QUE TIENEN UN PULMONARY EMBOLISM SEVERITY INDEX DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO O ALTO?

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Jose María BONORINO | Nicolás Arturo TORRES | Jorge BILBAO | María Victoria PIOVANO | Patricio GARCES | German BUSCH | Horacio Enrique FERNANDEZ | Sergio BARATTA

*Hospital Austral*

Introducción: Los pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) de riesgo intermedio-alto y alto de acuerdo a la escala de PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) presentan una probabilidad elevada tener un pronóstico adverso durante la internación. Conocer si algún puntaje de riesgo adicional podría ser útil para identificar una subpoblación con peor pronóstico, previo a contar con el ecocardiograma para evaluar la función del ventrículo derecho, podría agregar valor durante la estratificación de riesgo inicial.

**Objetivos:** Determinar las características clínicas, diferencias en puntajes de riesgo medidos y eventos durante la internación en pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto y alto (mayor de 86 puntos) según la escala de PESI, respecto de si presentan un puntaje de Bova >4 (alto) o menor o igual a 4 (bajo).

**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 que cumplieron con criterio de riesgo intermedio-alto y alto según la escala de PESI. Se analizó la asociación entre presencia de un puntaje "Bova alto" versus "Bova bajo", con antecedentes clínicos, mortalidad intrahospitalaria (MIH), requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), indicación de terapia de reperfusión y uso de drogas inoconstrictoras; además del puntaje de FAST y de PESI-ECHO (PESI-ECHO: puntaje PESI + PSAP - TAPSE).

**Resultados:** Sobre un total de 456 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 201 pacientes con criterios seleccionados. Un 31.3% (n=63) presentaron un puntaje "Bova alto". La edad promedio fue de 68 años y sexo femenino 48.5%. La MIH global fue del 11.5%. Los pacientes con un puntaje "Bova alto" respecto de aquellos con "Bova bajo", resultaron tener menor prevalencia de cáncer (65% vs. 33%; p <0.01) y presentaron valores más altos en los puntajes de riesgo PESI-ECHO y FAST. Asimismo, recibieron mayor terapia de reperfusión (4% vs 60%; p<0.01), mayor uso de drogas inoconstrictoras (9% vs. 41%; p <0.01), mayor requerimiento de ARM (12% vs. 33%; p<0.01) y mayor MIH (4% vs. 19%; p<0.01). (Tabla 1).

**Conclusión:** En una población de pacientes con TEP que presentan una escala de PESI de riesgo intermedio-alto o alto, la presencia de un puntaje Bova elevado, se asoció con un peor pronóstico intrahospitalario con mayor uso de terapia de reperfusión, drogas inoconstrictoras, ARM y MIH. Esta herramienta podría ser útil durante la estratificación de riesgo inicial del TEP y previo al ecocardiograma, para identificar una subpoblación más grave.

## 0169 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO, CON UNA ESCALA DEL PULMONARY EMBOLISM SEVERITY INDEX CLASE III O MAS, QUE PRESENTAN UN PUNTAJE BOVA MAYOR A 4 PUNTOS, DE ACUERDO A HAYAN O NO SIDO REPERFUNDIDOS.

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Jorge BILBAO | Nicolás Arturo TORRES | Jose María BONORINO | Maria Victoria PIOVANO | Bautista MOCORREA | German BUSCH | Horacio Enrique FERNANDEZ | Sergio BARATTA

*Hospital Austral*

**Introducción:** En la actualidad no existe consenso respecto de qué pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) con riesgo intermedio-alto o mayor, de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología, requieren terapia de reperfusión. Por ello, resulta necesario conocer qué elementos clínicos pronósticos pueden ser tenidos en cuenta por el equipo tratante para indicar dicha terapia.

**Objetivos:** Determinar las características de los pacientes con TEP, con una escala del Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) clase III o más, que presentan un puntaje Bova mayor a 4 puntos, de acuerdo a hayan o no sido reperfundidos. Asimismo, busca identificar las características clínicas, encontrar diferencias en los puntajes pronósticos y determinar la ocurrencia de eventos adversos durante la internación en estas poblaciones.

**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 que cumplieron con los criterios de riesgo seleccionados. Se analizaron las características clínicas, la prevalencia de dilatación del ventrículo derecho (VD) por ecocardiograma, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), uso de drogas inoconstrictoras, el puntaje FAST, el puntaje PESI-ECHO (PESI-ECHO: puntaje PESI + Presión sistólica en la arteria pulmonar - excursión del plano del anillo tricuspídeo) y la mortalidad intrahospitalaria (MIH), acorde a hayan o no sido reperfundidos.

| Variable | NO REPERFUNDIDO (n=25) | REPERFUNDIDO (n=38) | Valor de p |
|---|---|---|---|
| Edad | 74 ± 13 | 66 ± 11 | <0.01 |
| Femenino | 16 (64%) | 16 (42%) | NS |
| Hipertensión | 20 (80%) | 24 (63%) | NS |
| Diabetes | 6 (24%) | 6 (16%) | NS |
| EPOC | 1 (4%) | 2 (5%) | NS |
| Tabaquismo | 11 (44%) | 17 (45%) | NS |
| Dislipemia | 12 (48%) | 13 (34%) | NS |
| Cáncer | 9 (36%) | 12 (32%) | NS |
| VD dilatado | 19 (76%) | 37 (97%) | 0.01 |
| FAST | 4 | 4 | NS |
| PESIECHO | 144 ± 38 | 161 ± 32 | 0.02 |
| DROGAS INOCONSTRICTORAS | 4 (16%) | 22 (58%) | <0.01 |
| ARM | 2 (8%) | 19 (50%) | <0.01 |
| MUERTE IH | 3 (12%) | 9 (24%) | NS |

**Resultados:** Sobre un total de 456 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 63 pacientes con los criterios seleccionados. Un 60% (n=38) fueron reperfundidos. La edad promedio fue de 70 años y sexo femenino 53%. La MIH global fue del 18%. Los pacientes que recibieron terapia de reperfusión respecto de aquellos que no la recibieron, resultaron ser más jóvenes, presentaron dilatación del VD con mayor frecuencia y tuvieron un puntaje PESI-ECHO más alto. A su vez requirieron uso de drogas inoconstrictoras con mayor frecuencia (16% vs. 58%; p <0.01) y mayor requerimiento de ARM (8% vs. 50%; p <0.01): pero sin diferencias significativas en MIH. (Tabla 1).

**Conclusión:** El estudio refleja que más de un quinto de los pacientes con TEP que tienen una escala de PESI clase III o más y que presentan un puntaje Bova mayor a 4 puntos, fallecen durante la internación. Asimismo, demuestra que la dilatación del VD, el puntaje PESI-ECHO, el uso de drogas inoconstrictoras y el requerimiento de ARM, parecieran ser tenidos en cuenta por el equipo tratante al momento de indicar una terapia de reperfusión. Como limitación, existe posiblemente un sesgo de selección para el tratamiento de reperfusión, el cual podría indicarse más frecuentemente en los pacientes más graves.

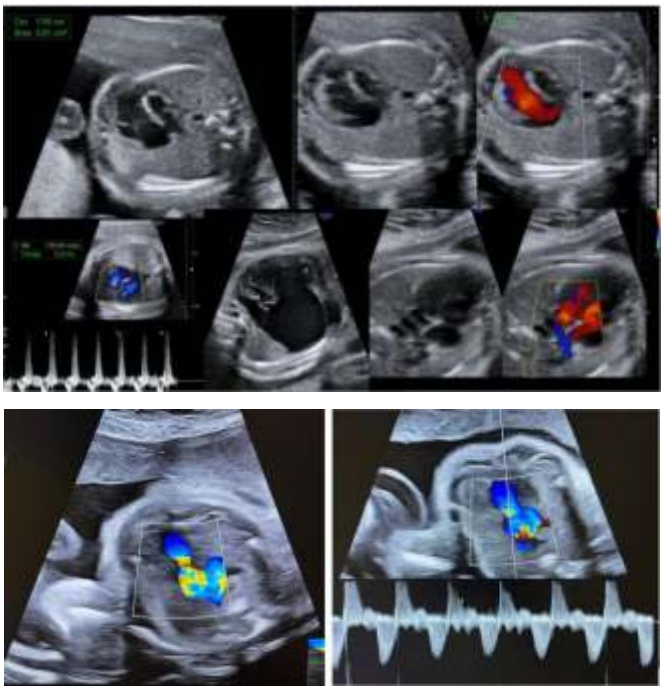
## 0175 - CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS (CCC) : CORRELACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL Y EN LA EVOLUCIÓN POSTNATAL

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Multimagen

Carolina STEPFFER[1] | Laura Milena PEREZ CALDERON[2] | Cecilia Margarita MAYA BARRERA[2] | Vanessa Milena QUIROZ SALAZAR[2] | Pablo MARANTZ[2]

*Fundacion Hospitalaria[1]; Fundación Hospitalaria[2]*

**Introducción:** El diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas comprende un gran desafío y se basa en la evaluación estructural y funcional del corazón fetal. Las tasas de detección son cada vez más altas con especialistas abocados a ello. Es con un abordaje multidisciplinario, con especialistas en medicina fetal y poniendo al feto como paciente, que se logran establecer diagnósticos y pronósticos cada vez más precisos. Programar nacimiento oportuno, adecuado en institución acorde, que es lo que cambia el pronóstico de la CCC neonatal.



**Objetivos:** 1. Valorar la capacidad diagnóstica prenatal del equipo de medicina fetal. 2. Evaluar la concordancia entre el diagnóstico cardiológico prenatal y postnatal 3. Analizar si el diagnostico precoz y la intervención de equipo multidisciplinario mejorar la evolución de estos pacientes portadores de CCC.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron todas las pacientes derivadas de enero 2022 a fin del 2024 para valoración por cardiología fetal. Luego de la valoración inicial se dividen en 2 grupos: A: CCC cardiopatías congénitas complejas con diagnóstico prenatal que inician seguimiento por grupo multidisciplinario de medicina fetal. Se realiza seguimiento cardiológico fetal y luego postnatal, se evalúa la concordancia entre el diagnóstico pre y postnatal, y se describe su evolución. B: pacientes sin CCC o con cardiopatías simples, que solo continúan seguimiento obstétrico habitual.

**Resultados:** La concordancia entre la ecocardiografía prenatal y postnatal fue de mas del 70%, pero vale la pena hacer el sub análisis en los diferentes años: En el año 2022 fue solo del 35%, porque se perdieron numerosos pacientes en el seguimiento o no se pudo corroborar el estado del RN. Ya en el 2023 la correlación del diagnóstico fue del 63%, 2 pacientes se perdieron en el seguimiento, 2 pacientes tuvieron sospecha de COAO y no presentaron CCC. y en 2024 77% 1 paciente se perdió en el seguimiento y otra sospecha de COAO que no presento CCC. Las CCC fetales diagnosticadas fueron 35: SHVI 4p CANAL AV 3p EBS 4p TOF 4p DSVD1p EAO 4p EP CR 2p AP cCIV 2p DTGA 1p ATRVP 1p COAO 5p IC 4p. Se mantuvieron controles 20 fetos ya que 15 se perdieron en el seguimiento. De estos uno resulto FM, el resto de los pacientes dieron como resultado 23 RN vivos que mantuvieron seguimiento o contacto con la institución. En la evolución 2 CCC fallecieron a pesar de los tratamientos médicos y Qx. Supervivencia 60% y mortalidad hasta el mes de vida 8% con un porcentaje de 34% que se

perdió en el seguimiento. La concordancia pre y postnatal fue satisfactoria, no habiendo tasa de falsos negativos, y 3 pacientes con falsos positivos que presentaron COAO leve que no genero necesidad de abordaje, habiendo sobreestimado su CC.

**Conclusión:** El diagnóstico prenatal de CCC en nuestro servicio tiene tasa de detección satisfactoria con gran precisión diagnostica. La evaluación prenatal tiene un enfoque multidisciplinario, centrada en el manejo del feto como EL paciente. Pudiendo, además, observar la retroalimentación positiva entre los miembros del equipo. Conocer la CCC mejora el pronóstico del RN al reducir la morbi-mortalidad, determinar los tratamientos y las intervenciones, y seleccionar pacientes que se beneficiarán de la terapia fetal. Permite programar nacimiento con equipo preparado. El manejo multidisciplinario brinda a las familias tanto sostén, como diagnóstico preciso. Sin embargo, son necesarios estudios a largo plazo para conocer el pronóstico alejado de las CCC que fueron diagnosticadas de manera precoz.

## 0177 - SEGURIDAD Y EFICACIA DEL ABORDAJE ENDOVASCULAR EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTES JÓVENES

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Medicina Vascular

Juan Ignacio DAMONTE | Juan Manuel TELAYNA (H) | Jose BONORINO | Maria Esther CANCELA | Jorge BILBAO | Paulo COLIMODIO | Juan Manuel TELAYNA | Ricardo COSTANTINI

*Hospital Universitario Austral*

**Introducción:** La trombosis venosa profunda (TVP) extensa en adolescentes es poco frecuente, con una incidencia estimada de 0,07–0,14 por 10.000 por año. Aunque el manejo endovascular está bien establecido en adultos, su uso en adolescentes se basa en series pequeñas. Estudios retrospectivos han reportado tasas de permeabilidad primaria del 79% al año y mejoras clínicas sostenidas, con baja incidencia de complicaciones.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es reportar la seguridad y eficacia del tratamiento endovascular en adolescentes y adultos jóvenes con trombosis venosa profunda extensa.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo a partir de los datos recolectados de la historia clínica electrónica. Se incluyeron todos los pacientes de hasta 22 años que hayan sido sometidos a tratamiento endovascular de una trombosis venosa profunda entre 2008 y 2025. Se recopilaron variables clínicas, demográficas, de laboratorio, así como datos relacionados con el procedimiento, complicaciones y evolución clínica. Los datos se reportaron como número absoluto y porcentaje para variables categóricas [N (%)], y como mediana y rango intercuartilo (RIC) para variables continuas.

| Características basales | N=19 |
|---|---|
| Sexo femenino | 13 (68%) |
| Edad | 19 [18,5-20] |
| Tabaquismo | 1 (4%) |
| Coagulopatía | 2 (11%) |
| Anticonceptivos orales | 7 (54%) |
| Anatomía de May-Thurner | 13 (68%) |
| Inmovilización reciente | 4 (21%) |
| Embarazo | 1 (5%) |
| **Cuadro clínico** | |
| Trombosis venosa profunda | 17 (65%) |
| Trombosis intrastent | 7 (27%) |
| Síndrome post trombótico | 2 (8%) |
| Villalta score | 13 [10-16,5] |
| Tromboembolismo pulmonar asociado | 9 (35%) |
| **Tipo de lesión** | |
| Trombótica | 21 (80%) |
| Fibrótica | 5 (19%) |

| Tratamiento endovascular | N=26 |
|---|---|
| **Vaso tratado** | |
| Ilíaca primitiva | 20 (77%) |
| Femoral común o superficial | 6 (23%) |
| **Procedimiento** | |
| Acceso poplíteo | 22 (85%) |
| Acceso combinado | 7 (27%) |
| Tromboaspiración | 19 (70%) |
| Trombolíticos locales | 15 (58%) |
| Dosis de trombolíticos | 15 [12,5-25] |
| Implante de stent | 22 (85%) |
| Número de stents | 1 [1-2] |
| Diámetro del stent | 16 [13-16] |
| Longitud de stent | 120 [80-187] |
| Tiempo de sala | 170 [130-228] |
| Contraste utilizado | 195 [147-240] |
| Fluoroscopia minutos | 30 [20-41] |
| **Éxito técnico** | 24 (92%) |
| Muerte | 0 (0%) |
| Tromboembolismo pulmonar | 0 (0%) |
| Sangrado mayor | 0 (0%) |

**Resultados:** Desde el año 2008, 234 pacientes fueron sometidos a tratamiento endovascular en territorio venoso, de los cuales 19 (8%) pacientes de hasta 22 años fueron sometidos a 26 (11%) intervenciones endovasculares de TVP extensa de miembros inferiores. La Tabla 1 muestra los datos demográficos y clínicos iniciales de los pacientes. Predominó el sexo femenino con 13 pacientes (68%), y la mediana de edad fue 19 años [18,5-20]. Entre los factores de riesgo, 7 pacientes (54%) usaban anticonceptivos orales, 2 (11%) presentaban coagulopatía previamente diagnosticada y 13 (68%) anatomía de May-Thurner. El cuadro clínico que indico tratamiento endovascular se debió a TVP en 17 (65%) intervenciones, trombosis intrastent en 7 (27%) intervenciones y síndrome post trombótico en 2 (8%) intervenciones. Al evaluar la causa de reintervención evidenciamos que las mismas fueron multifactoriales: anticoagulación fuera de rango, trombosis distal al stent implantado y lesión residual con requerimiento de nueva angioplastia con stent. La mediana de score de Villalta fue 13 [10-16,5]. La Tabla 2 resume los datos relacionados con el procedimiento endovascular. El acceso poplíteo fue el más frecuentemente utilizado (n=22 - 85%), y en 7 (27%) de los casos se requirió un

abordaje combinado. Las técnicas más empleadas fueron la tromboaspiración (18 - 70%) y la administración de trombolíticos locales (15 - 58%). En 22 (85%) de las intervenciones se implantaron stents. Se logró éxito técnico en 24 (92%) de las intervenciones. Dos (8%) de las intervenciones no fueron exitosas debido a imposibilidad de avanzar la cuerda guía hacia la luz verdadera. Al analizar los eventos a 30 días, no se evidenciaron eventos adversos mayores.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular de la trombosis venosa profunda extensa en pacientes jóvenes demostró ser seguro y eficaz, con alta tasa de éxito técnico y ausencia de complicaciones mayores. La mayoría de los procedimientos requirieron tromboaspiración y colocación de stents, con buenos resultados inmediatos. Estos hallazgos respaldan el uso de terapias endovasculares en esta población seleccionada, aunque se requieren estudios prospectivos con seguimiento a largo plazo para evaluar la durabilidad de los resultados y el impacto clínico sostenido

## 0178 - ESTRATEGIAS DE PREPARACIÓN DE PLACA EN ENFERMEDAD CORONARIA CALCIFICADA: RESULTADOS CLÍNICOS DE ATERECTOMÍA ROTACIONAL VERSUS LITOTRICIA INTRAVASCULAR

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Juan Ignacio DAMONTE | Juan Manuel TELAYNA (H) | Juan Manuel TELAYNA | Ricardo Andrés COSTANTINI

*Hospital Universitario Austral*

**Introducción:** Las obstrucciones coronarias calcificadas representan un reto para el cardiólogo intervencionista. Este tipo de lesiones se ha asociado con peores resultados tras la angioplastia coronaria (ATC), incluyendo una mayor tasa de trombosis del stent, reestenosis y eventos adversos mayores (MACE). Tradicionalmente, la aterectomía rotacional (RA) ha sido el método de elección para la preparación de la placa aterosclerótica calcificada. Sin embargo, recientemente ha surgido la litotricia intravascular (IVL) como una alternativa innovadora y segura. A pesar de su uso creciente, los datos comparativos entre IVL y RA en nuestro país son aún escasos

| | Aterectomía rotacional N = 31 | Litotricia intravascular N = 26 | P |
|---|---|---|---|
| Sexo femenino | 3 (9.7%) | 4 (15%) | 0.7 |
| Edad | 76 ± 8 | 72 ± 12 | 0.3 |
| BMI | 23.4 ± 4.1 | 24.1 ± 3.7 | 0.5 |
| Cirugía de revascularización miocárdica | 6 (19%) | 0 (0%) | 0.027 |
| Angioplastia coronaria | 18 (58%) | 19 (73%) | 0.2 |
| Infarto previo | 11 (36%) | 12 (46%) | 0.4 |
| Accidente cerebrovascular | 0 (0%) | 1 (3.8%) | 0.5 |
| Enfermedad renal crónica | 7 (23%) | 3 (12%) | 0.3 |
| Dislipidemia | 17 (55%) | 17 (65%) | 0.4 |
| Diabetes | 14 (45%) | 6 (23%) | 0.082 |
| Hipertensión arterial | 28 (90%) | 21 (81%) | 0.4 |
| Tabaquismo | 9 (29%) | 8 (31%) | >0.9 |
| FEVI (%) | 50 ± 15 | 56 ± 12 | 0.2 |
| Cuadro clínico | | | |
| Angina o Crónica estable | 27 (87%) | 24 (92%) | 0.7 |
| Síndrome coronario agudo | 4 (13%) | 2 (7.7%) | 0.7 |
| Enfermedad de múltiples vasos | 15 (48%) | 7 (27%) | 0.10 |

**Objetivos:** Comprar los resultados clínicos de la aterectomía rotacional versus la litotricia intravascular en el tratamiento de lesiones coronarias calcificadas, tanto a 30 días como en el seguimiento clínico posterior

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de alta complejidad, incluyendo pacientes con lesiones coronarias calcificadas tratados mediante ATC con preparación de placa utilizando RA o IVL entre el año 2006 y 2024. Como desenlace primario en el

| | ATERECTOMÍA ROTACIONAL N = 31 | LITOTRICIA INTRAVASCULAR N = 26 | P |
|---|---|---|---|
| Vaso tratado | | | 0.010 |
| Coronaria derecha | 4 (13%) | 7 (27%) | |
| Circunfleja | 11 (35%) | 1 (3.8%) | |
| Descendente anterior | 13 (42%) | 17 (65%) | |
| Tronco de coronaria izquierda | 3 (9.7%) | 1 (3.8%) | |
| Bifurcación | 5 (16%) | 3 (12%) | 0.7 |
| Oclusión total crónica | 1 (3.2%) | 1 (3.8%) | >0.9 |
| Reestenosis intrastent | 2 (6.5%) | 3 (12%) | 0.7 |
| Diámetro luminal previo (QCA) | 3.23 ± 0.75 | 3.54 ± 1.34 | >0.9 |
| diámetro post (QCA) | 3.77 ± 0.90 | 4.41 ± 1.05 | 0.005 |
| TIMI 3 final | 29 (94%) | 26 (100%) | >0.9 |
| Éxito angiográfico | 29 (94%) | 26 (100%) | 0.5 |
| Acceso radial | 10 (32%) | 16 (62%) | 0.027 |
| Acceso 6Fr | 3 (9.7%) | 18 (69%) | <0.001 |
| Número de stents implantados | 2.2 +/- 1.4 | 2 +/-0.9 | 0.53 |
| Diámetro promedio stent | 2.94 ± 0.44 | 3.57 ± 0.49 | <0.001 |
| Longitud total de stents | 58 ± 28 | 54 ± 24 | 0.6 |
| Necesidad de stent adicional | 5 (17%) | 0 (0%) | 0.055 |
| Imagen intravascular | 6 (19%) | 16 (64%) | <0.001 |
| Extensión de catéter guía | 4 (13%) | 7 (27%) | 0.2 |
| Duración del procedimiento | 142 ± 48 | 94 ± 35 | <0.001 |
| Contraste utilizado | 223 ± 97 | 155 ± 68 | 0.003 |
| Tiempo fluoroscopia | 40 ± 20 | 22 ± 16 | <0.001 |

seguimiento se consideró la ocurrencia de MACE, definidos como la combinación de muerte cardiovascular, revascularización del vaso tratado (TLR), reintervención en otro vaso coronario e infarto agudo de miocardio (IAM)

**Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes sometidos a ATC, de los cuales 31 fueron tratados con ayuda de RA y 26 con IVL. No se observaron diferencias significativas en ambos grupos, excepto una mayor proporción de pacientes con cirugía de revascularización miocárdica previa (6 (19%) vs 0(0%);p = 0.02) en el grupo RA comparado con IVL, respectivamente (Tabla 1). La tabla 2 se presenta las características del procedimiento. Se observaron diferencias significativas entre los grupos en el vaso tratado: en el grupo IVL, la arteria descendente anterior (DA) fue el vaso intervenido con mayor frecuencia (65%, n = 17), mientras que en el grupo RA el tratamiento fue más distribuido: DA (42%, n = 13), circunfleja (35%, n = 11). El acceso radial fue más frecuentemente utilizado en el grupo IVL (16(62%) vs 10 (32%); p=0.02). El diámetro luminal post-procedimiento fue significativamente mayor en el grupo IVL en comparación con RA (4.41 ± 1.05 mm vs. 3.77 ± 0.90 mm; p = 0.005). Ambos grupos alcanzaron una alta proporción de flujo TIMI 3 final (IVL 26 (100%) vs RA 29 (95%); p > 0.9) y tasas similares de éxito angiográfico (IVL 26 (100%) vs RA 29 (94%); p = 0.5). Los procedimientos facilitados por IVL tuvieron menor duración (94+/-35 min vs 142+/-48; p=0.001) y se utilizó menor cantidad de contraste (155 +/-68 vs 223 +/-97; p=0.003). La mediana de seguimiento fue de 414 dias (IQR 218-1004), durante el cual no se observaron diferencias significativas en la incidencia de MACE entre ambos grupos (IVL 7(28%) vs RA 8 (32%);p=0.8). No hubo muertes de causa cardiovascular en el seguimiento. La tasa de reintervención no programada fue similar en ambos grupos (IVL 5 (19%) vs RA 5 (16%); p=0.9), al igual que la tasa de TLR (IVL2 (7.7%( vs RA 2 (6.5%); p=0.9).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con lesiones coronarias calcificadas, tanto la aterectomía rotacional como la litotricia intravascular demostraron perfiles similares de seguridad y eficacia clínica durante el seguimiento. La litotricia intravascular se asoció a menor duración del procedimiento, menor uso de contraste y mayor diámetro final medido por QCA, lo que sugiere una alternativa efectiva y segura en la preparación de placas calcificadas

## 0185 - DISINCRONÍA ELECTRICA OCASIONADA POR LOS TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN: IMPACTO DE LA DESVIACIÓN AXIAL IZQUIERDA EN LOS INDICES DE SINCRONÍA

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA | Andrés Federico BIELECKI

*Sanatorio de la Providencia*

**Introducción:** Los distintos trastornos de conducción ejercen diferentes cambios en la activación ventricular y como consecuencia una anomalía variable en la sincronía eléctrica. En general estas anomalías solo se consideran en el BCRI, pero obviamente todos generan alguna alteración. La desviación axial izquierda es un elemento conocido de mal pronóstico cuando se asocia a trastornos de conducción preexistentes en una cardiopatía, sin embargo su verdadero impacto en la sincronia electrica y la función ventricular se desconoce.

**Objetivos:** El propósito de este estudio es evaluar el impacto de cada trastorno de conducción en los índices de sincronía eléctrica, y el efecto de la desviación axial izquierda (HBIA) en la sincronía eléctrica en forma aislada y particularmente cuando se asocia a los bloqueos de rama.

| QRS | Duracion Maxima | Duracion Mínima | Media | Indice de Sincronía | Significación p |
|---|---|---|---|---|---|
| Normal | 70 | 125 | 91.4 | 0.18 ± 0.08 | |
| HBIA | 90 | 128 | 119.71 | 0.45 ± 0.15 | < 0.001 |
| BCRD | 110 | 166 | 136.9 | 0.35 ± 0.30 | > 0.05 |
| BCRD+HBIA | 115 | 172 | 141.89 | 0.74 ± 0.35 | < 0.001 |
| BCRI | 130 | 180 | 142.16 | 0.75 ± 0.34 | > 0.05 |
| BCRI+HBIA | 130 | 187 | 147.98 | 2.26 ± 1.1 | < 0.001 |

**Materiales y Métodos:** Fueron analizados los ECG de 770 pacientes, 184 con QRS normal, 137 con HBIA, considerando como tal la desviación axial izquierda a más de -45°. 116 con BCRD, 110 con BCRD+HBIA, 120 con BCRI y 103 con BCRI+HBIA, considerando a estos últimos cuando al patrón habitual de BCRI se asocia una desviación axial izquierda más allá de -45°. En todos ellos se realizó un estudio de sincronía eléctrica mediante el análisis de un ECG de 12 derivaciones digitalizadas y la comparación cruzada de las varianzas de las derivaciones DII y V6, expresiones de la activación septal y la pared libre del VI respectivamente (sistema Synchromax) con la evaluación de la velocidad, volumen y dirección del frente de activación ventricular, estableciendo un índice matemático de sincronía eléctrica (ISE) siendo el valor normal menor de 0,40. Se considera 0,0 un ISE perfecto y la disincronía más importante en la medida que se aleja de 0,4.

**Resultados:** Los resultados se muestran en la tabla 1. Se puede observar que todos los trastornos de conducción tienen algún grado de disincronía. La desviación axial izquierda a más de -45°, aún aislada (HBIA) genera una disincronía muy importante, casi similar al BCRI aislado, y prolongando aunque en forma leve de la duración del QRS en forma sistemática, siendo la media de QRS normales de 91,46 ± 23 vs 119 ± 71 en los HBIA ( p < 0.001) . La desviación axial izquierda genera una disincronía severa

cuando se asocia otros bloqueos de rama, siendo muy marcado el efecto cuando se asocia al BCRI (ISE en el BCRI, 0,65 ± 34 vs 2,26 ± 21 en los BCRI con desviación axial izquierda ($p < 0.001$) Esta desviación axil izquierda produce cambios en el patrón de activación septal (movimiento paradojal) que tiene consecuencias en la mecánica de la sistole y seguramente en la fución ventricular.

**Conclusión:** 1)Todos los trastornos de conducción generan algún grado de disincronía eléctrica. 2) La desviación axial izquierda aislada, (HBIA) genera alargamiento leve aunque sistemático de la duración del QRS y una importante disincronía eléctrica,3) La desviación axial izquierda agrava en forma significativa la disincronía cuando se asocia a otros bloqueos siendo este fenómeno mas intenso cuando se asocia al BCRI.

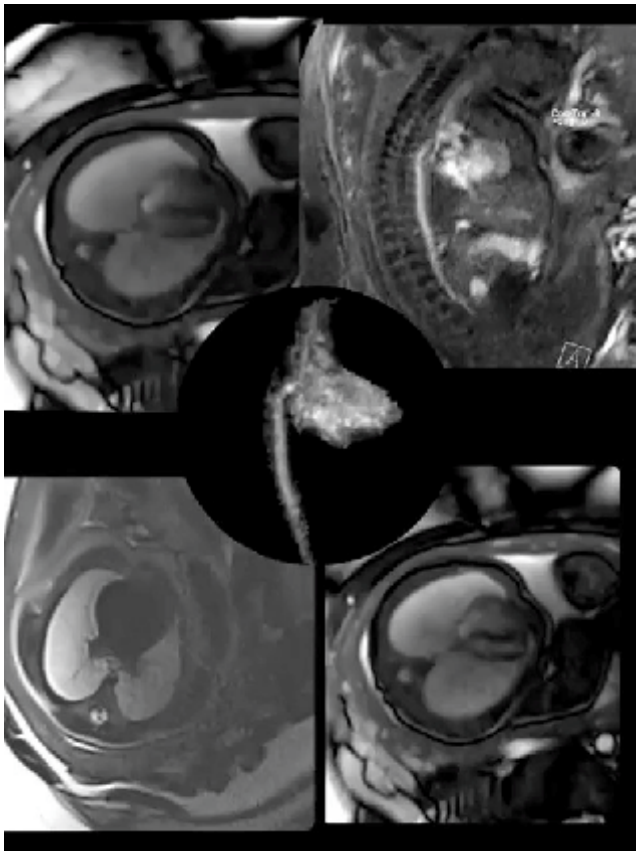
## 0191 - RESONANCIA CARDIACA FETAL: UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO , MANEJO PRE Y POSTNATAL DE CARDIOPATÍAS FETALES ...EXPERIENCIA PRELIMINAR.

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

Betina VEGA[1] | Ernesto JUANEDA[1] | Victor FRANCUCCI[2] | Edgardo BANILLE[1] | Alejandro Román PEIRONE[3]

*Instituto Oulton - Córdoba[1]; Nueva Maternidad Provincial de Córdoba ¨Brigadier Bustos¨[2]; Nueva Maternidad Provincial de Córdoba ¨Brigadier Bustos¨[3]*

**Introducción:** Mientras que el Ecocardiograma fetal (EF) continua siendo el método diagnóstico de primera linea para el diagnóstico de anomalías cardiovasculares en útero , la Resonancia Cardíaca Fetal (RCF ), está siendo utilizada cada vez mas como complemento del EF en tercer trimestre de gestación , principalmente cuando las imágenes son poco claras (obesidad materna , posición fetal , edad gestacional avanzada ) oligoamnios , ciertas cardiopatías , y lesiones extracardiacas (hernia diafragmática ,etc) .



| ID | EG en RCF | DX Cardiopatias | Inform adicional |
|---|---|---|---|
| 1 | 35 | E . Ebstein | Hipoplasia pulmonar |
| 2 | 37 | Dil Cav Der . COAO? | Hipoplasia arco |
| 3 | 35 | V Único, malos GA, EP | |
| 4 | 36 | Dil Cav Der. Arco Der. DVAP ? | Confirma arco der. Descarta DVAP |
| 5 | 37 | Sind Cimitarra | Hipoplasia pulmonar |
| 6 | 36 | D- TGA | No Linfangiectasia pulmonar |
| 7 | 36 | APSI con FOR | Linfangiectasia pulmonar |
| 8 | 37 | SCIH | No Linfangiectasia pulmonar |
| 9 | 36 | A TRIC II A-B | |
| 10 | 36 | TOF | |
| 11 | 36 | A TRIC II | |
| | | | |

**Objetivos:** Demostrar la potencialidad de la RCF para el diagnóstico , manejo pre y postnatal de cardiopatías fetales (CF ), en conjunto con el EF , en tercer trimestre de gestación .

**Materiales y Métodos:** - Recurso humano capacitado( 1) en la ejecución , aplicación y comprehensión de RCF en la institución. -Resonadores 1,5 y 3 Tesla. -Embarazadas con diagnóstico (DX ) de cardiopatía fetal ( 11) a las cuales se le realizó RCF ,entre diciembre 2024 y mayo 2025 ( 5 meses) y analizándose información aportada y comparación cualitativa con EF realizados durante el embarazo.

**Resultados:** La edad gestacional media al momento de la RCF fue de 36 semanas (rango 35 a 37). Las distintas CF figuran en Tabla 1. La realización de RCF fue posible en todas las embarazadas . En general se pudieron identificar las mismas anomalías observadas en EF ,observándose menor calidad de la imagen al valorar conexión aurículoventricular y los tractos de salida ventricular , pudiendo ser una limitación del estudio. Si resaltamos el aporte en aquellas cardiopatías en las que es necesario valorar restricción o no del foramen oval , gracias a la detección de linfangiectasia pulmonar ( patrón en nuez moscada) como traducción de obstrucción al flujo venoso pulmonar, como en el caso de atresia pulmonar

con septum íntegro y foramen oval restrictivo que nos permitió planificar nacimiento y septostomía auricular en período postnatal inmediato con buen resultado.

**Conclusión:** La RCF es una herramienta prometedora para la evaluación de las CF en tercer trimestre , como complemento del EF , permitiendo obtener información tanto de los defectos cardíacos ,como extracardíacos , para un mejor manejo prenatal y postnatal de los mismos .

## 0194 - UTILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN SCAI EN LOS PACIENTES CON KILLIP Y KIMBAL A DE INGRESO EN EL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST

Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Flavio Andres DELFINO[1] | Víctor Miguel MAURO[1] | José Ignacio MACÍAS ALCÍVAR[2] | Adrian CHARASK[1] | Stella Maris MACIN[3] | Gerardo ZAPATA[3] | Heraldo D' IMPERIO[1]

*Áreas SAC: Área de Investigación[1]; Grupo Argen IAM ST[2]; FAC - Federación Argentina de Cardiología[3]*

**Introducción:** La clasificación SCAI tiene utilidad pronóstica en pacientes con shock cardiogénico y a diferencia de la clasificación de Killip y Kimbal (K-K), incluye pacientes que "están en riesgo" de presentarlo aunque no lo hayan hecho (categoría A: at risk) o en estadios preclínicos (SCAI B: beginning)

**Objetivos:** 1) Evaluar la prevalencia y evolución de las etapas A y B de la clasificación SCAI y 2) Analizar la capacidad predictiva de eventos de la clasificación SCAI A/B en pacientes K-K A al ingreso.

**Materiales y Métodos:** Se seleccionaron y analizaron los pacientes K-K A de ingreso del registro ARGEN AMI ST y se los reclasificó en pacientes con riesgo de shock (SCAI A), con signos incipientes (SCAI B) y a los que no reunían ninguna de esas condiciones como SCAI 0. Definiciones: SCAI A: infarto grande (infero posterior, anterior o con troponina I >1000 ug/ml dentro de las 3 hs del ingreso) o paciente con infarto previo con TAS >= 100 mmHg y sin signos de hipoperfusión. SCAI B: pacientes con evidencia clínica de hipotensión relativa o taquicardia pero sin hipoperfusión. Sin necesidad de vasoactivos. SCAI 0: paciente estable, en KKA que no cumpla definición de SCAI A o B

**Resultados:** Se analizaron 5640 pacientes K-K A de ingreso. Edad media: 60 años (RIC 52-67), 80% hombres, 91% revascularizados. El 5% desarrolló insuficiencia cardíaca (IC) y el 3% murió en el hospital. El 60% fueron reclasificados como SCAI A, el 2% como SCAI B y el 38% como SCAI 0. Por la baja prevalencia de SCAI B se analizaron en conjunto con los SCAI A. (SCAI A/B) Los pacientes SCAI A/B eran más hipertensos (54 vs 50%, p<0,001), fumadores (12 vs 8%, p<0,01) y con más p de sexo masculino (82 vs 78%, p<0,01)que los pacientes SCAI 0. Tuvieron similar porcentaje de tiempos de reperfusión e isquemia. La prevalencia de insuf cardíaca fue de 6 vs 4%, p<0,001 y de muerte intrahospitalaria de 3 vs 2%, p<0,001). El evento combinado de muerte/insuficiencia cardíaca fue del 8% para el SCAI A/B frente al 5,2% del SCAI 0, p<0,001. La sensibilidad y especificidad del SCAI A/B para el criterio de valoración combinado fue 70,4% y 39,9%, mientras que los valores predictivos positivo y negativo fueron del 8% y el 95%, respectivamente

**Conclusión:** La clasificación SCAI A/B permite identificar pacientes de mayor riesgo dentro del bajo riesgo sin necesidad de estudios complementarios ni aumento de costos. El no ser SCAI A/B lleva implícito un alto valor predictivo negativo para eventos graves.

## 0195 - CLORO URINARIO AL INGRESO HOSPITALARIO COMO PREDICTOR DE RESISTENCIA A DIURÉTICOS Y DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Cristhian Emmanuel SCATULARO[1] | Luciano BATTIONI[2] | Analia Laura GUAZZONE[1] | Hugo Omar GRANCELLI[1]

*Sanatorio Trinidad Palermo[1]; Sociedad Argentina de Cardiología[2]*

**Introducción:** Existe evidencia que sostiene la utilidad de la medición seriada de natriuresis o incluso un solo dosaje al ingreso, para diagnosticar resistencia a diuréticos (RD) y ajustar la dosis de furosemida en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo no conocemos la utilidad del cloro urinario en estos pacientes

**Objetivos:** Correlacionar la medición de cloro urinario al ingreso (CLUI) hospitalario con el desarrollo de RD y eventos cardiovasculares (CV) en pacientes con ICA, durante la internación y el seguimiento ambulatorio a 180 días

**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 recibieron 40 mg de furosemida endovenosa al ingreso y se midió el CLUI 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 RD se definió como un punto final compuesto por el requerimiento de furosemida endovenosa >= 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 a 180 días post alta.

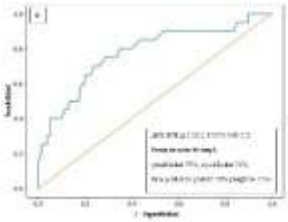
**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes, el 49% eran hombres, y la media de edad fue 81 años. Las características basales de la población se describen en figura 1. La CLUI fue 106 meq/L (RIC 84-126), se evidenció RD en 20% de los casos, y el 16% requirió furosemida >=240 mg/día, 10% BT, 1 paciente SSH y el 2% TRR. La mortalidad CV intrahospitalaria fue 4%, mientras que en el seguimiento a 180 días post alta la mortalidad CV fue 7% y las reinternaciones por ICA 22%. El CLUI bajo se asoció con el desarrollo de RD (p 0.0001; OR 0.96; IC95% 0.95-0.98). Se construyó una curva ROC para determinar su capacidad predictiva, con un AUC 0.78 (p 0.0001; IC95% 0.65-0.9) y un punto de corte de 96 meq/L (sensibilidad 75%, especificidad 71%, valor predictivo positivo 39% y negativo 91%) (Figura 2) Los pacientes con CLUI <96 meq/L presentaron mayor probabilidad de desarrollar RD (p 0.0001; OR 7.43; IC95% 2.4-22.8), persistencia de la congestión a las 48 horas (p 0.018; OR 3; IC95% 1.28-7), administración de furosemida >=240 mg/día (p 0.013; OR 4.6; IC95% 1.47-14.7), dosis acumulada de furosemida (p 0.001), y menor descenso del NT-proBNP (p 0.028) y de la presión sistólica de la arteria pulmonar (p 0.05) a las 72 hs de la internación. El CLUI <96 meq/L se asoció con empeoramiento de la ICA (p 0.002; OR 8; IC95% 2.1-31), empeoramiento de la función renal (p 0.026; OR 3; IC95% 1.23-7.46), requerimiento de BT (p 0.011; OR 8; IC95% 1.6-40), inotrópicos (p 0.05; OR 9; IC95% 1.04-82.4) y una internación en UCO más prolongada (p 0.024), sin relación con el requerimiento de SSH o TRR, la necesidad de asistencia respiratoria mecánica o con la muerte CV durante la internación. En el seguimiento a 180 días post alta, los pacientes con CLUI <96 meq/L presentaron mayor tasa de reinternaciones por ICA (p 0.001; OR 5.8; IC95% 2-16.2), sin asociación con la muerte CV (Figura 2).

**Conclusión:** En pacientes hospitalizados por ICA, un CLUI bajo al ingreso se asoció con RD, persistencia de la congestión, necesidad de estrategias de descongestión más agresivas, y peor evolución clínica intrahospitalaria y en el seguimiento ambulatorio. El dosaje de CLUI podría integrarse a la natriuresis para optimizar la estrategia de descongestión en estos pacientes

**Figura 1. Características basales de la población**

Abreviaturas: CLUI (Cloro urinario al ingreso), NYHA (New York Heart Association), IC (Insuficiencia cardiaca), IECA (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina), ARA II (Antagonistas de receptores de angiotensina II), ARNI (inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina), TFG (Tasa de filtrado glomerular), BNP (Péptido natriurético atrial), FEy (Fracción de Eyección)

| Variable | Total (N = 100) | CLUI <96 meq/L (N = 38) | CLUI ≥96 meq/L (N = 62) |
|---|---|---|---|
| Edad (años) | 89 (RIC 73-86) | 82 (RIC 77-88) | 78 (RIC 69-84) |
| Sexo masculino | 49 (49%) | 19 (50%) | 30 (48.4%) |
| Hipertensión arterial | 82 (82%) | 32 (84.2%) | 50 (80.6%) |
| Diabetes mellitus | 30 (30%) | 10 (26.3%) | 20 (32.3%) |
| Fibrilación auricular | 54 (54%) | 25 (65.8%) | 29 (46.8%) |
| Enfermedad renal crónica | 20 (20%) | 11 (28.9%) | 9 (14.5%) |
| Etiología de IC | | | |
| Isquémica | 27 (27%) | 6 (15.8%) | 21 (33.9%) |
| Hipertensiva | 23 (23%) | 7 (18.4%) | 16 (25.8%) |
| Valvular | 18 (18%) | 13 (34.2%) | 5 (8.1%) |
| Clase funcional según NYHA | | | |
| I | 36 (36%) | 10 (27.8%) | 26 (41.9%) |
| II | 49 (49%) | 19 (52.8%) | 30 (48.4%) |
| III | 12 (12%) | 7 (19.4%) | 5 (8.1%) |
| IV | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1.6%) |
| Tratamiento de IC | | | |
| Betabloqueantes | 67 (67%) | 29 (76.3%) | 38 (61.3%) |
| IECA / ARA II | 56 (56%) | 18 (47.4%) | 38 (61.3%) |
| ARNI | 5 (5%) | 2 (5.3%) | 3 (4.8%) |
| Antagonistas mineralocorticoides | 23 (23%) | 10 (26.3%) | 13 (21.0%) |
| Inhibidores de SGLT-2 | 3 (3%) | 2 (5.3%) | 1 (1.6%) |
| Furosemida | 60 (60%) | 20 (52%) | 40 (64%) |
| Forma de presentación de la IC | | | |
| Congestión pulmonar | 44 (44%) | 15 (39.5%) | 29 (46.8%) |
| Edema agudo de pulmón | 24 (24%) | 9 (23.7%) | 15 (24.2%) |
| IC aguda con congestión derecha | 32 (32%) | 14 (36.8%) | 18 (29%) |
| - Ascitis | 11 (11%) | 7 (20.6%) | 4 (6.6%) |
| - Edema repiratorio | 18 (18%) | 10 (29.4%) | 8 (13.1%) |
| Natriuresis al ingreso (meq/L) | 90 (RIC 80-107) | 78 (RIC 51-88) | 117 (RIC 110-127) |
| CLUI (meq/L) | 106 (RIC 84-126) | 78 (RIC 49-89) | 123 (RIC 108-131) |
| TFG al ingreso (ml/min) | 52 (RIC 43-69) | 47 (RIC 39-64) | 57 (RIC 47-74) |
| Natremia al ingreso | 138 (RIC 134-140) | 136 (RIC 132-139) | 140 (RIC 136-142) |
| Cloremia al ingreso | 98 (RIC 93-100) | 95 (RIC 90-99) | 100 (RIC 97-102) |
| Albumina < 3.5 meq/L al ingreso | 43 (43%) | 22 (57.9%) | 21 (33.9%) |
| NT-proBNP al ingreso (pg/ml) | 4112 (RIC 4993-6672) | 4247 (RIC 2790-6008) | 3978 (RIC 2203-7337) |
| FEy del ventrículo izquierdo (%) | 54 (RIC 42-60) | 58 (RIC 45-60) | 50 (RIC 35-60) |
| Preservada (≥50%) | 55 (55%) | 25 (65.8%) | 30 (48.4%) |
| Levemente reducida (41 -49%) | 12 (12%) | 4 (10.5%) | 8 (12.9%) |
| Reducida (≤ 40%) | 33 (33%) | 9 (23.7%) | 24 (38.7%) |
| E/e' al ingreso | 15 (RIC 14-18) | 15 (RIC 14-18) | 15 (RIC 14-18) |
| PSAP al ingreso (mmHg) | 48 (RIC 40-58) | 49 (RIC 41-60) | 47 (RIC 38-55) |
| Congestión pulmonar al ingreso | 85 (85%) | 31 (81.6%) | 54 (87.1%) |



## 0196 - REGISTRO DE COMPLICACIONES DEL TAVI EN PACIENTES CON RIESGO QUIRÚRGICO ELEVADO EN ARGENTINA.

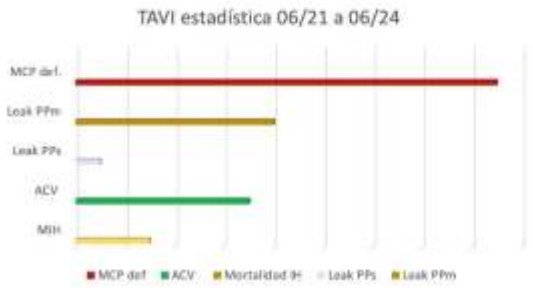
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Martin Alejandro PALMIERI | Miguel Oscar PAYASLIAN | Santiago DOMÍNGUEZ MENDEZ | Sergio CANDIA SANTOS | Lissandro David VILLANUEVA CASSANO

*Unidad Asistencial por Mas Salud Dr Cesar Milstein*

**Introducción:** La estenosis aortica es la enfermedad valvular mas frecuente y la primera causa de recambio valvular. Su prevalencia sigue en aumento debido al envejecimiento de la población. En la actualidad, si bien la cirugía de reemplazo valvular sigue siendo opción de primera línea para el tratamiento de la enfermedad aórtica sintomática, el implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) es una opción de tratamiento que va ganando terreno no solo en el grupo de alto riesgo, sino también en los grupos de moderado y bajo riesgo.

**Objetivos:** El propósito de este estudio es evaluar las complicaciones intrahospitalarias de pacientes considerados de alto riesgo sometidos a TAVI en un centro de la ciudad de buenos aires durante el periodo de junio 2021 a junio 2024.




**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se incluyeron pacientes de alto riesgo quirúrgico (STS > 5, argenscore > 25.8) sometidos a TAVI en un único centro de la ciudad de Buenos aires. Se incluyeron 353 pacientes con una edad promedio de 80 +/- 9 años, el 60.8% mujeres. El STS promedio fue 7.8 +/- 2 y el ArgenScore fue de 34 +/- 8. Se evaluaron las siguientes complicaciones intrahospitalarias: Mortalidad intrahospitalaria, los accidente cerebrovascular intra y postprocedimiento, requerimiento de marcapasos definitivo y la insuficiencia paravalvular (leak).

**Resultados:** El implante fue exitoso en 98.9% de los pacientes. La prótesis más frecuentemente implantada fue la EVOLUT (77%), seguida de la ACURATE (22%). Respecto a las complicaciones: 6.8% requirió colocación de marcapasos definitivo (n=24) 4.2% presento leak periproteisico moderado (n=15) y un paciente severo. 3.4% presentó ACV perioperatorio (n=12) 1.4% de mortalidad intrahospitlaria (n=5).

**Conclusión:** En nuestra población de pacientes con EAO severa con alto riesgo quirúrgico, el implante de TAVI presentó una baja tasa de complicaciones con una mortalidad intrahospitalaria menor al 2%. Consideraciones: Acurate Neo se asoció con tasas más bajas de marcapasos y redujo la prevalencia de fuga paravalvular moderada-grave.

## 0197 - EFECTO DE LA INFUSIÓN DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO SOBRE EL STRAIN AURICULAR

Cardiología Clínica / Arritmias y Electrofisiología

Natalia CARRO | María Graciela ROUSSE | Matilde Beatriz DEL CAMPO CONTRERAS | Edgardo M RUBIO | Silvina FERNANDEZ SALAS | Rocío Maricel FERNÁNDEZ | Gustavo CABREJOS HIGGINS | Josefina ROSMINO

*Hospital General de Agudos Dr. C. Durand*

**Introducción:** El estudio HORIZON, realizado en mujeres entre 65 y 86 años con osteoporosis mostró un aumento en la aparición de fibrilación auricular (FA) y otras arritmias auriculares, luego de una única infusión de ácido zoledrónico. El strain auricular es considerado un predictor de FA y un método sensible para la detección temprana de cardiopatía auricular y de distintos grados de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (VI).

**Objetivos:** Valorar en pacientes con diagnóstico de osteoporosis si la infusión única de ácido zoledrónico, genera alguna modificación en el Strain de la aurícula izquierda (AI), considerando que la arritmia podría estar relacionada con algún grado de disfunción diastólica del VI y/o disfunción auricular.

| Tabla 1 | n =31 |
|---|---|
| Edad (años) | 70.36 |
| Sexo (femenino) | 30(97%) |
| HTA | 9 (29%) |
| DBT | 1 (3.2%) |
| DLP | 14 (45%) |
| Ex TBQ | 3(9.7%) |
| Enfermedad coronaria/ACV | 2)6.5%) |
| ANTEC ONCOLOGICOS | 6(19.3%) |
| ENF INMUNOLOGICAS | 2 (6.5%) |
| ENF ENDOCRINOLOGICAS | 2 (6.5%) |
| ASMA BRONQUIAL | 3 (9.7%) |
| OTRAS PATOLOGIAS | 2 (6.5%) |

**Materiales y Métodos:** Se analizaron entre agosto del 2024 y abril del 2025, 33 pacientes consecutivos con diagnóstico de osteoporosis derivados del Servicio de Endocrinología de nuestro hospital. Se les realizó ecocardiograma Doppler completo basal y a los 15 días de la infusión, con Equipo GE Vivid E95, recabando los siguientes datos: diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEY), strain longitudinal global del ventrículo izquierdo (SLGVI), volumen de aurícula izquierda (VAI), strain de AI, velocidad de insuficiencia tricuspídea (IT). Las variables continúas se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, se comparan los test de t o test no paramétrico ambos para muestras relacionadas según corresponda. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje. Se consideró como significativa una p < de 0.05. Se utilizó el programa SPSS 21.

| Tabla 2 | Previo infusión | Post infusión | |
|---|---|---|---|
| DDVI (mm) | 42.1 ± 4.8 | 41.9 ± 4.7 | NS |
| VOLUMEN AI (ml/m2) | 28.16 ± 7.5 | 28.64 ± 8.5 | NS |
| FEy (%) | 61.5± 5.1 | 61.6 ± 4.7 | NS |
| SLGVI | 19.79 ± 2 | 19.54± 2 | NS |
| Strain AI reservorio (%) | 29.35 ± 8 | 27.42 ± 8 | NS |
| Strain AI conducto (%) | 14 ± 5.7 | 12.7 ± 4.1 | NS |
| Strain AI bomba (%) | 15.7 ± 5.7 | 14.6 ± 6.4 | NS |
| Velocidad IT (m/seg) | 21.12 ± 8.1 | 19.6 ± 8.1 | NS |

**Resultados:** Se evaluaron 33 pacientes, excluyendo 2: uno con diagnóstico de deterioro severo de la fracción de eyección y otra con diagnóstico de FA preexistente. Las características de la población valorada se muestran en la tabla 1. Si bien el Strain de AI post infusión fue inferior al basal, esta diferencia no alcanzó significancia estadística. Tampoco se observaron diferencias significativas en el DDVI, FEY, SLGVI, VAI o velocidad de IT. No se han documentado arritmias auriculares. Ver Tabla 2

**Conclusión:** En nuestra población una infusión única de ácido zoledrónico no mostró cambios en la deformación de la aurícula izquierda ni en las variables que miden función sistodiastólica del VI, en el contexto de una población sin evidencias de cardiopatía auricular preexistente.

## 0199 - DESAFÍOS EN EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: RESULTADOS DE UN PROGRAMA PILOTO EN URUGUAY

Cardiología Clínica

Rubí Del Rocío RODRÍGUEZ AYALA[1] | Daniela TRINDADE[1] | Violeta GONZÁLEZ[2] | Natalia KAUTZ[1] | Monica GONZÁLEZ[1] | Virginia ESTRAGÓ[1] | Lucía FLORIO[1]

*Unidad Académica Cardiología, Hospital De Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad De La República[1]; Hospital Clínico Universitario De Santiago, IDIS (CIBER-CV)[2]*

**Introducción:** Los anticoagulantes orales directos (ACOD) son de elección para prevenir eventos embólicos en pacientes con fibrilación o flutter auricular no valvular (FANV). Su efectividad depende de la adherencia, que puede afectarse en contextos sin cobertura del tratamiento, como en Uruguay. En 2024, se implementó en un hospital público uruguayo un programa asistencial piloto para ofrecer el cambio de warfarina a ACOD a pacientes candidatos. Este trabajo presenta los primeros resultados de su implementación.

adherencia al tratamiento, explorando posibles factores asociados a su interrupción, y analizar mortalidad y eventos adversos en el seguimiento.

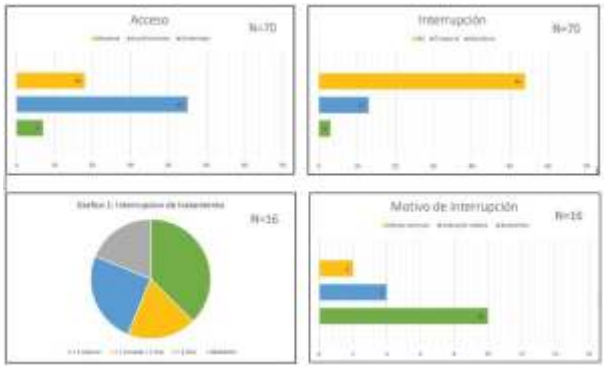
**Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico unicéntrico de una cohorte retrospectiva, con seguimiento prospectivo. Se recopilaron datos clínicos, acceso y adherencia mediante un cuestionario, mortalidad y eventos hemorrágicos o embólicos -autorreportados o registrados en la historia-. Para estudiar factores asociados a la no adherencia, se emplearon tablas de contingencia para variables categóricas, y regresión logística binaria para continuas, calculando las odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza (IC95%), con un nivel de significación bilateral $p<0.05$.

**Resultados:** Se incluyeron 78 pacientes (74.5±9.6 años, 47.4%mujeres), cuyo perfil se refleja en la tabla1. La mediana de seguimiento fue de 8.4 meses (8.1, 9.0). 70 pacientes completaron el cuestionario: 45 (64.3%) asumieron el costo del ACOD; 13 (18.6 %) refirieron interrupciones temporales y 3 (4.3%) abandono definitivo, principalmente por razones económicas (fig1). La diabetes se asoció marginalmente con la interrupción temporal del ACOD (OR:3.8;IC95%1.08–13.41;p=0.051), sin otros factores asociados. Hubo 2 muertes en el seguimiento (una muerte súbita y otra desconocida), un evento hemorrágico mayor y siete menores (10%), y ningún evento embólico.

**Conclusión:** En este programa piloto, casi un cuarto de pacientes tratados con ACOD presentó baja adherencia, principalmente por razones económicas. La diabetes podría asociar mayor riesgo de discontinuar el tratamiento. En eventos adversos, predominaron los sangrados menores. Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar los determinantes socioeconómicos de la adherencia a los tratamientos de forma integral.

**Tabla 1. Características basales de la cohorte**

| | ACOD (n=78) |
|---|---|
| **Datos demográficos** | |
| Sexo femenino | 37 (47.4%) |
| Edad media | 74.5 (±9.6) |
| Edad mediana | 75.5 (68,81.3) |
| Domicilio (departamento) | |
| Montevideo | 64 (82.1%) |
| Otro departamento | 14 (17.9%) |
| Canelones | 11 (14.1%) |
| San José | 3 (3.8%) |
| **Características clínicas** | |
| Indicación de anticoagulación | |
| Fibrilación auricular | 73 (93.6%) |
| Flutter | 5 (6.4%) |
| Hipertensión arterial | 71 (91.0%) |
| Diabetes mellitus | 28 (35.9%) |
| Enfermedad vascular | 26 (33.3%) |
| Enfermedad arterial coronaria | 24 (30.8%) |
| Insuficiencia cardiaca | 20 (25.6%) |
| Fracción de eyección ventricular izquierda % | 55 (45, 60) |
| Ictus/ Accidente isquémico transitorio | 13 (16.7%) |
| Cáncer | 7 (9.0%) |
| Tromboembolismo previo | 2 (2.6%) |
| Hemorragia mayor previa | 2 (2.6%) |
| **Riesgo trombótico** | |
| Puntuación CHADs-VA | 3 (2, 4) |
| Categorías CHADs-VA | |
| 1 | 2 (2.6%) |
| 2 | 20 (25.6%) |
| ≥3 | 56 (71.8%) |
| **Parámetros analíticos** | |
| Hemoglobina (g/dL) | 12.9 (11.6, 14.1) |
| Anemia | 32 (41%) |
| Creatinina (mg/dL) | 1.0 (0.9, 1.3) |
| Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m²) | 62.0 (48.2, 80.9) |




## 0211 - INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE FABRY COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Analia Gladys PAOLUCCI | Angel Fernando INTRIAGO DELGADO | Maria Victoria CARVELLI | Michael SALAMÉ | Cecilia PEREYRA | Paola SETTEPASSI | Mario PRINCIPATO | Justo CARBAJALES

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

**Introducción:** La enfermedad de Fabry es un trastorno hereditario poco frecuente, ligado al cromosoma X, causado por un defecto en el metabolismo de los glucoesfingolípidos debido a una actividad reducida o ausente de la enzima alfa-galactosidasa A (aGAL). Esta deficiencia es consecuencia de mutaciones en el gen GLA, lo que lleva a un almacenamiento anómalo de sustratos en diversos tejidos y órganos. Se trata de una enfermedad multisistémica con una incidencia baja y un alto grado de infradiagnóstico. Entre sus manifestaciones clínicas, la afectación cardiovascular es una de las más relevantes, constituyendo la principal causa de mortalidad y deterioro de la calidad de vida en estos pacientes. Por otro lado, la miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía hereditaria más común, con una expresión genética y fenotípica heterogénea. Ambas patologías comparten características morfológicas, en particular el aumento del grosor parietal del ventrículo izquierdo, lo que ha llevado a considerar la enfermedad de Fabry como una fenocopia de la miocardiopatía hipertrófica sarcomérica. Sin embargo, su fisiopatología y enfoque terapéutico son completamente distintos, lo que hace fundamental su diferenciación.

**Objetivos:** El presente estudio tiene como objetivo evaluar la incidencia de la enfermedad de Fabry como diagnóstico diferencial en pacientes con diagnóstico imagenológico de miocardiopatía hipertrófica.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectivo entre el 2015 y 2025, en el que se evaluaron 50 pacientes con diagnóstico imagenológico de miocardiopatía hipertrófica. Para el diagnóstico, se consideró un espesor miocárdico superior a 13 mm, determinado mediante ecocardiografía Doppler color y/o resonancia cardíaca con gadolinio. Todos los pacientes fueron sometidos a evaluación clínica integral y a estudios complementarios, incluyendo ecocardiografía, monitoreo Holter de 24 horas, resonancia magnética cardíaca con gadolinio y análisis de laboratorio completo. Para el diagnóstico de enfermedad de Fabry, en todos los pacientes se realizó la prueba de gota seca para la determinación del dosaje enzimático y del biomarcador Lyso mediante espectrometría de masas en tándem. En los pacientes masculinos, se determinó en primer lugar la actividad enzimática, seguida de la medición de Lyso y, en caso de resultados sugestivos, se realizó el estudio genético. En las pacientes femeninas, se midieron inicialmente la actividad enzimática y Lyso, y posteriormente se realizó el test genético en aquellos casos con resultados borderline o positivos. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana con su correspondiente rango intercuartilo (RIC), de acuerdo a su distribución. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes.

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales el 56% eran de sexo masculino, con una media de edad de 53 ± 8 años. Para el diagnóstico de enfermedad de Fabry, todos los resultados, mediante los diferentes métodos utilizados resultaron negativos.

**Conclusión:** Si bien la literatura reporta una incidencia del 1-2% de la enfermedad de Fabry en pacientes con miocardiopatía hipertrófica, en nuestra población estudiada no se identificaron casos positivos. A pesar de estos resultados, es fundamental destacar la importancia de un diagnóstico oportuno, ya que la detección temprana de la enfermedad podría permitir instaurar un tratamiento específico, con la posibilidad de modificar la evolución natural de la patología y mejorar el pronóstico de los pacientes.

## 0213 - SERIE DE 7 PACIENTES DE REVASCULARIZACIÓN NO CONVENCIONAL DE MIEMBROS INFERIORES MEDIANTE LÁSER TRANSMUSCULAR Y REHABILITACIÓN INTENSIVA: UNA ALTERNATIVA EN PACIENTES SIN OPCIONES QUIRÚRGICAS

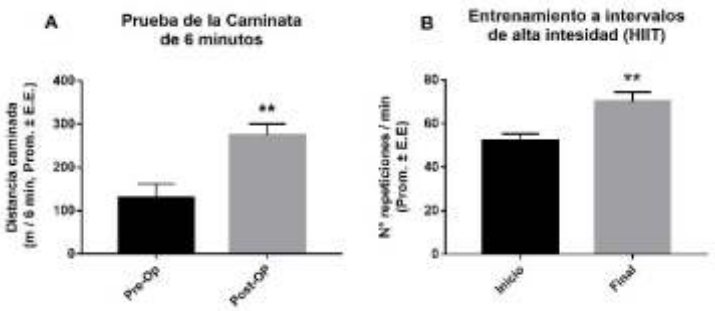
Medicina Vascular

María Del Carmen NIEVAS ROMANO | Virginia Sofia NIEVAS ROMANO

*Clínica Córdoba Salud*

**Introducción:** La amputación es una opción frente a casos avanzados de enfermedad arterial periférica con isquemia critica. Con el objetivo de preservar el miembro y mejorar la calidad de vida del paciente, se evaluó un nuevo abordaje terapéutico basado en la técnica de revascularización transmiocárdica por láser (TMLR), adaptada a miembros inferiores, complementada con un programa intensivo de rehabilitación cardiovascular durante 6 semanas.( en pacientes no candidatos a metodos convencionales de revascularizacion (By pass y/o stent) Participaron 7 pacientes con isquemia crítica y sin opción quirúrgica convencional, todos con indicación previa de amputación.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia clínica y funcional de una técnica de revascularización con láser transmuscular en miembros inferiores. Determinar el impacto de la rehabilitación cardiovascular intensiva en la recuperación funcional y la calidad de vida. Medir los cambios vasculares (eco-Doppler), bioquímicos y funcionales pre y post tratamiento.




**Materiales y Métodos:** Participaron 7 pacientes (32 a 92 años), todos diabéticos y con indicación médica de amputación mayor. Se aplicó una técnica de láser transmuscular en MMII, con fibra óptica de 800 µm, cada 2 cm. El tratamiento fue ambulatorio, bajo anestesia local. Posteriormente, los pacientes realizaron un programa de rehabilitación cardiovascular intensiva de 6 semanas (8 h/día, 6 días/semana), con ejercicios aeróbicos, fuerza, HIIT y supervisión multidisciplinaria. Se

realizaron estudios bioquímicos pre y post intervención (hematología, glucemia, PCR, creatinina), eco-Doppler para flujo vascular y colaterales, prueba de caminata de 6 minutos y HIIT. El análisis estadístico incluyó ANOVA, prueba de Mann-Whitney y chi cuadrado, con significancia en $p < 0.05$.

**Resultados:** De los 7 pacientes, 2 fallecieron por causas no relacionadas al procedimiento (descompensacion diabetica, y otra por IAM, a los 36 y 45 meses respectivamente), los 5 restantes conservan ambos MMII, sin amputacion mayor, con buena clase funcional, y han mejorado su calidad de vida, mejoraron control glucemico, y el flujo sanguineo por eco doppler, En cuanto a los resultados: Bioquímica: valores normales al final del tratamiento. PCR elevada levemente a los 10 días, normalizada a los 60. Creatinina con variación no significativa. Eco-Doppler: aumento significativo de vasos colaterales supra e infrapatelares; mejora en el patrón de ondas de flujo. Rehabilitación: incremento significativo en distancia caminada en el test de 6 minutos y en repeticiones por minuto en HIIT. Clínico: ningún paciente requirió amputación mayor durante el seguimiento a 5 años.

**Conclusión:** Este estudio presenta un enfoque innovador y humanista para el tratamiento de la isquemia crítica de miembros inferiores, centrado en preservar la funcionalidad y dignidad del paciente. La combinación de tecnología láser transmuscular con rehabilitación intensiva y personalizada mostró resultados prometedores en pacientes sin opciones terapéuticas convencionales, favoreciendo la angiogénesis, mejorando la perfusión distal y promoviendo una recuperación física y metabólica significativa. Este enfoque interdisciplinario representa una alternativa viable cuando no es posible con las técnicas quirúrgicas tradicionales. Aunque se requiere mayor investigación, estos primeros resultados demuestran que se puede transformar el pronóstico de estos pacientes.

## 0214 - REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR: ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO Y EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA.

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Facundo Javier BALSANO | Mabel Noemi GARCIA | Franco Luciano OCAMPOS DI SALLO | Leandro PARRILLA | Giuliana Ayelén TRESENZA | Ana Inés María VINUESA | Bruno APONTE | Karen FARIAS

*Hospital Carlos G. Durand*

**Introducción:** Pacientes con patología cardiovascular, tales como enfermedad coronaria, post quirúrgicos e insuficiencia cardíaca, que son incluidos en programas de rehabilitación cardiovascular (RHCV) multidisciplinarios evidencian múltiples beneficios como la disminución de la morbimortalidad, re internaciones, mejoría de capacidad funcional y del estatus social y psicológico, permitiendo su temprana reinserción al sistema laboral y disminuyendo costos en salud.

Figura 1.

| | Inicio del programa (Mediana) | Evaluación a los tres meses (Mediana) |
|---|---|---|
| Score DASI | 36.7 puntos | 45.4 puntos |
| Sit & stand | 22 repeticiones | 26 repeticiones |
| Test de marcha de los 6 minutos | 385 metros | 476 metros |
| Capacidad funcional máxima | 7 METS | 9.8 METS |
| Capacidad funcional límite | 6.95 METS | 8.55 METS |

**Objetivos:** Evaluar la mejoría en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes incluídos al programa de rehabilitación en un centro multidisciplinario de RHCV en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes mayores de 18 años, con patología cardiovascular, que ingresaron al programa multidisciplinario de RHCV de nuestro centro entre el 1 de abril de 2024 y el 28 de Febrero de 2025. La capacidad funcional y calidad de vida fueron evaluadas a través de pruebas ergométricas graduadas (PEG) en cinta, prueba de sit & stand, test de caminata de 6 minutos (TC6M) y el índice de status de actividad de Duke (DASI) al inicio y a los 3 meses del inicio del programa.

Figura 2.

| | | Inicio del programa (Mediana) | Evaluación a los 3 meses (Mediana) |
|---|---|---|---|
| Sexo Masculino | Score DASI | 44.7 puntos | 44.7 puntos |
| | Sit & stand | 23 repeticiones | 26 repeticiones |
| | Test de marcha de los 6 minutos | 406 metros | 504 metros |
| | Capacidad funcional máxima | 7 METS | 10.3 METS |
| | Capacidad funcional límite | 6.8 METS | 10.2 METS |
| Sexo Femenino | Score DASI | 32.2 puntos | 45 puntos |
| | Sit & stand | 19 repeticiones | 23 repeticiones |
| | Test de marcha de los 6 minutos | 343 metros | 427 metros |
| | Capacidad funcional máxima | 6 METS | 10.13 METS |
| | Capacidad funcional límite | 7 METS | 10.12 METS |
| Enfermedad coronaria | Score DASI | 44.7 puntos | 50.2 puntos |
| | Sit & stand | 23 repeticiones | 28 repeticiones |
| | Test de marcha de los 6 minutos | 371 metros | 469 metros |
| | Capacidad funcional máxima | 7 METS | 9.8 METS |
| | Capacidad funcional límite | 6.9 METS | 8.3 METS |
| Insuficiencia cardiaca | Score DASI | 40.7 puntos | 40.7 puntos |
| | Sit & stand | 24 repeticiones | 28 repeticiones |
| | Test de marcha de los 6 minutos | 409.5 metros | 497 metros |
| | Capacidad funcional máxima | 8.75 METS | 10.9 METS |
| | Capacidad funcional límite | 7 METS | 10.9 METS |

**Resultados:** Ingresaron 52 pacientes al programa multidisciplinario de RHCV. El 86.5% de los pacientes eran hombres, con una mediana de edad de 59 años. El motivo de ingreso fue: 28.8% post infarto agudo de miocardio (66% con elevación del ST y 34% sin elevación del ST), 23% post cirugía de revascularización miocárdica, 13.4% insuficiencia cardiaca (42.8% con Fracción de eyección (FEVI) con deterioro severo, 28.6% con deterioro moderado y 28.6% con FEVI preservada), 11.5% post angioplastía, 9.6% angina inestable, 3.8% angina crónica estable seguidas de miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía chagásica y reemplazo valvular mitral en un 1.8% en cada caso. Los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron en un 76.9% el sedentarismo , 71% dislipemia, 67% hipertensión arterial, un 42.3% tabaquista o ex tabaquista y en un 28.8% diabetes. Con respecto al riesgo cardiovascular que presentaban a su ingreso, según la guía de la asociación americana de rehabilitación cardiopulmonar, 19.2% era bajo, 51.9% era moderado y 28.9% era de alto riesgo. Luego de un seguimiento de 3 meses de programa de RHCV, se evidenció una mejoría de 23.7% en el score de DASI (mediana de inicio de 36.7 puntos vs 45.4 puntos a los 3 meses), de 18% en el test de sit & stand (mediana de inicio de 22 repeticiones vs 26 repeticiones a los 3 meses), de 23.6% en el test de marcha de los 6 minutos ( mediana de inicio de 385 metros vs 476 metros a los 3 meses), de 40% en la capacidad funcional máxima ( mediana de inicio de 7 METS vs 9.8 METS a los 3 meses) y de 23% en la capacidad funcional límite (mediana de inicio de 6.95 METS vs 8.55 METS a los 3 meses) (Figura 1) En la figura 2 se evidencia la mejoría de la capacidad funcional y la calidad de vida según subgrupos.

**Conclusión:** La RHCV multidisciplinaria evidenció una marcada mejoría en los parámetros de capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes con enfermedad cardiovascular. Dicha mejoría en la capacidad funcional se presenta tanto en ambos sexos como en cada subgrupo de patología cardiovascular. Sin embargo la percepción de mejoría de calidad de vida es mayormente percibida en el subgrupo de mujeres y enfermedad coronaria.

## 0215 - EFECTOS ADVERSOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON INMUNOTERAPIA. SERIE DE CASOS

Cardioncología / Cardiología Clínica

Santiago Luis DEL CASTILLO | Juan Augusto CARPANI | Paul ARIAS | Maria Clara SCATTINI | Rocio BLANCO | Rodolfo PIZARRO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** Las terapias oncológicas, tanto convencionales como emergentes, pueden inducir efectos adversos cardiovasculares. En los últimos años la inmunoterapia, en particular mediante inhibidores de puntos de control inmunitario (ICIs), ha emergido como una estrategia eficaz al potenciar la respuesta inmune contra células tumorales, aunque se han reportado efectos adversos cardiovasculares (CV) inmunomediados asociados a estos fármacos.

Objetivos: Presentar una serie de casos de un hospital universitario de pacientes con efectos adversos CV por ICIs.

Materiales y Métodos: Se realizó una serie de casos de pacientes de un hospital universitario que se encontraban bajo tratamiento con ICIs y presentaron en el seguimiento alguno de los efectos adversos CV descritos para estos fármacos como miocarditis (sospechada o definida), síndrome de Tako-Tsubo y pericarditis aguda. Los datos se recopilaron en forma retrospectiva a través de la historia clínica electrónica institucional. Se hizo un

| | n=15 |
|---|---|
| Edad, años (RIC) | 76 [70-79] |
| Masculino, % (n) | 53 (7) |
| Hipertensión arterial, % (n) | 53 (8) |
| Dislipemia, % (n) | 40 (6) |
| Diabetes, % (n) | 13 (2) |
| IAM, % (n) | 20 (3) |
| ICC, % (n) | 6 (1) |
| Cáncer, % (n) | |
| Renal | 20 (3) |
| Mama | 6 (1) |
| Esofago | 6(1) |
| Pulmón | 33 (5) |
| Escamoso | 6 (1) |
| Endometrio | 6 (1) |
| Melanoma | 13 (6) |
| Colon | 6 (1) |
| Metástasis, % (n) | 47 (7) |
| Monoterapia ICI, % (n) | 60 (9) |
| Bitarapia ICI, % (n) | 40 (6) |
| Quimioterapia asociada, % (n) | |
| Antraciclinas | 6.7% (1) |
| Platinos/Taxanos | 26.7% (4) |

relevamiento de variables clínicas, oncológicas, formas clínicas de presentación, así como tratamiento instaurado y mortalidad intrahospitalaria. Las variables se expresaron como medianas y rangos intercuartilos o porcentaje según corresponda.

| | Edad | Cáncer | Inmunoterapia | Ef. adversos | Superposición* | Días al efecto adverso CV | Síntomas | Tratamiento inmunosupresor | TUS pico | Cambios ECG | Hallazgos RMC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Paciente 1 | 77 | Renal | Nivolumab | Miocarditis | SI | 18 | NO | Combinado* | 2938 | Bloqueo AV | RTG-Miocarditis |
| Paciente 2 | 72 | Mama | Nivolumab | Miocarditis | NO | 45 | SI | Metilprednisolona | 880 | - | Normal |
| Paciente 3 | 76 | Testículo | Pembrolizumab | Miocarditis | SI | 42 | SI | Combinado* | 3644 | Supradesnivel ST | - |
| Paciente 4 | 65 | Testículo | Tislelizumab | Miocarditis | NO | 28 | NO | Metilprednisolona | 412 | - | Normal |
| Paciente 5 | 74 | Pulmón | Durvalumab | Miocarditis | SI | 31 | SI | Combinado* | 345 | Bloqueo AV | - |
| Paciente 6 | 78 | Pulmón | Nivolumab | Miocarditis | NO | 10 | SI | Metilprednisolona | 560 | - | Edema miocárdico |
| Paciente 7 | 74 | Pulmón | Pembrolizumab | Miocarditis | SI | 39 | NO | Combinado* | 1578 | - | Edema miocárdico |
| Paciente 8 | 64 | Pulmón | Pembrolizumab | Miocarditis | SI | 35 | NO | Metilprednisolona | 3818 | - | - |
| Paciente 9 | 78 | Endometrio | Pembrolizumab | Miocarditis | SI | 115 | NO | Combinado* | 415 | - | - |
| Paciente 10 | 70 | Pulmón | Pembrolizumab | Miocarditis | SI | 38 | NO | Prednisolona | 710 | - | - |
| Paciente 11 | 75 | Renal | Nivolumab | Miocarditis + Tako-Tsubo | SI | 40 | SI | Metilprednisolona | 1557 | Supradesnivel ST | Edema miocárdico |
| Paciente 12 | 61 | Melanoma | Nivolumab + ipilimumab | Tako-Tsubo | NO | 30 | SI | Prednisolona | 606 | Supradesnivel ST | - |
| Paciente 13 | 68 | Melanoma | Nivolumab + ipilimumab | Miocarditis | SI | 12 | NO | Combinado* | 1038 | - | - |
| Paciente 14 | 79 | Colon | Durvalumab | Miocarditis | SI | 35 | NO | Metilprednisolona | 576 | BEAD | NO |
| Paciente 15 | 80 | Pulmón | Nivolumab + ipilimumab | Pericarditis | NO | 22 | SI | Prednisolona | 14 | T negativas | Edema pericárdico |

*Obito

*Miositis/Miastenia

*Metilprednisolona + 2do inmunosupresor o gammaglobulina

**Resultados:** Se incluyeron un total de 15 pacientes. La tabla 1 resume las características basales de la población y su enfermedad oncológica. La mediana de tiempo desde el inicio del tratamiento con ICIs y los efectos adversos CV fue de 32 días [RIC 15-42]. La tabla 2 resume los efectos adversos CV. En su mayoría fueron miocarditis (80%, n=12) mientras que en los restantes se manifestaron como miocarditis con síndrome de Tako-Tsubo asociado, Tako-Tsubo aislado y pericarditis aguda. Llamativamente el 83% (n=10) de los pacientes con miocarditis presentó síndrome de superposición con miositis o miastenia gravis. Solo el 46.6% (n=7) manifestó síntomas como disnea, disconfort torácico o mareos, mientras que el resto de los pacientes se presentaron asintomáticos o sólo con síntomas neurológicos. Dentro de los hallazgos del electrocardiograma de ingreso se observó supradesnivel ST en 3 pacientes y el bloqueo auriculoventricular en 2 pacientes. La mediana de troponina T ultrasensible (TUS) pico fue de 710 pg/ml [RIC 412-1078]. Todos los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor, donde el 40% (n=6) recibió pulsos de metilprednisolona, el 40% (n=6) un tratamiento combinado con metilprednisolona con un segundo inmunosupresor, gammaglobulina o plasmaféresis y el 20% restante (n=3) recibió tratamiento con meprednisona oral. En 8 pacientes (53%) se logró realizar una resonancia cardíaca donde los hallazgos principales fueron el edema y el realce tardío de gadolinio compatible con inflamación aguda del miocardio. La mortalidad intrahospitalaria fue de 27% (4 pacientes), y todos ellos habían presentado síndrome de superposición con miocarditis y miositis/miastenia siendo la principal causa de muerte la insuficiencia respiratoria. En el subgrupo de pacientes que se presentaron con este síndrome la mortalidad ascendió hasta el 40%.

**Conclusión:** Dentro de los efectos adversos CV de los ICIs, se destaca la miocarditis sospechada o definida, que muchas veces se presenta como síndrome de superposición con miositis y miastenia gravis, una entidad de elevada mortalidad intrahospitalaria.

## 0222 - FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA EN EL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: UTILIDAD DE LOS SCORES POAF Y HATCH PARA PREDECIR ESTE EVENTO.

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Diana LOPEZ | Sol SUSHEK | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | 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 transcatéter (TAVI) y está asociada con complicaciones clínicas. Se han desarrollado diferentes scores para evaluar el riesgo de desarrollo de FA. Por un lado, score POAF fue inicialmente desarrollado para predecir el riesgo de desarrollo de FA en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Posteriormente, el HATCH fue desarrollado como una herramienta sencilla para evaluar e riesgo de FA en diversas situaciones. La utilidad de estos scores en el contexto del postoperatorio de TAVI han sido poco estudiados.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad del score POAF y del HATCH para predecir FA en el posoperatorio en pacientes sometidos a TAVI.

**Materiales y Métodos:** Se realizo un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes a los que se realizó TAVI por estenosis aortica severa en un solo centro. Se incluyeron pacientes consecutivos a los que se realizó TAVI, se excluyeron los pacientes con historia previa de FA. Se calcularon a todos los pacientes los scores POAF y HATCH utilizando las variables de la historia clínica. En el caso del POAF, 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 realizo análisis multivariado por regresión logista, se confeccionó curva ROC para evaluar la capacidad de discriminación de cada 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. Caracteristicas basales: EL 90% presentaba anteedente de Hipertensión arterial, el 15% (n=25) antecedente de EPOC, el 18% (n=30) clearence< 15 ml/min, el 10% (n=16) presentaba Fey<30%, el 15% (n=25) historia de insuficiencia cardíaca y el 6% (n=9) stroke previo. Durante la internación el 8.6% (n=14) desarrollaron FApop. Tanto el POAF como el HATCH fueron predictores de FApop, presentando un OR ajustado de 2.05 (IC95% 1.10-3.82), p=0.02 y de 1.92 (IC95% 1.14 – 3.22), p=0.01; respectivamente. No hubo diferencias en el área bajo la curva ROC (0.67 el POAF y 0.64 el HATCH). La calibración según la prueba de hosme-lemeshow fue adecuada para el POAF (p=0.72), mientras no lo fue para el HATCH (p=0,05).

**Conclusión:** En nuestra población de TAVI la incidencia de FApop fue menor al 10%. Tanto el POAF como el HATCH fueron predictores independientes de FApop, ambos con una pobre capacidad de discriminación. Sólo el POAF presentó una adecuada calibración.

## 0224 - RELEVANCIA DEL PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO ESPECULAR - RECÍPROCO EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS CON ELEVACIÓN DEL ST.

Cardiopatía Isquémica

Leonel Damian DEGENHARDT | Leonardo MENDIETA | Augusto TRIONE | Jhosimar Weimar GALEAN OÑA

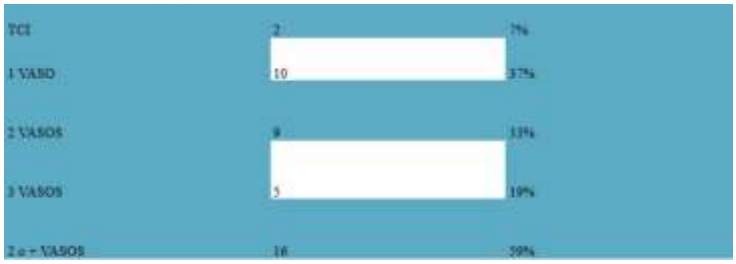
*Hospital General Alberto Balestrini*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (STEMI) suele acompañarse por la presencia de depresiones del segmento ST en derivaciones opuestas a aquellas que muestran la elevación, fenómeno conocido como cambios recíprocos. Tradicionalmente, estos cambios se interpretan como un reflejo especular de la lesión isquémica primaria, producto de la disminución del potencial de acción en el área dañada.

**Objetivos:** Comparar las características clínicas de los pacientes en relación a la presencia o no de cambios electrocardiográficos del segmento ST denominados especulares o recíprocos en los ECG de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Determinar la asociación de los cambios recíprocos en el segmento ST con el grado de enfermedad coronaria significativa y la evolución intrahospitalaria en pacientes con IAM

Tabla 1 Lesiones multivasos

| 84 PACIENTES | n NO ESPECULAR (%) | n ESPECULAR (%) | valor de p (proporcion combinada) |
|---|---|---|---|
| | 7(16) | 10 (25) | 0.224 (22.4%) |




**Materiales y Métodos:** Se planteó un estudio descriptivo, retrospectivo y de no intervención, basado en el registro de casos Se analizaron las historias clínicas de 84 pacientes con diagnóstico de SCACEST desde Noviembre del 2023 a Agosto del 2024 asistidos por el Servicio de Cardiología en la Unidad Coronaria. Surge de esto la distribución en dos grupos dado que 40 pacientes presentaron ECG de ingreso con cambios del ST especular o recíproco, y 44 no lo presentaron, considerado válido la elevación y/o depresión del segmento ST de al menos 0.1 mV de 2 o más derivaciones contiguas del ecg estándar de 15 derivaciones. Se analizaron las diferentes variables por medio de test de proporciones vía Z Test. Dado el tamaño de la muestra no se intenta evidenciar significancia pero sí proyectar porcentajes de prevalencia. Dentro de esta premisa se hallaron valores con significancia a las variables:

lesiones multivasos, shock cardiogénico y mortalidad intrahospitalaria. Se documentaron vía cinecoronariografía en las primeras 48 hs cuáles eran los territorios vasculares afectados significativamente. Realizamos un registro de casos, descriptivo, retrospectivo y de no intervención .

**Resultados:** En lesiones multivasos el grupo con cambios recíprocos fueron 10 pacientes, prevalencia del 25%, en contraste con la tasa de los no recíprocos del 16%, diferencia existente pero no significativa ( p 0.224) (Tabla 1) En los pacientes con cambios especulares, la CCG realizada en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario mostró que el 59% tenía afectación de dos o más vasos coronarios. La enfermedad de un solo vaso fue detectada en el 37% de los casos, mientras que el compromiso del tronco de la coronaria izquierda (TCI) se observó en el 7%. Estos hallazgos reflejan una alta prevalencia de enfermedad coronaria extensa en este grupo de pacientes. (Tabla 2) La incidencia de shock cardiogénico, el grupo con recíprocos lo presentó en un 15% de los pacientes, es decir 6 de 40, frente a un 12% del otro grupo con 5 pacientes. (p 0,12) y la mortalidad intrahospitalaria fue mayor en el grupo con cambios ECG especulares, con una tasa del 10% (4 de 40 pacientes), en comparación con el 7% en el grupo sin estos cambios (3 de 44 pacientes). Aunque la diferencia es sugerente, el valor de p (0.10) indica que no alcanza significancia estadística, pero podría ser relevante para futuros análisis

**Conclusión:** Los resultados de este estudio nos permiten sugerir, sin el peso de la significancia estadística, que los pacientes que cursaron con síndrome coronario agudo con cambios especulares en el ECG de ingreso presentaron mayor severidad de extensión de enfermedad coronaria angiográfica y mayor compromiso hemodinámico, con una tasa menor de sobrevida intrahospitalaria en comparación con los pacientes con IAM sin estos signos electrocardiográficos.

## 0225 - USO DE FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES EN CARDIO-ONCOLOGÍA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO A PARTIR DE LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UNA POLICLÍNICA DE ESPECIALIZADA

Cardioncología

Federico FERRANDO | Soledad MURGUÍA SALGADO | Maria Victoria VEIRANO

*Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"*

**Introducción:** Los avances terapéuticos oncológicos han prolongado la supervivencia en los pacientes con cáncer. Sin embargo, este progreso se acompaña de un aumento en los efectos secundarios cardiovasculares (CV). Así, la identificación de los pacientes en riesgo de cardiotoxicidad es esencial para implementar estrategias de cardioprotección que minimicen dichos efectos adversos. Aunque diversos estudios han demostrado que los fármacos cardioprotectores pueden atenuar el impacto de la cardiotoxicidad, su utilidad clínico-práctica ha sido poco evaluada a nivel local.

| Características clínicas - demográficas | n (%) |
|---|---|
| **Sexo masculino/Sexo femenino** | 21 (62%) / 13 (38%) |
| **Edad (años, media ± DE)** | 56 ± 13 |
| **FRCV** | 25 (73%) |
| • HTA | 13 (38,0%) |
| • DM | 5 (15,0%) |
| • Tabaquismo | 16 (47,0%) |
| • DLP | 8 (23,0%) |
| • ERC | 2 (5,8%) |
| • Obesidad | 4 (11,7%) |
| • Sedentarismo | 10 (29,0%) |
| • Drogas | 4 (11,7%) |
| • Otros* | 7 (20,0%) |
| **Cardiopatía estructural** | 8 (23,0%) |
| • Isquémica | 3 (8,8%) |
| • Dilatada | 2 (5,8%) |
| • Hipertensiva | 2 (5,8%) |
| • Infiltrativa | 1 (2,9%) |
| **Exposición a QT previa** | 3 (8,8%) |
| **Exposición a RT previa** | 1 (2,9%) |
| **Riesgo CV** | |
| • Bajo riesgo | 26 (77,0%) |
| • Alto riesgo | 8 (23,0%) |

| Características clínicas - oncológicas | |
|---|---|
| **Diagnóstico oncológico** | |
| • LH | 6(17,6%) |
| • LNH | 17 (50,0%) |
| • Leucemias | 3 (8,8%) |
| • MM | 1 (2,9%) |
| • Neo Mama | 3 (8,8%) |
| • Otros tumores sólidos | 4 (11,7%) |
| **Estadio** | |
| • I-II | 14 (41,0%) |
| • III-IV | 20 (59,0%) |
| **QT pautada** | |
| • Antraciclinas | 26 (77,0%) |
| • Agentes alquilantes | 19 (55,0%) |
| • Alcaloides | 6 (17,6%) |
| • Ac. monoclonales | 15 (44,0%) |
| • Inhibidores de proteosomas | 1(2,9%) |
| • Inhibidores tirosin kinasa | 1 (2,9%) |
| • Citostáticos | 2 (5,8%) |
| **Tiempo (meses, media ± DE) desde dg hasta inicio QT** | 1,2 ± 1 |
| **RT mediastinal** | 2 (5,8%) |

**Tabla 1. *Características clínicas basales de la población de estudio*** HTA: Hipertensión arterial, DM: Diabetes mellitus, DLP: Dislipemia, ERC: Enfermedad renal crónica, QT: Quimioterapia, RT: Radioterapia, LH: Linfoma Hodgkin, LNH: Linfoma no Hodgkin, MM: Mieloma múltiple. *Otros: VIH: virus de inmunodeficiencia humana, FA: fibrilación auricular, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Asma.

**Objetivos:** Evaluar los resultados de la terapia cardioprotectora en la práctica clínica real de pacientes sometidos a quimioterápicos potencialmente cardiotóxicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, en una policlínica especializada desde enero 2021 a diciembre 2023. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico oncológico confirmado, evaluados antes de iniciar tratamiento. El seguimiento incluyó controles clínicos y paraclínicos estandarizados (ECG biomarcadores y ECO-

Doppler transtorácico) a los 0, 3, 6, 9 y 12 meses, así como estratificación y re-estadificación del riesgo CV. Se identificó cardiotoxicidad clínica y subclínica, iniciándose tratamiento cardioprotector según riesgo basal o aparición de toxicidad. Se comparó el comportamiento de variables estructurales, funcionales y bioquímicas (FEVI, Strain longitudinal global (SLG), proBNP plasmático) durante el seguimiento ($p<0.05$).

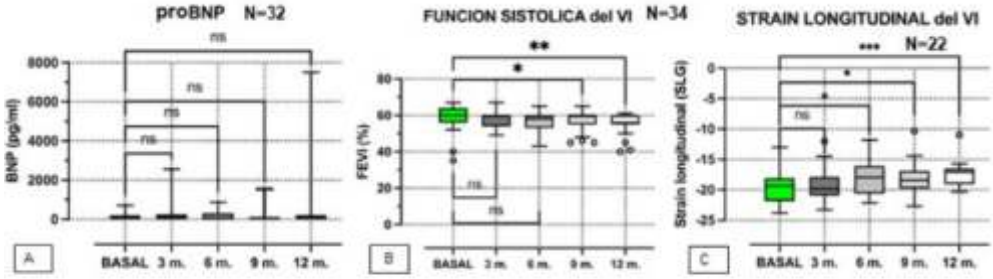



*Figura 1. Cambios humorales, estructurales y funcionales en controles sucesivos. Panel A: BNP, Panel B: FEVI, Panel C: SLG.*

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes, edad promedio: 56 años, 62% hombres. El 73% presentaba al menos un factor de riesgo CV (tabaquismo: 47%, HTA: 38%). La incidencia de cardiotoxicidad fue de 67% a los 3 meses, descendiendo al 55 % a los 6 meses y manteniéndose en 50% a partir de los 9 meses, con una incidencia acumulada de 50% a los 12 meses. Tres pacientes a los 3 meses y un paciente a los 6 meses presentaron clínica de insuficiencia cardíaca; en el resto la cardiotoxicidad se manifestó de manera subclínica. Los niveles de proBNP fueron similares durante el seguimiento. Se observaron diferencias en la FEVI entre los distintos controles evolutivos (ANOVA, $p=0.006$), siendo significativas a los 9 ($p=0.03$) y 12 meses ($p=0.005$). El SLG exhibió una reducción significativa respecto al valor basal a partir del 6to mes ($p=0.02$). Con respecto al tratamiento cardioprotector, se evidenció una ligera tendencia al aumento en el uso de combinaciones farmacológicas. Seis de los 7 pacientes de alto riesgo desarrollaron cardiotoxicidad en alguna de sus formas a los 12 meses ($p=0.007$). El 30% de los 26 pacientes que recibieron antraciclinas desarrolló cardiotoxicidad. El 66% de los pacientes que recibieron tres agentes protectores desarrollaron cardiotoxicidad a los 12 meses ($p=0.02$).

**Conclusión:** En el contexto de una policlinica de cardiotoxicidad especializada, evidenciamos alteraciones estructurales y funcionales evolutivas que son similares a las reportadas internacionalmente. La incidencia de cardiotoxicidad fue elevada, predominando en forma de toxicidad subclínica. En la práctica real, aquellos sujetos que desarrollaron cardiotoxicidad fueron, en su mayoría, los que recibieron el esquema protector más completo, lo cual podría reflejar una intensificación terapéutica en respuesta a la detección temprana de disfunción cardíaca.

## 0234 - CORRELACIÓN DE VARIABLES HEMODINAMICAS MEDIDAS POR CARDIOGRAFIA POR IMPEDANCIA Y CATETERISMO CARDÍACO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

Investigación Básica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Leonel BENAIM | Cecilia VILLA ETCHEGOYEN | Franco Sebastián GRAZZIANI | Alejandro BARBAGELATA | Marcelo Víctor BOSCARÓ | Kaplinsky EDGARDO

*Universidad Católica Argentina*

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HTP) es una alteración fisiopatológica que se 25 caracteriza por una elevación de la presión en la circulación pulmonar vinculada a múltiples entidades clínicas. El cateterismo cardíaco derecho (CD) no solo hace posible realizar el diagnóstico y clasificar la HTP, sino que, además, evalúa la gravedad de esta y establece su pronóstico. El CD es un procedimiento invasivo, complejo y que requiere de experiencia y por lo tanto, debe realizarse en centros con operadores adecuadamente formados para obtener información precisa y reproducible y a la vez, minimizar sus riesgos. Es un método invasivo que presenta efectos adversos durante su utilización. La cardiografía por impedancia (CI) es un método no invasivo que se basa en obtener una representación eléctrica del flujo cardíaco y para lo cual, requiere de emplazar 6 electrodos a nivel del tórax. Es un método frecuentemente utilizado en insuficiencia cardíaca y en hipertensión arterial. Por el contrario, existe escasa evidencia que correlacione los datos obtenidos en el CD y la CI para el seguimiento de paciente con HTP.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue evaluar una población de pacientes con HTP en forma prospectiva la correlación y la concordancia de las mediciones de la RVS e IC obtenidas por CD y CI y además, valorar la correlación existente entre volumen de fluidos intratorácicos y PW obtenidos por ambos métodos.

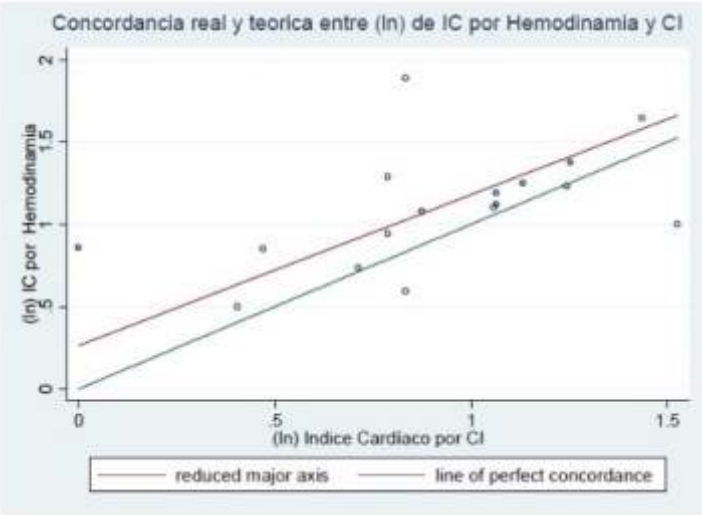
**Materiales y Métodos:** Población: El estudio fue llevado a cabo en una cohorte prospectiva de pacientes derivados a un centro privado en la provincia de Chubut para la realización de un CD por sospecha de HTP o para el seguimiento de dicha patología desde septiembre del 2021 hasta abril de 2023. Se requirió a los individuos incluidos en el estudio ser mayores de 18 años y la firma de un consentimiento informado.

**Resultados:** Pacientes seleccionados. Se incluyeron 17 pacientes, con una edad media de 55 años y de los cuales el 82,35% era mujeres. De los 17 pacientes, 12 tenían HTP del grupo I, 2 tenían HTP del grupo II, 2 pertenecían al grupo de HTP del grupo III y 1 paciente tenía HTP del grupo IV.

**Conclusión:** La cardiografía por impedancia es un método altamente validado en insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial. No está altamente estudiado en pacientes con hipertensión pulmonar. En cuanto a nuestro estudio, el principal hallazgo fue que efectivamente existe una correlación y concordancia entre el IC, RVS y la FC medidos por CD y por CI en forma no invasiva. Si bien es cierto que el diagnóstico de HTP se basa y requiere de un CD (estudio invasivo) para valorar los parámetros hemodinámicos entendemos que la CI no podría reemplazar al CD en este cometido. Los pacientes con HTP requieren seguimiento periódico de parámetros hemodinámicos para valorar las RVP y el IC para monitorear cambios en el tratamiento, por ejemplo. Este contexto podría, acorde a nuestra experiencia, presentar un nicho para la CI. La cardiografía por impedancia utilizada en hipertensión pulmonar se presenta como un método con buena correlación respecto al cateterismo cardíaco derecho en parámetros como el índice cardíaco, resistencia vascular sistémica y frecuencia cardíaca. No hay correlación entre la presión de enclavamiento y el agua corporal total.

Tabla 1. Variables demográficas de la muestra de pacientes con y sin Hipertensión pulmonar

| Variables | Cohorte total (n= 17) |
|---|---|
| Edad, Mediana (RIC) | 55 [40,79] |
| Género femenino, n (%) | 14 [82,35%] |
| Superficie corporal (m²), Mediana (RIC) | 1.66 [1.60;2.00] |
| Grupo HTP, n (%) | |
| 1 | 12 [70,59%] |
| 2 | 2 [11,76%] |
| 3 | 2 [11,76%] |
| 4 | 1 [5,88%] |
| HTA | 5 [29,41%] |
| Diabetes, n (%) | 3 [17,65%] |
| Dislipemia, n (%) | 4 [23,53%] |
| Escala NYHA, n (%) | |
| 1 | 3 [17,65%] |
| 2 | 4 [23,53%] |
| 3 | 10 [58,82%] |
| 4 | 0 [0%] |
| HTP: Dx | |
| De novo, n (%) | 13 [76,47%] |
| Cardiopatía, n (%) | 4 [23,53%] |
| Utilización de IPS, n (%) | |
| Sildenafil, n (%) | 9 [52,94%] |
| Tadalafilo, n (%) | 1 [5,88%] |
| Utilización de ERA, n (%) | |
| Macitentan, n (%) | 6 [35,29%] |
| Ambrisentan, n (%) (IC95%) | 1 [5,88%] |
| Utilización de prostaciclinas, % (IC95%) | |
| Epoprostenol ev, % (IC95%) | 1 [5,88%] |
| Riociguat n (%) | 0 [0%] |
| Uso de O2 n (%) | 0 [0%] |




## 0235 - CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VENTRÍCULO ÚNICO: UNA ESTRATEGIA INTEGRAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS EN CARDIOLOGÍA INFANTIL

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cardiología Clínica

Mariel Lilian FOTI | Erica Victoria STELMASZEWSKI | Agustina DEL SOLDATO | Gisela Luciana PAEZ SALINAS | María Guillermina SORAIZ

*Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Juan P. Garrahan*

**Introducción:** El ventrículo único (VU) representa una de las cardiopatías congénitas de mayor complejidad, con implicancias que exceden lo cardiológico, afectando el crecimiento, el neurodesarrollo y la calidad de vida. En Argentina, se estima que nacen anualmente aproximadamente 300 niños con VU, una patología que requiere múltiples intervenciones, un seguimiento continuo y un abordaje integral. La supervivencia ha mejorado notablemente gracias a los avances quirúrgicos, pero la calidad de vida y el pronóstico a largo plazo siguen dependiendo de un seguimiento clínico sistematizado e interdisciplinario

**Objetivos:** Desarrollar e implementar un modelo de atención integral centrado en el seguimiento longitudinal de pacientes con diagnóstico de VU, que permita una evaluación médica y psicosocial coordinada, la detección precoz de complicaciones, y la construcción de un vínculo terapéutico sólido con las familias, promoviendo continuidad, adherencia y equidad en el acceso a cuidados de alta complejidad.

**Materiales y Métodos:** Desde abril de 2023 se desarrolla una clínica interdisciplinaria mensual, destinada a pacientes con diagnóstico de ventrículo único en distintos estadios evolutivos. La jornada inicia con estudios preclínicos (ecocardiograma -3D, strain-, ECG, Holter, laboratorio), seguidos de evaluaciones pediátricas y cardiológicas integradas. Según necesidad individual, se activan interconsultas con nutrición, salud mental, odontología, genética, neurología, trabajo social y cuidados paliativos, entre otros. Se realizan talleres de acompañamiento con familias y actividades lúdicas con los pacientes. La información se registra en una hoja de ruta clínica unificada que permite continuidad entre encuentros y articulación con equipos territoriales.

**Resultados:** Se atendieron un total de 97 pacientes y 350 consultas distribuidos en 22 encuentros mensuales. El 93% de asistencia. El 85% de los pacientes acudió a la consulta con estudios actualizados. Se logró reducir la fragmentación de la atención y se optimizó el uso de recursos asistenciales al concentrar estudios y evaluaciones en una misma jornadas, detección precoz de complicaciones cardíacas y extracardíacas, adherencia al seguimiento y satisfacción de las familias. La sistematización del proceso permitió evitar estudios duplicados y generar un marco continuo de atención centrada en el paciente. Se documentaron mejoras en la vigilancia del desarrollo y en el acceso a redes de apoyo comunitarias.

**Conclusión:** Este modelo de clínica interdisciplinaria representa una innovación organizativa con impacto positivo comprobado en la atención de pacientes pediátricos con VU. Su replicabilidad y sostenibilidad la posicionan como una herramienta estratégica en cardiología infantil moderna, alineada con estándares internacionales y con fuerte contenido humano.

## 0236 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES POST IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO (TAVI): SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Cardiología Clínica / Multimagen

Luciana Jimena PUENTE | Federico Luis BLANCO | Rodrigo Ignacio BLANCO | Loreley Eugenia LABORATTO | Carlos Julián COLLA | Gerardo Esteban GIGENA | Jorge Alberto LAX | Juan Alberto GAGLIARDI

*Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich*

**Introducción:** El TAVI es un procedimiento frecuente, su eficacia y durabilidad continúan en observación. La ecocardiografía es un método útil para complementar la evaluación clínica de estos pacientes en el seguimiento.

**Objetivos:** Evaluar las características y la evolución clínica-ecocardiográfica de pacientes sometidos a TAVI durante el seguimiento a largo plazo.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional y prospectivo, se incluyeron 117 pacientes consecutivos con estenosis aortica severa sintomática tratados mediante TAVI en un hospital público de Buenos Aires. Se evaluaron las variables clínicas, datos del procedimiento y la evolución clínica y ecocardiográfica, al alta, 3 meses, 12 meses y luego anualmente. Las variables cualitativas fueron descriptas como número y %; las variables cuantitativas según media o mediana acorde a distribución. Se consideró significativa $p < 0,05$.

**Resultados:** Se incluyeron 117 pacientes, edad media 78 años (Sd 9,4) 54% mujeres (n: 63). Las características basales se describen en la tabla 1. El 75% se encontraba en clase funcional (CF) III/IV. El riesgo prequirúrgico fue alto en su mayoría, Euroscore II 7,34 (Q25-75:5,48-11,06), se realizó valvuloplastia puente en el 25% (n:29). Previo al procedimiento: AVA 0,64 cm2 (Q25-75:0,53-1,5), gradiente máximo 74 mmHg (Q25-75: 64-90), Gradiente medio 45 mmHg (Q25-52: 35-52) FEY 57% (37-62) patrón mitral restrictivo 13%, presión sistólica pulmonar 40 mmHg (Q25-75: 31-51). El implante resultó exitoso en el 94 % (n: 109) de los pacientes. En el 89% (n: 104) se utilizó una prótesis autoexpandible. En el seguimiento a largo plazo (mediana de 24 meses IC25-75:12-36) la mayoría se encontraba asintomático o en CF I, la tasa de rehospitalización por insuficiencia cardiaca fue baja (3% a los 3 meses, 2% al año y 5% a los dos años), la mortalidad total fue de 13,6%, 19,6% 24,7% a los 12, 24 y 36 meses respectivamente, mayoritariamente por causa no cardiaca (58.6%). Se observó una mejoría significativa y sostenida a largo plazo del AVA (1,90 cm2) y gradiente medio (7,4 mmHg). La FSVI presentó un ligero incremento. La tasa de leak paravalvular moderado/severo fue del 7% (n:7) antes del alta persistiendo solo un paciente a largo plazo que requirió valvuloplastia a los 48 meses (única reintervención). Dos pacientes presentaron mismatch severo. Se observaron 3 casos de trombosis valvular con aumento de gradiente y asintomáticos (a los 3 meses, al año y a los dos años del implante). Se observaron 2 casos de endocarditis infecciosa (1 y 5 años). No se identificaron casos de deterioro estructural.

| Caracteristicas Basales | Población 117 N(%) |
|---|---|
| Edad, años | 78 (Sd 9,4) |
| Hombres | 54 (46%) |
| Mujeres | 63 (54%) |
| HTA | 81 (77%) |
| DLP | 47 (45%) |
| DBT | 22 (21%) |
| TBQ/EXTBQ | 42 (40%) |
| ENF CORONARIA | 45 (43%) |
| ATC PREVIA | 31 (30%) |
| ENF VASC PERIF | 25 (24%) |
| EPOC | 27 (26%) |
| CRM | 12 (11,5%) |
| IRC | 27 (26%) |
| DISNEA CF III/IV | 76 (75%) |
| SINCOPE | 20 (19%) |
| FA | 13 (12,7%) |
| VALVULOPLASTIA | 25 (24%) |

| | Pre-implante N: 117 | Al alta N: 104 | 3 meses N:78 | 1 año N:57 | 2 años N:36 | 3 años N:26 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AVA, cm2 | 0,64 (0,52-0,80) | 1,90 (1,51-2,14) • | 1,83 (1,46-2,39 | 1,80 (1,52-2,22) | 1,70 (1,48-1,99) | 1.80 (1,60-2,22) | p <0,01• |
| Grad Max, mmHg | 74 (63-91) | 15 (11-19) • | 14 (9-20) | 16 (10-20) | 16 (12-29) | 17 (14-24) | p<0,01• |
| Grad medio, mmHg | 45 (35-54) | 7,4 (5-10) • | 7 (5-9) | 7 (5-10) | 5 (2.5-7) | 6 (4-8,7) | p<0,01• |
| Vel máxima, m/seg | 4,29 (4-4,73) | 1,90 (1,62-2,18) • | 1,8 (1,58-2,23) | 1,98 (1,59-2,20) | 1,81 (1,56-2,23) | 1,92 (1,54-2,08) | p<0,01• |
| Fey %, mediana | 57% | 58 % (51-63) | 60 (54-65) | 60 (54-67) | 63 (46-67) | 60 (54-65) | |
| TAPSE mm, mediana | 20 (18-22) | 21 (19-23) | 20 (19-22) | 21 (18-25) | 21 (18-24) | 21 (17-23) | |
| Patrón Restrictivo, % | 14% | 5% | 4,6% | 3.5% | 0% | 0% | |
| PSAP mmHg, mediana | 40 (31-51) | 37 (30-49) | 35 (29-42) | 37 (32-45) | 37 (30-46) | 35 (30-43) | |
| Leak mod/severo | - | 7 (7%) | 3 (4%) | 4 (7%) | 2 (7%) | 0% | |
| valvulopatias severas | 8 (8%) | 8 (8%) | 4 (5%) | 4 (8%) | 1 (3,8%) | 3 (19%) | |

**Conclusión:** en nuestra cohorte los pacientes sometidos a TAVI fueron de edad avanzada, alto riesgo y con sintomatología severa. Luego del implante se observa una mejoría sintomática sostenida a largo plazo y la mortalidad estuvo asociada principalmente a comorbilidades no cardiacas. El control ecocardiográfico periódico demuestra que el perfil hemodinámico de este tipo de prótesis es muy favorable y se mantiene constante en el seguimiento, además permite identificar complicaciones protésicas subclínicas reversibles y complementa con la monitorización de la función ventricular sistólica y diastólica. Hasta el momento, en esta serie de pacientes, no hemos identificamos hallazgos ecocardiográficos que nos adviertan un deterioro estructural.

## 0243 - ESTRATEGIA FARMACOINVASIVA COMO TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN EN ÁREAS SIN DISPONIBILIDAD DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA DEL REGISTRO ARGENIAM

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN[1] | Gerardo ZAPATA[1] | Alejandro MEIRIÑO[1] | Heraldo D' IMPERIO[2] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[2] | Miguel HOMINAL[1] | Charask ADRIAN[2] | Juan Alberto GAGLIARDI[2]

*Federación Argentina de Cardiología[1]; Sociedad Argentina de Cardiología[2]*

**Introducción:** El tratamiento de reperfusión en un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) se puede realizar con agentes fibrinolíticos o con angioplastia primaria (ICPp). La ICPp es la estrategia de elección, pero muchos de los pacientes con SCACEST acuden inicialmente a hospitales sin ICPp. El uso de trombólisis en casos indicados, seguida de un estudio angiográfico (estrategia farmacoinvasiva).

**Objetivos:** analizar prevalencia de estrategia farmacoinvasiva (Finv) y su relación con la mortalidad

**Materiales y Métodos:** El ARGEN-IAM-ST es un registro prospectivo, multicéntrico, nacional y observacional donde se incluyeron 7642 pacientes dentro de las 36 horas de evolución. La estrategia Finv, definida como aquella en la que se efectúa la revascularización por ATC dentro de las primeras 24 hs en pacientes que recibieron tratamiento fibrinolítico y evolucionaron con criterios positivos de reperfusión

**Resultados:** La edad media fue 62±12 años, 79% de sexo masculino. Fueron tabaquistas 41%, hipertensos 58,% y En el 89% se realizó ATCp, el 8.86% trombolíticos con reperfusión positiva y el 6.8% Finv, en el año 2023 esta estrategia se utilizaba en 2.8%. El tiempo total de isquemia fue menor en aquellos pacientes que recibieron trombolíticos con criterios positivos (135 min – RIC 95-225) y que fueron a Finv (145 min – RIC 98-280) respecto a aquellos que fueron a ATCp (mediana 280 min, RIC 179-520), p<0,001. Respecto a los eventos hospitalarios no hubo diferencias en la mortalidad hospitalaria (7.8% en el grupo ATCp, TL 8% y 8,1% en los que recibieron Finv (p = 0,31); ni tampoco hubo diferencias en el sangrado mayor 0.6% vs 1.2 vs 0.7% (p=0.8)

**Conclusión:** 7 de cada 100 pacientes que se reperfunden reciben Finv. Se duplico su utilización desde el 2023. Es segura respecto al sangrado. Es necesario crear redes de infarto para ofrecer esta estrategia a mayor número de pacientes

## 0245 - MINOCA-INOCA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DERIVADOS PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD.

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Federico Ivan WECKESSER | Erick Micael MEJÍA FERNÁNDEZ | Alejandro KIM | Carolina GALVEZ GIL | Rodrigo Ignacio BLANCO | Miguel Federico ALBORNOZ | Federico Luis BLANCO | Gerardo Esteban GIGENA

*Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich*

| DEMORAS AL TRATAMIENTO | | | |
|---|---|---|---|
| | Grupo 1 (n: 105) | Grupo 2 (n: 1383) | p |
| Demora Consulta | 97 min (57-237) | 90 min (45-195) | 0.5 |
| Demora Consulta-Llamada | 63 min (30-146) | 42 min (19-91) | 0.03 |
| Demora Traslado | 55 min (40-70) | 50 min (30-66) | 0.7 |

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de pacientes (p) con injuria/infarto de miocárdio sin evidencia de lesiones angiográficamente significativas (MINOCA/INOCA) en pacientes con diagnóstico inicial de Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) derivados para angioplastia primaria. Determinar las características clínicas, género y distribución etaria de los pacientes. Evaluar tiempos a la consulta y respuesta del sistema de salud

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, de pacientes que ingresaron a un centro de referencia de la Ciudad de Buenos Aires para angioplastia de urgencia con diagnóstico de SCACEST entre los años 2014 y 2024. Luego de la angiografía coronaria se dividió a la población en: Grupo 1: con injuria/infarto de miocárdio sin evidencia de lesiones angiográficamente significativas (MINOCA/INOCA), Grupo 2: pacientes con lesiones coronarias obstructivas significativas. Se evaluaron características demográficas y clínicas, factores de riesgo cardiovasculares, tiempos a la consulta y de derivación a la angioplastia, y caracteristicas angiograficas. Se utilizaron pruebas de Chi2 o Kruskal-Wallis acorde al tipo de dato y distribucion. Se considero significativa una p < 0,05.

**Resultados:** Fueron incluidos 1488 p, de los cuales 105 p pertenecian al grupo 1 (MINOCA-INOCA) y 1383 p al grupo 2. En la tabla 1 se describen características demográficas y clínicas, factores de riesgo cardiovasculares. En la tabla 2: tiempos a la consulta y de derivación a la angioplastia.

**Conclusión:** Los pacientes con diagnóstico angiográfico de MINOCA/INOCA derivados para angioplastia primaria constituyen aproximadamente un 7% de nuestra población. Tienen mayor prevalencia de sexo femenino y son mas jóvenes. Presentan mayor consumo de drogas de abuso, mientras que se encuentran menos expuestos al tabaquismo y a factores estresantes que los pacientes con diagnostico de IAM. Si bien dichos pacientes no se retrasaron en realizar la consulta, la demora al diagnóstico y a la solicitud de cinecoronariografía de urgencia por parte del personal médico fue mayor.

## 0246 - DESENCADENANTES EMOCIONALES EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICOS.

Psicosociales / Cardiopatía Isquémica

Erick Micael MEJÍA FERNÁNDEZ | Federico Ivan WECKESSER | Alejandro KIM | Miguel Federico ALBORNOZ | Rodrigo Ignacio BLANCO | Carolina GALVEZ GIL | Federico Luis BLANCO | Gerardo Esteban GIGENA

*Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich*

**Objetivos:** evaluar la existencia de desencadenantes emocionales asociados al Infarto Agudo de Miocardio e identificar cuáles son los más frecuentes. Determinar si existe relación entre el tipo de desencadenante emocional y las características clínicas de los pacientes.

**Materiales y Métodos:** fueron incluidos en forma consecutiva pacientes que ingresaron por Infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST (IAM) para realizar angioplastia primaria. Se interrogó en cada caso si el paciente experimentó una situación emocional intensa dentro de las dos semanas previas al IAM y se identificó la emoción referida por el paciente. Fueron evaluadas las características demográficas, clínicas y angiográficas. Se evaluó el tiempo desde el inicio del dolor a la consulta médica.

**Resultados:** Fueron incluidos 149 pacientes que ingresaron por IAM. El 84,5% (126 p) de los pacientes refirió una situación emocional intensa dentro de las dos semanas previas al IAM; un 15,5% no refirió ningún desencadenante emocional. Los desencadenantes emocionales más frecuentes referidos por los pacientes fueron: trastorno por pena o pérdida de seres queridos (n: 37/ 29,8%), trastorno por pérdida del trabajo o pérdida económica (n: 24 / 19%), frustración-decepción (n: 22 / 17,4%), trastorno por cólera e indignación (n: 18 /14,2%) y situaciones de miedo o susto (n: 16 / 12,6%). En relación con las características clínicas de la población, el 77% eran hombres, la edad promedio fue de 58,1 +/- 10 años. La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares fue: HTA 54%, DLP 35%, Diabetes 19,2%, tabaquismo 56% y adicción a drogas 6%. El desencadenante emocional relacionado con la pérdida económica o de trabajo fue más frecuente en hombres que en mujeres (38% vs 6%, p=0,014), y se asoció con mayor tiempo de retraso a la consulta médica (mediana inicio de dolor-consulta: 150 min; p= 0,01). No se encontró relación entre los distintos desencadenantes y los factores de riesgo cardiovasculares de los pacientes.

**Conclusión:** Los desencadenantes emocionales son habituales en pacientes con IAM. Los más frecuentes son el trastorno por pena o pérdida de seres queridos, trastorno por pérdida del trabajo o pérdida económica, la decepción y el trastorno por cólera e indignación. La pérdida económica o de trabajo fue más frecuente en hombres y se asoció a mayores demoras en la consulta.

## 0249 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR Y POSTCAPILAR: PROPUESTA DE UN SCORE PREDICTIVO

Enfermedad Vascular Pulmonar

Marcos Alberto PETTI[1] | Lucas ANGIONO[1] | Agustin NASEP[1] | Valeria MORANDI[2] | Patricia Nora MALAMUD[2] | María Laura GRODNITZKY[2] | Florencia Belén FUNES[1]

*Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón (Ex Castex)[1]; Hospital Zonal del Torax A. Cetrangolo[2]*

**Introducción:** El diagnóstico diferencial entre hipertensión pulmonar (HP) precapilar y postcapilar representa un desafío importante en el estudio de pacientes con HP.

**Objetivos:** Evaluar parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos que permitan discriminar entre pacientes con HP precapilar y postcapilar. Elaborar un score basado en dichas variables para facilitar el diagnóstico diferencial.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, histórico-prospectivo, con inclusión consecutiva de pacientes adultos derivados al consultorio de hipertensión pulmonar (HP) de nuestro servicio para su evaluación. En aquellos con sospecha de HP se realizó un cateterismo cardíaco derecho (CCD). Previo al CCD, se registraron variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas Doppler con el objetivo de diferenciar entre HP precapilar y postcapilar. A las variables con significación estadística se les asignó un puntaje, a partir del cual se construyó un score predictivo de HP postcapilar. Se definió HP como una presión media de arteria pulmonar (PmAP) > 20 mmHg; HP precapilar como PmAP > 20 mmHg, presión capilar pulmonar (PWAP) <= 15 mmHg y resistencia vascular pulmonar (RVP) > 2 UW; e HP postcapilar como PmAP > 20 mmHg y PWAP > 15 mmHg, con mediciones realizadas en reposo mediante CCD.

**Resultados:** De los 187 pacientes incluidos, 17 (9%) no presentaron HP. Entre los 170 pacientes con diagnóstico confirmado de HP, 151 (88,8%) correspondieron a HP precapilar y 19 (11,2%) a HP postcapilar. La mediana de edad fue de 61 años (rango intercuartílico 47–72), y 123 pacientes (72,4%) fueron mujeres. Las variables que predijeron HP postcapilar fueron: Clínicas: edad > 75 años (p = 0,04; OR 2,9; IC 95%: 1,05–8,14), antecedente de hipertensión arterial sistémica (p = 0,04; OR 3,37; IC 95%: 1,02–11,2). Electrocardiográficas: presencia de fibrilación auricular o aleteo auricular (p < 0,001; OR 27,8; IC 95%: 6,3–121). Ecocardiográficas: relación E/e' mitral > 10 (p < 0,001; OR 20,4; IC 95%: 6,5–64), hipertrofia ventricular izquierda (p = 0,007; OR 4,5; IC 95%: 1,5–13,5), y volumen auricular izquierdo >= 46 ml/m² (p < 0,001; OR 18,6; IC 95%: 5,4–63,7). El score otorgó 1 punto a cada una de las seis variables con significación estadística (rango total: 0–6 puntos). Un valor >= 3 se consideró predictivo de HP postcapilar, con una sensibilidad del 83%, especificidad del 90%, valor predictivo positivo del 45%, valor predictivo negativo del 98%, e índice de Youden de 0,73.

**Conclusión:** En esta población la integración de parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos permite una adecuada diferenciación entre HP precapilar y postcapilar.

## 0250 - NUEVO ENFOQUE EN LA EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD: EL PAPEL DE LA ANTROPOMETRÍA.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Abi Geraldine ARENAS[1] | Martin GONZALEZ ALAK[1] | Víctor Miguel MAURO[1] | Adrian CHARASK[1] | Enrique FAIRMAN[1] | Carlos Manuel BARRERO[2]

*Clínica Santa Isabel[1]; Clínica Bazterrica[2]*

**Introducción:** La obesidad constituye un creciente problema en la salud pública de Occidente ya que conlleva un aumento del riesgo de diabetes y afecciones cardiovasculares. Tradicionalmente se la diagnosticaba con un índice de masa corporal (IMC) >= 30. Sin embargo, actualmente se conoce que es más importante la composición corporal y la distribución de la grasa que el IMC en si mismo, ya que éste no permite discriminar si se encuentra aumentado por músculo o por grasa por lo cual nuevos índices han tomado mayor relevancia.

**Objetivos:** 1) Evaluar la prevalencia de la alteración de los índices antropométricos en una población de pacientes internados de CABA, 2) Evaluar la prevalencia de índices antropométricos alterados de acuerdo a cada categoría de IMC y 3) Analizar el impacto clínico que podría tener el adoptar estos índices.

**Materiales y Métodos:** estudio prospectivo, unicéntrico, en el que se incluyeron pacientes internados que podían permanecer parados para ser pesados y medidos. Se midió peso, talla y perímetros de cintura (PC) y cadera (PCad) según

técnica y se calcularon los índices cintura/cadera (IC/Cad), cintura/altura (IC/A), de redondez (BRI) y % de masa grasa relativa (%MGr). Se consideró 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 >= 30. Se definió PC alterado en mujeres si era >de 80 cm y en hombres si era >94 cm. Se consideró IC/Cad alterado en mujeres a valores >0.85 y en hombres >0.9, IC/A alterado a valores >0.54, BRI alterado a >4.15 y %MGr alterado a > 40% en mujeres y >30% en hombres. Criterios de exclusión: embarazadas, caquécticos e internados por síndrome ascítico edematoso o insuficiencia cardíaca.

| Categoría por IMC | N Total=86 (%) | PC alterado N(%) | IC/Cad alterado N(%) | IC/A alterado N(%) | %MGr alterado N(%) | BRI alterado N(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bajo Peso | 7 (8) | 0 (0) | 5(71) | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Normo peso | 26 (30) | 13(50) | 18(69) | 10(38) | 7(27) | 11(42) |
| Sobrepeso | 35 (41) | 29(84) | 31(89) | 27(77) | 22(63) | 28(80) |
| Obesidad | 18 (21) | 18(100) | 17(94) | 18(100) | 18(100) | 18(100) |

**Resultados:** Se incluyeron 86 pacientes, 54% varones, edad mediana 59 años (RIC 37-72). IMC >=30 21%, PC alterado 70%, IC/cad alterado 83%, IC/Alt alterado 64%, BRI alterado 66% y %MGr alterado 55%. Ver Tabla 1

**Conclusión:** Más de la mitad de los pacientes tienen algún índice antropométrico alterado pese a que solo el 21% cumple criterio de obesidad por IMC. La prevalencia de alteración de los índices de acuerdo con las categorías de IMC nos confirma que son muy útiles para diagnosticar obesidad. Asimismo, se encuentran alterados en 8 de cada 10 pacientes con sobrepeso, excepto el %MGr que esta alterado en 6 de cada 10. Es muy llamativo, que también se encuentren alterados en un elevado porcentaje de pacientes con normo peso. Los nuevos parámetros antropométricos son más eficaces para diagnosticar exceso de grasa visceral, permitiendo reconocer un mayor número de pacientes con riesgo cardiovascular elevado, en comparación al IMC.

## 0259 - DIFERENCIAS POR SEXO EN LOS RESULTADOS Y EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: EXPERIENCIA EN UCIC DE UN HOSPITAL PÚBLICO.

Corazón y Mujer / Cardiología Clínica

Ignacio Nicolas DE URQUIZA | Daniel Osvaldo GAUNA | Fernando GARCIA LODIFE | Leandro PARRILLA | Ezequiel NUDELMAN

*Hospital Carlos G. Durand*

**Objetivos:** La prevalencia del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), es menor en mujeres premenopáusicas, en comparación al sexo masculino, pero esta relación se invierte en la postmenopausia, confiriendo un mayor riesgo de mortalidad a corto plazo después del evento. A pesar de los avances significativos en las estrategias terapéuticas y preventivas, persisten las diferencias por sexo en la presentación, el manejo y los resultados, por lo que requiere una comprensión detallada de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Objetivos El objetivo de este trabajo, es explorar las diferencias por género en la prevalencia, diagnóstico y tratamiento del SCASEST en dieciocho años, en un Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Material y métodos Es un estudio observacional de corte transversal, retrospectivo, descriptivo, que evaluó una cohorte de 3305 pacientes, de los cuales 757 (22.9%) ingresaron SCACEST desde el 15 de noviembre del 2006 al 27 de septiembre de 2024. Se evaluó la tasa de mortalidad, el perfil de riesgo cardiovascular (factores de riesgo cardiovascular –FRCV) y la mortalidad. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes asociados, así como estadísticos descriptivos según el tipo de variables. La asociación entre variables categóricas se evaluó con test de chi cuadrado y la de variables numéricas con test de Mann Whitney. Se consideró p < 0.05 como significación estadística. Resultados En diecisiete años y diez meses, ingresaron 757 pacientes con diagnóstico de SCACEST. Media de edad 64.1 años. Mortalidad total 7.93%. Mortalidad por intervalo de edad (10 años): 55 años: **4.12%**, 56-65 años: **7.95%**, 66-75 años: **6.90%**, >75 años: **14.19%** OR = 3.55** (*p = 0.006*) Sexo no significativo: **OR = 0.78** (*p = ????)Asimismo para la variable de edad y sexo, se observo que el 69% de las mujeres y el 79% de los hombres superan los 55 años de edad coincidiendo con la estadística de edad avanzada como factor de riesgo para enfermedad coronaria La mortalidad aumentó significativamente con la edad, especialmente en mayores de 75 años (OR=3.55, p=0.006). El sexo no resultó ser un factor significativo en este análisis de regresión logística (OR=0.78). Con respecto a los factores de riesgo la prevalencia fue: hipertensión arterial (HTA) 65.65%, DBT 24.17%, Tabaquismo 59.84%, Sobrepeso 38.44%, Sedentarismo 65.26%, Postmenopausia 21.93% y Dislipemia 31.84%. No hubo diferencia significativa en la distribución de FRC o tratamiento según el género.

**Resultados:** Las diferencias por sexo en la ECV en la literatura y, específicamente, en el STEMI, son evidentes en los resultados, el perfil de riesgo y el manejo terapéutico. Las mujeres con STEMI parecen tener un mayor riesgo de mortalidad a corto plazo en comparación con los hombres, aunque los datos sobre la mortalidad a largo plazo son menos concluyentes y objeto de debate. Los factores de riesgo tradicionales confieren un riesgo relativo de ECV mayor en mujeres, y existen factores de riesgo específicos del sexo femenino que deben ser considerados. Las disparidades en el manejo, particularmente el subtratamiento de las mujeres con terapias médicas basadas en evidencia, son una preocupación significativa que podría influir en los resultados. En nuestra muestra la mortalidad ajustada por edad fue mayor en el grupo de más de 75 años con OR significativo, pero no fue significativo ajustado por género. Los factores de riesgo tuvieron una distribución similar a la literatura internacional por lo cual no podemos concluir que exista una diferencia en la mortalidad basada en género.

## 0262 - VALORACIÓN CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN CON DIABETES TIPO 2 ASINTOMÁTICA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Sol KERSTEN | Juan Pablo YAPUR | Maria Del Rosario RODRIGUEZ | Lucía SELVAGGIO | Nadia Ayelen RIDOLFO | Fiorella CHICOTE | Hugo Daniel SANABRIA

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La diabetes tipo 2 (DM2) representa una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial, con un impacto significativo en la morbimortalidad cardiovascular. A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico y en las estrategias de prevención, las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en esta población. En pacientes asintomáticos, la detección precoz de daño subclínico puede orientar intervenciones terapéuticas oportunas.

**Objetivos:** Caracterizar el perfil cardiovascular de pacientes con DM2, describiendo aspectos estructurales, funcionales y la presencia de isquemia miocárdica, en una población asintomática que concurre a evaluación cardiovascular.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con DM2 sometidos a evaluación cardiovascular. Se analizaron datos clínicos que comprendieron factores de riesgo cardiovascular, tratamientos en curso, parámetros bioquímicos, hallazgos ecocardiográficos, estudio Doppler de arterias carótidas y resultados de perfusión miocárdica obtenidos por cámara gamma.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 203 pacientes, con una edad media de 61 años, de los cuales el 90% presentaban dislipemia, 61% hipertensión arterial, 43% eran tabaquistas o ex tabaquistas, y el 38% presentaban obesidad, como factores de riesgo cardiovascular. La mediana de duración de la DM2 fue de 10 años, con HbA1c media de 6.9%. Solo el 5.5% utilizaba insulina, el 10.9% iSGLT2 y el 5.5% agonistas GLP-1. El 72% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento con estatinas siendo 93 mg/dl la media de LDL colesterol. El 54% utilizaba IECA/ARA II, y un 9% de los pacientes recibía aspirina. Del global de pacientes, el 47% presentaba enfermedad renal crónica (definido como filtrado glomerular <60 ml/min y/o albuminuria >30 mg/g). Con respecto a la evaluación cardiovascular el 3% presentó fracción de eyección <55%, el 69% patrón de relajación prolongada y solo un 2% presiones de llenado del VI elevado (e/e´ > 14). El índice de masa ventricular izquierdo fue normal en el 95%. La evaluación carotídea reveló placas de ateroma en el 69% de los pacientes. La presencia de isquemia silente en esta población se evaluó mediante cámara gamma, encontrando solo un 2.7% de estudios patológicos, presentando en su gran mayoría un patrón de necrosis previa.

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con DM2 asintomáticos se observó una alta prevalencia de enfermedad renal crónica y aterosclerosis subclínica, contrastando con una baja detección de isquemia miocárdica silente. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de revisar los algoritmos actuales de evaluación cardiovascular en esta población, priorizando la detección de aterosclerosis subclínica por sobre las pruebas funcionales, junto con un abordaje integral del riesgo y una mayor implementación de terapias con beneficio cardiorrenal demostrado.

## 0264 - PREVALENCIA DE ENVEJECIMIENTO VASCULAR ACELERADO EN 3 CONSULTORIOS DE HIPERTENSION ARTERIAL DEL PAIS ( FORMOSA, MISIONES, JUNIN BS AS)

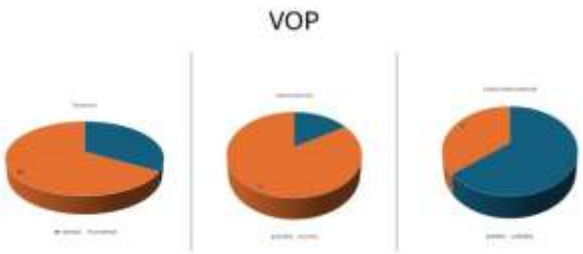
Hipertensión Arterial

Jose ROMANO[1] | Jose Rodolfo CARDOZO[2] | Pablo Gregorio PIZZALA[3] | Emmanuel PACIFICO[3]

*Clinica Vrsalovic[1]; Sanatorio Candia[2]; Mevex Junin[3]*

**Introducción:** diferentes parámetros que aporta la mecánica vascular mejoran la predicción de riesgo cardiovascular actual y reclasifican pacientes establecidos como de riesgo intermedio por scores tradicionales.

**Objetivos:** Evaluar prevalencia de disfunciòn vascular y rigidez arterial (EVA) en 3 poblaciones de hipertensos/as por vop.




**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo prospectivo entre noviembre del 2024 y enero del 2025 en 3 centros distintos del pais. Uno en misiones, jardín de America, otro en Formosa capital, y en Junin provincia de Buenos Aires. Se realizaron mediciones oscilomètricas de vop con diferentes tensiómetros validados Tel O Graph (IEM) y Arteriograph. Se analizaron los resultados según los estandares de normalidad de cada equipo, y según las edades de los pacientes, solo a individuos con normotension (pa<140/90), para vop se utilizo percentil 75 para asumir como EVA . Se analizaron los datos con statistix 10.

**Resultados:** Se evaluaron 69 pacientes; 28 con Arteriograph, y 41 con Tel O Graph. De ellos, 56.2 eran mujeres, edad media fue de 46.5 años. El indice de masa corporal (imc) promedio fue de 29.5. La media de vop fue de 8.14 por Tel O Graph y 8.45 Arteriograph.

**Conclusión:** Se encontro una prevalencia de 16 % en un centro de mecánica vascular y de 30 y 36% en dos consultorios de cardiología , de envejecimiento vascular acelerado, de, desde ya, se acepta que, el número de pacientes (n) fue pequeño; por lo que se debe realizar otros estudios en dichas zonas, con mayor número de pacientes para agregar poder estadístico a las conclusiones. Quizás de esa manera, pueden establecerse datos concretos y tomarse medidas en consecuencia, en estos y otros centros alejados de grandes ciudades del centro del paìs. La mediciòn de VOP y otros paràmetros de mecànica vascular, muestran creemos, una nueva era en medicina cardiovascular.

## 0266 - FACTORES DE RIESGO EN EL IAM CON ST DEL REGISTRO ARGEN.IAM

Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN[1] | Gerardo ZAPATA[1] | Alejandro MEIRIÑO[1] | Walter QUIROGA CASTRO[1] | Yanina CASTILLO COSTA[2] | Heraldo D' IMPERIO[2] | Adrian CHARASK[2] | Juan Alberto GAGLIARDI[2]

*Federación Argentina de Cardiología[1]; Sociedad Argentina de Cardiología[2]*

**Introducción:** Los factores de riesgo son importantes en el desarrollo del infarto agudo de miocardio. Algunos se relacionan con la ateroesclerosis y otros con el accidente de placa

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo en ptes con IAM con elevación del ST hospitalizados del registro ARGEN-IAM.

**Materiales y Métodos:** estudio observacional, prospectivo con pacientes hospitalizados por Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST del Registro ARGEN IAM, desde el 2015 a 31 de diciembre 2024. Se los separo la población en dos grupos: Grupo I: de 35 a 60 años y Grupo II: >60 a 85 años.

**Resultados:** Se incluyeron 6742 ptes, el Grupo I incluyo 3250 ptes y los restantes del Grupo II. En el Grupo I el 78 % fueron masculinos y en el grupo II: 79.5% hombres (p=0. 2). El Grupo I tenía una edad media de 51 ± 6,9 años y el Grupo II 68.5 ± 7,2 años. En cuanto a los factores de riesgo, el tabaquismo fue más prevalente en el grupo I: 48% frente al grupo II: 41% (p=0,001). En el grupo II fue más frecuente la hipertensión 81,05% vs 55% (p=0,001), la diabetes 41% vs 28% respectivamente (p=0,001). La obesidad predominó en el Grupo I: 27% frente al 14%(p=0,001)- La dislipidemia estuvo presente 35% del Grupo I y 43% del Grupo II (p=0.03). Tenían hiperglucemia en el ingreso el 25% del Grupo I comparado con 33% del Grupo II (p=0,001). El 5% de ptes Grupo I habían tenido un infarto previo mientras que el 14% del Grupo II sufrió dos o más episodios coronarios agudos previos. En cuanto a antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, estuvo presente en 9% en el Grupo I comparando con 6% en el grupo II (p=0.04). La mortalidad Global fue 8,4%, correspondiendo al Grupo I el 6,72% frente a 8,8% en el Grupo II (p=0.001. El 17% de Grupo II sufrió complicaciones durante la internación (reinfarto, ACV o insuficiencia cardíaca), mientras que 6% en el Grupo I (p=0.001). En el análisis multivariado de factores de riesgo en el desarrollo de infarto el factor significativo para ambos grupos fue el tabaquismo (OR 2.2 IC 95% 1.15-3.2)

**Conclusión:** La mortalidad fue mayor en los adultos, así como las complicaciones intrahospitalarias. Los jóvenes fueron más tabaquistas mientras que los mayores más hipertensos y diabéticos. El tabaquismo fue factor predictor independiente de desarrollo de infarto en ambos grupos

## 0276 - SCORE VEXUS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Edgardo BANILLE[1] | Alejandro CONTRERAS[1] | Silvina LONGO[1] | Almudena ALONSO OJEMBARRENA[2] | Betina VEGA[3] | Marco JIMENEZ TEXCALPA[4] | Alejandro Román PEIRONE[1]

*Hospital Privado Universitario de Córdoba[1]; Hospital Puerta del Mar[2]; Clínica del Sol[3]; Centro Medico de Occidente[4]*

**Introducción:** En estos últimos años con la aparición del sistema de puntuación VExUS (exceso venoso por ultrasonido), se generó un cambio de paradigma en el monitoreo hemodinámico, debido a que este score muestra la influencia del componente venoso en la presión de perfusión orgánica.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad del score de VExUS modificado para pacientes pediátricos, en diferentes escenarios clínicos con compromiso cardiovascular e identificar el mecanismo causal de la alteración del score VExUS.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, retrospectivo. Se calculó el score de puntuación VExUS, analizando los perfiles de flujo de vasos abdominales: vena cava inferior, venas suprahepáticas, vena porta y venas renales interlobares para evaluar la congestión. Se realizó en forma simultánea ecocardiograma completo para evaluar la función cardíaca.

**Resultados:** Desde 1 de diciembre del año 2021 hasta el 1 de diciembre del año 2024, se estudiaron 35 pacientes (15 M y 20 F), que ingresaron con inestabilidad hemodinámica/shock en 3 instituciones de Córdoba, Argentina. Las patologías fueron: cardiopatías congénitas, miocardiopatías, enfermedades malignas, Infecciosas (miocarditis) y reumáticas, arritmias, pericarditis constrictiva y patologías inusuales como hídrops fetal y hemorragia pulmonar post transfusional (TRALI). Todos los pacientes ingresaron con Score VExUS 2/3 (congestión moderada y severa), se analizaron los diferentes mecanismos involucrados en la alteración del score y el seguimiento permitió guiar las intervenciones terapéuticas. El patrón descongestivo varió de acuerdo ala patología de base, así por ejemplo las cardiopatías congénitas, arritmias o postquirúrgicos con inestabilidad hemodinámica de curso agudo, mejoraban el score al recibir diuréticos, drogas vasoactivas o antiarrítmicos en 24 a 48 horas. En cambio, las de evolución crónica como la enfermedad de Ebstein, las arritmias intratables (taquicardia de la unión) o las miocardiopatías, los signos de congestión persistían hasta la resolución de la insuficiencia cardíaca.

**Conclusión:** El score VExUS no refleja sobrecarga de fluidos "per se", avalúa fundamentalmente la distensibilidad del VD, alterada por etiología multifactorial. La consecuencia clínica es la elevación de la presión de aurícula derecha y de la presión venosa retrograda en los órganos abdominales, disminuyendo la presión de perfusión orgánica La normalización o mejoría depende de la etiología de base, pero fundamentalmente depende de la recuperación de la función sistólica del ventrículo derecho con normalización de la insuficiencia tricúspidea. Su mayor utilidad radica como marcador de evolución en condiciones de descompensación hemodinámicas agudas, evaluando la respuesta a las estrategias terapéuticas utilizadas. Debe utilizarse en forma conjunta con la evaluación ecocardiográfica para brindar un monitoreo dual perfusión/congestión.

## 0277 - VALOR PRONÓSTICO DEL ANTÍGENO CARBOHIDRATO 125 EN PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Valvulopatías / Cardiología Clínica

Cintia Soledad LAURENZANO | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Maria Lourdes CURI | Alejandra DIAZ CASALE

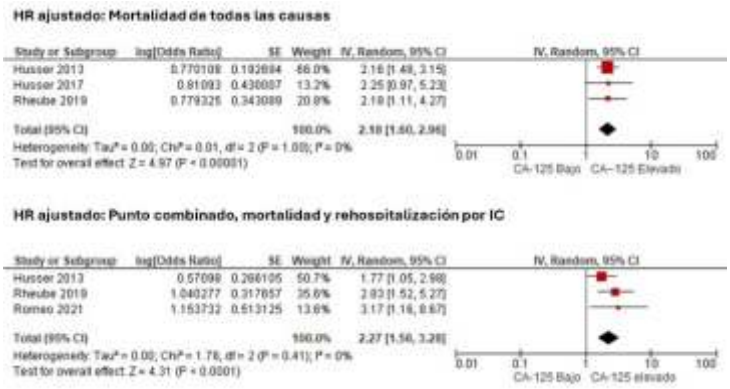
*OSECAC - Centro Ambulatorio Jonas Salk*

**Introducción:** El antígeno carbohidrato 125 (CA-125), tradicionalmente utilizado como marcador tumoral en cáncer de ovario, ha emergido en los últimos años como un biomarcador de sobrecarga de volumen y mal pronóstico en enfermedades cardiovasculares. En este contexto, se ha explorado su rol pronóstico en pacientes con estenosis aórtica severa sometidos a reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVI). Sin embargo, los resultados disponibles son heterogéneos y su utilidad clínica aún no ha sido definida de manera concluyente.

**Objetivos:** Realizar una revisión sistemática y metaanálisis de la evidencia disponible sobre el valor pronóstico del CA-125 en pacientes sometidos a TAVI, en relación con eventos clínicos relevantes.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos (PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar, LILACS) hasta abril de 2025, sin restricciones de idioma. Se incluyeron estudios de cohortes prospectivos o

retrospectivos que evaluaron la asociación entre niveles de CA-125 pre-TAVI y desenlaces clínicos. Se analizaron como desenlaces la mortalidad por cualquier causa y el combinado de mortalidad con rehospitalización por insuficiencia cardíaca. La extracción de datos fue realizada por dos revisores de forma independiente. Se realizó un metaanálisis de hazard ratios (HR) ajustados mediante modelos de efectos aleatorios. La heterogeneidad se evaluó con el estadístico $I^2$, y el riesgo de sesgo con la herramienta QUIPS.




**Resultados:** Se incluyeron 6 estudios que abarcaron 1.435 pacientes, con una media de seguimiento de 51 ± 18 semanas. Los niveles elevados de CA-125 pre-TAVI se asociaron con mayor mortalidad (HR crudo: 2,79 [IC95%: 2,09–3,73]; p<0,001; $I^2$: 0%; HR ajustado: 2,18 [1,60–2,96]; p<0,001; $I^2$: 0%) en comparación con niveles bajos. Asimismo, se observó una asociación con el desenlace combinado de mortalidad y rehospitalización por insuficiencia cardíaca (HR crudo: 2,29 [1,42–3,69]; p<0,001; $I^2$: 70%; HR ajustado: 2,27 [1,56–3,28]; p<0,001; $I^2$: 0%). El riesgo de sesgo se consideró entre bajo y moderado. El análisis de Funnel plot sugirió posible sesgo de publicación.

**Conclusión:** En esta revisión sistemática y metaanálisis, niveles elevados de CA-125 previos a TAVI se asociaron de manera independiente con un mayor riesgo de mortalidad y de rehospitalización por insuficiencia cardíaca. Se identificó posible sesgo de publicación, lo cual debe considerarse en la interpretación de los resultados.

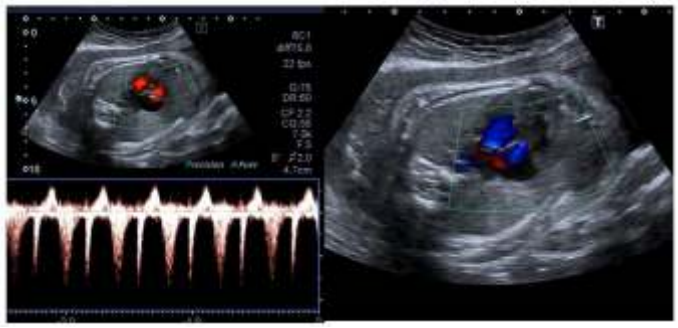
## 0278 - ECOCARDIOGRAFÍA FETAL INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA AISLADA: ¿CUÁNDO ASUMIR COMO BENIGNA Y TRANSITORIA? CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS Y EVOLUCIÓN

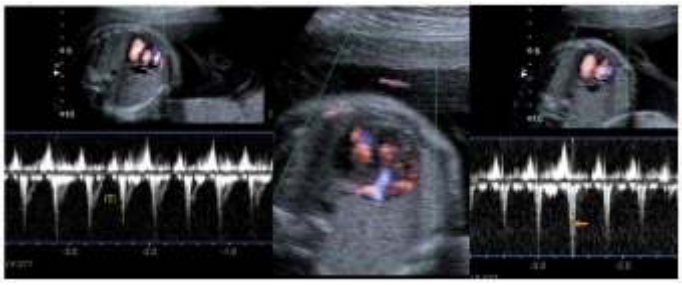
Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Multimagen

Carolina STEPFFER[1] | Vanessa Milena QUIROZ SALAZAR[2] | Laura Milena PEREZ CALDERON[2] | Cecilia Margarita MAYA BARRERA[2] | Pablo MARANTZ[2]

*Hospital P De Elizade[1]; Fundación Hospitalaria[2]*

**Introducción:** La insuficiencia de la válvula tricúspide (IT) que vemos aislada es una condición frecuente en el RN y el niño mayor, pero hay poca información sobre la prevalencia y evolución de la IT durante la vida fetal. Este evento hemodinámico es de fácil detección mediante el Ecocardiograma Fetal en manos de especialista. En vida fetal la IT puede detectarse desde las 11 semanas de gestación, y antes también. Según la bibliografía tiene una prevalencia de hasta el 6% en segundo trimestre. Puede ser una condición que forme parte de una cardiopatía congénita compleja, o de una patología extra cardiaca. El objetivo de este estudio es valorar las IT aisladas que se evidencian en segundo trimestre y que no se acompañan de patología cardiaca ni otra condición fetal.





**Objetivos:** Analizar la prevalencia y las características ecográficas de la IT fetal asilada del segundo trimestre Describir la evolución y definir la importancia de la IT

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo. Se realizaron ecografías en 450 embarazos únicos con crecimiento normal del feto y anatomía cardíaca normal. Los pacientes fueron valorados por Ecocardiografía fetal durante el segundo y tercer trimestre. La IT aislada en segundo trimestre, fue clasificada según su cuantía velocidad pico en cm/seg, duración en tiempo sistólico y de forma cualitativa en máxima extensión espacial por doppler colorSe clasificó la IT en relación a la

distancia entre la válvula tricúspide (VT) y el techo de la aurícula derecha (AD). Dependiendo de cuánto duró la regurgitación, La insuficiencia de la válvula tricúspide se clasificó en dos tipos: holosistólica la regurgitación dura todo la sístole NO holosistólica, la regurgitación limitada a la fase temprana de la sístole Resultado: Se detectaron 18 casos de IT La prevalencia fue 4% en nuestro grupo. Los casos fueron NO holosistólicos (95 %), con velocidad inferior a 2m/s ( 95% ) y con poca extensión espacial (el 100% ) La IT desapareció durante el tercer trimestre todos los casos. En el control de los RN todos los pacientes sin IT significativa.

**Resultados:** Se detectaron 18 casos de insuficiencia de la válvula tricúspide. La prevalencia de IT fue del 4% en nuestro grupo. La gran mayoría de los casos fueron NO holosistólicos (95 %), con una velocidad máxima inferior a 2m/s ( 95% ) y con todos con poca extensión espacial (el 100% de los casos tipo I o II) En todos los casos el Ecocardiograma funcional dio resultados normales. Siguiendo este fenómeno hemodinámico durante las siguientes semanas, encontramos que la IT desapareció durante el trecer trimestre, alrededor de las 29-34 semanas en todos los casos. En el control de los RN todos los pacientes sanos sin IT significativa.

**Conclusión:** La IT con evolución benigna tiene como condición ser AISLADA del segundo trimestre, sin otra alteración fetal o cardiaca. Y presenta 3 características ecocardiografica necesarias: su duración NO holosistólica ( > 50% de la sístole), su velocidad máxima alrededor de 100 cm/seg (nunca superior a 200 cm/seg) ser LEVE con pequeña extensión espacial (tipo I o II) POR LO TANTO: La IT aislada observada durante el segundo trimestre puede ser considerada un fenómeno hemodinámico transitorio y funcional Las características eco cardiográficas que definirían este fenómeno como benigno son: cuantía leve, duración no Holosistólica y velocidad pico por debajo de los 200cm/seg Serán necesarios estudios más numerosos a futuro para desestimar el control por especialista fetal en este tipo de pacientes y para generalizar estas conclusiones

## 0279 - DIFERENCIAS CLÍNICO-IMAGENOLÓGICAS Y EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA SEGÚN SEXO.

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Pilar DOMENECH | Santiago DECOTTO | Pedro TOUZAS | María Adela AGUIRRE | María Lourdes POSADAS MARTINEZ | Marcelina CARRETERO | Elsa NUCIFORA | Diego PÉREZ DE ARENAZA

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

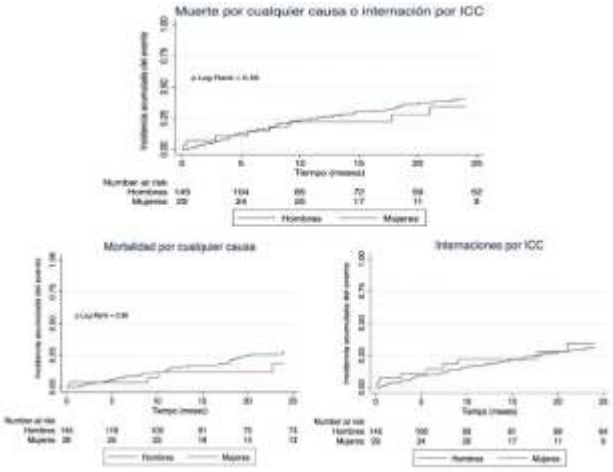
**Introducción:** La amiloidosis por transtiretina (ATTR) es una entidad diagnosticada principalmente en hombres, tanto en su forma wild-type (ATTRwt) como en la hereditaria o variante (ATTRv). Si bien se han reportado diferencias clínicas y pronósticas entre hombres y mujeres con ATTR, la evidencia local al respecto es limitada.

**Objetivos:** Comparar las características clínicas e imagenológicas, así como la evolución durante el seguimiento, entre hombres y mujeres con diagnóstico de amiloidosis ATTR.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, observacional y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con ATTRwt y ATTRv pertenecientes al Registro Institucional de Amiloidosis de nuestra institución en el período de 2008 a 2024. Se recopilaron los datos clínicos e imagenológicos al momento del diagnóstico y durante el seguimiento, mediante revisión de las historias clínicas electrónicas. La población fue dividida según el sexo, y se realizaron comparaciones utilizando pruebas estadísticas apropiadas para cada tipo de variable. Se realizó una censura administrativa a los dos años de seguimiento. El punto final primario fue un compuesto de mortalidad por cualquier causa e internaciones por insuficiencia cardíaca; de forma secundaria, también se analizaron estos eventos de forma individual. Se emplearon curvas de Kaplan-Meier para estimar la incidencia acumulada de eventos en cada grupo, comparando grupos mediante la prueba de Log-Rank.

| | Hombres (n=145) | Mujeres (n=29) | p valor |
|---|---|---|---|
| Edad, años (DE) | 80 (+/- 8) | 84 (+/- 8) | **0.02** |
| IMC, kg/m2 (DE) | 27 (+/- 4) | 25.5 (+/- 5) | **0.13** |
| HTA, % (n) | 76 (111) | 89 (25) | 0.25 |
| Dislipidemia, % (n) | 44 (64) | 72 (21) | **0.005** |
| Diabetes, % (n) | 19 (28) | 17 (5) | 0.79 |
| IRC, % (n) | 17 (25) | 24 (7) | 0.38 |
| IC al diagnóstico, % (n) | 63 (91) | 59 (17) | 0.67 |
| FA al diagnóstico, % (n) | 53 (77) | 45 (13) | 0.42 |
| NT-ProBnp, pg/ml [RIC] | 2674 [1225 - 5484] | 3048 [2065 - 5285] | 0.49 |
| TUS, pg/ml [RIC] | 52 [36 - 81] | 46 [32 - 59] | 0.22 |
| **Ecocardiograma** | | | |
| DFDVI, mm (DE) | 45 (+/- 6) | 40 (+/- 8) | **0.002** |
| DFSVI, mm (DE) | 28 (+/- 7) | 27 (+/- 9) | 0.44 |
| Espesor septal, mm (DE) | 17 (+/-3) | 15 (+/-3) | **0.005** |
| Esp. pared post, mm (DE) | 14 (+/-3) | 13 (+/-2) | **0.03** |
| FEVI, % (DE) | 53 (+/-11) | 55 (+/-10) | 0.42 |
| SLG, % (DE) | -12 (+/- 3) | -14.5 (+/-4) | 0.05 |
| Vol AI índex, ml/m2 (DE) | 59 (+/- 17) | 59 (+/- 13) | 0.89 |
| Disfunción VD, % (n) | 29 (42) | 28 (8) | 0.81 |
| PSP, mmHg [RIC] | 40 [32-50] | 42 [36-53] | 0.17 |
| **Resonancia cardiaca** | | | |
| FEVI, % (DE) | 51 (+/- 12) | 57 (+/- 14) | 0.10 |
| Máximo espesor, mm (DE) | 19 (+/- 3) | 17 (+/- 3) | 0.05 |
| FEY VD, % (DE) | 46 (+/-13) | 56 (+/-14) | **0.01** |
| T1 mapp nativo, msec [RIC] | 1118 [1100-1143] | 1129 [1122-1143] | 0.66 |
| ECV, % [RIC] | 48 [41-53] | 49 [37-58] | 0.67 |

**Resultados:** Se incluyeron un total de 174 pacientes, 161 ATTRwt y 13 ATTRv. La media de edad fue 80 (±8) años, con un total de 145 pacientes hombres (83%) y 29 mujeres (17%), Al diagnóstico, la mujeres fueron más añosas (83 años vs. 78 años; p = 0.02) y presentaron con mayor frecuencia dislipemia (72% vs. 44%; p = 0.005) comparado con los hombres. Además, las mujeres presentaron menor espesor septal y de pared posterior (15 mm vs 17 mm; p=0.005 y 13 mm vs 14 mm; p=0.03 respectivamente). En la resonancia magnética cardíaca, las mujeres presentaron una mayor fracción de eyección del ventrículo derecho (56% vs 46%; p=0.01 ) y una tendencia a mayor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (57% vs 51%; p = 0.1) en comparación con los hombres (TABLA). La incidencia del punto final primario combinado fue de 34%, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (27% en mujeres vs 31% en hombres, p Log-Rank 0.59; FIGURA). Tampoco se observaron diferencias en la incidencia de los eventos individuales entre grupos.




**Conclusión:** Se observaron diferencias clínicas e imagenológicas entre hombres y mujeres con amiloidosis ATTR, siendo las mujeres significativamente más añosas, con probable menor grado de infiltración en las imágenes cardiovasculares. Sin embargo, estas diferencias no se asociaron con diferencias en la incidencia de eventos durante la evolución.

## 0280 - UTILIZACIÓN DE RECURSOS MÉDICOS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar

Ignacio BLURO[1] | Emiliano ROSSI[1] | Maria Eugenia KNORRE[1] | Ana Laura MICELI[1] | Virginia VADAGUER BABIC[2] | Claudia FOLINO[2] | Rodolfo PIZARRO[1] | Posadas Martinez MARÍA LOURDES[1]

*Hospital Italiano de Buenos Aires[1]; MSD Argentina[2]*

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara, pero de alto impacto individual para el paciente que la padece, debido a la morbi-mortalidad que conlleva, y para el sistema de salud, por la gran cantidad de recursos que demanda. Es sabido que el tratamiento farmacológico de la HAP tiene un alto costo para los financiadores de servicios de salud; sin embargo, no contamos con datos locales que permitan evaluar el impacto de esta patología en cuanto a la utilización de recursos no farmacológicos.

**Objetivos:** Determinar la utilización de recursos médicos no farmacológicos, representada por la tasa de hospitalización y los días de estadía hospitalaria en una cohorte de pacientes con HAP.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con HAP del grupo I atendidos en un centro de referencia entre enero de 2017 y diciembre de 2023. Se realizó un análisis cruzando la base de datos del registro institucional de HAP con bases hospitalarias, con el fin de determinar la cantidad de internaciones, la tasa de internación y los días de estadía hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes, de los cuales cuatro (5%) se perdieron en el seguimiento. Las características basales de la población se presentan en la tabla 1. La mediana de seguimiento fue de 2 años (Iq 25-75: 0,9-4,3 años). La mediana de hospitalizaciones por cualquier causa fue de 2,5 (Iq 25-75: 1-5) internaciones por paciente, con una mediana de duración de internación de 14,2 (Iq 25-75: 4,4-36,6) días. La cantidad de internaciones relacionadas con HAP fue de 2 (Iq 25-75: 1-3 por paciente) internaciones por paciente, con una mediana de

| Tabla 1. Características basales | |
|---|---|
| **Datos demográficos** | |
| Sexo femenino | 64 (80%) |
| Edad, años (IQ 25-75) | 47.9 (28.4-62-3) |
| Derivados de otro centro | 62 (78%) |
| Grupo 1 | 80 (100%) |
| Prevalente | 32 (40%) |
| Incidente | 48 (60%) |
| Demora diagnóstica, meses (Mediana IQ) | 7 (3-13) |
| **Características clínicas** | |
| Idiopático | 35 (44%) |
| Hereditaria | 1 (1%) |
| Asociada a drogas o toxinas | 2 (3%) |
| Colagenopatías, HIV, portopulmonar y congénitas | 40 (51%) |
| Venoclusiva | 1 (1%) |
| **Clase funcional** | |
| I | 1 (2%) |
| II | 30 (48%) |
| III | 25 (40%) |
| IV | 6 (10%) |
| Insuficiencia cardíaca | 28 (44%) |
| Síncope | 12 (19%) |
| **Comorbilidades** | |
| Hipertensión | 15 (19%) |
| Enfermedad coronaria | 3 (4%) |
| Diabetes | 5 (6%) |
| Tabaquista | 4 (5%) |
| Ex tabaquista | 21 (27%) |
| IMC, kg ± DS | 25 ± 4 |
| Enfisema | 3 (4%) |
| Depresión | 7 (9%) |
| ERC (TFG< 60 ml/min/m²) | 9 (11%) |
| HIV positivo | 1 (1%) |
| Fibrilación auricular | 1 (1%) |
| Presencia al menos 1 comorbilidad | 67 (84%) |
| **Marcadores de riesgo** | |
| Test marcha 6 minutos Media ± DS | 318 ± 137 |
| NT-proBNP | 708 (119-2829) |
| **Cateterismo derecho basal** | |
| Aurícula derecha (mmhg) Media ± DS | 16 ± 6 |
| PAPM (mmhg) Media ± DS | 47 ± 14 |
| Presión capilar (mmhg) Media ± DS | 10 ± 3 |
| Índice cardíaco (L/min/m²), mean (SD) | 2.6 ± 1 |
| R.V.P (Wood Units), mean (SD) | 11.2 ± 7 |
| Vasoreactividad | 8 (10%) |

**Tabla 2: Resultados**

| Internaciones por todas las causas | | |
|---|---|---|
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 3 (1-6.5) | |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 113 (95% IC 111 - 115) | |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 13.7 (5.13-25.1) | |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 1026 (95% IC 1020 - 1031) | |
| | Sin comorbilidades | Con comorbilidades |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 2 (1-4) | 3 (1-6.5) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 105 (95% IC 103 - 107) | 113 (95% CI 111- 115) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 14.2 (4.3-79.1) | 13.7 (5.1-25.1) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 1756 (95% IC 1748 - 1764) | 1026 (95% IC 1020 - 1031) |
| | < 50 años | >50 años |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 2 (1-4) | 3 (1-5.5) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 95 (95% CI 93 - 96) | 131 (95% CI 129 - 133) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 18.8 (5.1-79.1) | 10.7 (3.49-23.58) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 1717 (95% CI 1710 - 1724) | 805 (95% CI 799 - 811) |
| | Tratamiento estable | Escala tratamiento |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 1 (1-3) | 3.5 (3-7.5) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 98 (95% IC 96 - 100) | 88 (95% IC 87 - 90) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 5.8 (2.4-15.1) | 14.1 (8.0-28.2) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 715 (95% IC 708 - 721) | 396 (95% IC 392 - 400) |
| | No muere ni trasplante | Muerte o trasplante |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 3 (1- 4.5) | 3 (2-5.5) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 92 (95% IC 91 - 93) | 151 (95% IC 148 - 154) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 11.2 (4.3 – 20.4) | 38.78 (19.95-139.05) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 515 (95% IC 512 - 518) | 3416 (95% IC 3402 - 3430) |
| | Plan de Salud | Otra cobertura |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 3 (1-7) | 2 (1-4) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 112 (95% IC 109 - 114) | 109 (95% IC 107 -, 110) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 12.1 (0.9-23.1) | 15.9 (4.4-65.9) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 450 (95% IC 444 - 455) | 1655 (95% IC 1649 - 1660) |
| **Internaciones relacionadas a HAP** | | |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 2 (1-3) | |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 75 (95% IC 74.89 - 77.08) | |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 12 (4-20) | |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 890 (95% IC 887.24 - 894.71) | |
| | Sin comorbilidades | Con comorbilidades |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 2 (1-3) | 2 (1-3) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 83 (95% IC 81 - 84) | 70 (95% IC 68 - 71) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 13.2 (4.3-42.1) | 10.9 (4.05-17.6) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 1293 (95% IC 1286 - 1300) | 565 (95% IC 561 - 569) |
| | < 50 años | >50 años |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 2 (1-3) | 2 (1-3) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 71.5 (95% CI 70.1 - 72.8) | 82 (95% CI 80 - 84) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 13.7 (7.9 -34.6) | 5.9 (2.8-14.5) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 1140 (95% CI 1134 - 1145) | 517 (95% CI 512 - 521) |
| | Tratamiento estable | Escala tratamiento |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 1 (1-2) | 3 (3-6) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 67 (95% IC 65 - 69) | 75 (95% IC 73 - 76) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 4.5 (3.6-12.8) | 13.1 (7.5-17.4) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 372 (95% IC 368 - 377) | 301 (95% IC 298 - 305) |
| | No muere ni trasplante | Muerte o trasplante |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 2 (1-4) | 2 (1-3) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 72 (95% IC 71 – 73) | 83 (95% IC 81 - 85) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 11.2 (4.3 – 20.4) | 18.6 (4.7-114.7) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 328 (95% IC 325 - 331) | 2276 (95% IC 2264 - 2287) |
| | Plan de Salud | Otra cobertura |
| N° Hospitalizaciones (Mediana [illegible]) | 3 (2-4) | 2 (1-3) |
| Tasa hospitalizaciones por 100 pts/a | 73 (95% IC 71 - 75) | 76 (95% IC 75 - 78) |
| Días de internación (Mediana [illegible]) | 11.6 (2.8-18.8) | 12.1 (4.3-33.4) |
| Tasa de estadía (días por 100 pts/a) | 256 (95% IC 252 - 260) | 1103 (95% IC 1098 - 1108) |

duración de la internación de 12,0 (4,1-20,2) días. La tasa global de internaciones por todas las causas fue de 110 (95% CI 108.58-111.20) hospitalizaciones por 100 pts/año, con una mediana de estadía de hospitalaria de 1352 (95% CI 1347.95 - 1357.16) días cada 100 pts/año, mientras que la tasa de internaciones relacionadas con HAP fue de 75 (95% CI 74.89 - 77.08) hospitalizaciones por 100 pts/año; con una mediana de estadía hospitalaria de 890 (95% CI 887.24 - 894.71) días cada 100 pts/año. En resumen, la HAP fue responsable del 68% de las internaciones y del 65% de los días de internación. Como es de esperarse, la tasa de internaciones fue mayor entre los pacientes mayores de 50 años y en aquellos con comorbilidades no dependientes de la HAP. (Tabla 2) Sin embargo, estos pacientes requirieron menos días de internación. Este fenómeno es atribuible a la mayor cantidad de días de internación entre aquellos pacientes que fallecen o esperan un trasplante de pulmón en comparación con los que sobrevivieron libres de trasplante (2408 vs 898 días; p<0.001).

**Conclusión:** Los pacientes con HAP presentan una alta tasa de uso de recursos hospitalarios, de los cuales dos tercios corresponden a internaciones relacionadas con la patología de base. El mayor uso de recursos hospitalarios se observa en los pacientes que requieren trasplante o fallecen.

## 0282 - PREVALENCIA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Juan Augusto CARPANI | Juan Maria IROULART | Santiago DECOTTO | Emiliano ROSSI | Astrid SMUD | Marisa Del Lujan SANCHEZ | Rodolfo PIZARRO | Ignacio BLURO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

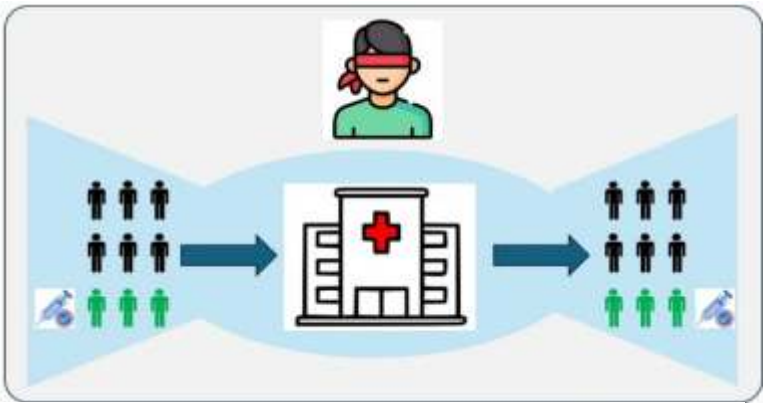
**Introducción:** La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) es un síndrome clínico que afecta a pacientes con múltiples comorbilidades y que por su condición tienen indicación de vacunarse contra patógenos respiratorios.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es determinar la tasa de vacunación contra el virus de la Influenza en pacientes mayores de 65 el invierno posterior a una internación por insuficiencia cardíaca

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años hospitalizados debido a ICFEP (fracción de eyección mayor al 50%) entre agosto de 2019 y marzo de 2024. Se utilizó la historia clínica electrónica para recabar información acerca de la aplicación de la vacuna contra el virus de la Influenza, se determinó la tasa de vacunación previa y posterior a la internación y la asociación entre ambas aplicaciones.

Tabla 1

| | n | (%) |
|---|---|---|
| Sexo femenino | 89 | (66%) |
| Edad (iq $_{25-75}$) | 84 | (78-87) |
| HTA | 120 | (89%) |
| Diabetes | 30 | (22%) |
| TBQ | 10 | (7%) |
| E.P.O.C. | 32 | (24%) |
| F.A. | 75 | (55%) |
| E.R.C | 30 | (22%) |
| IAM previo | 16 | (12%) |
| C.R.M. | 2 | (2%) |
| ATC previa | 11 | (8%) |
| A.C.V. previo | 14 | (10%) |
| Cáncer | 11 | (8%) |
| Vacunación año previo | 50 | (37%) |



**Resumen gráfico:** Un tercio de los pacientes que se internan por I.C. están vacunados para la gripe. Al año siguiente a la internación el mismo tercio es el que está vacunado.

**Resultados:** Se incluyeron a 135 pacientes internados por ICFEP, las características basales de la población se describen en la tabla 1. El 37% de los pacientes se había vacunado contra el virus de la Influenza el año previo a la internación, mientras que el 38% de los pacientes se vacunó durante la temporada invernal posterior a la internación. El haberse vacunado el año previo fue el único predictor de que el paciente se vacunara contra el virus de Influenza posterior a la internación por ICFEP (OR 6,2: 2,8-13,3; p<0.0001). Ninguna otra variable clínica se asoció con la vacunación posterior.

**Conclusión:** Solo un tercio de los pacientes tiene registrada la aplicación de la vacuna contra el virus de la influenza en nuestra institución durante la temporada invernal posterior a una internación por insuficiencia cardíaca. Una limitación de nuestro estudio es la posibilidad de un subregistro, ya que muchos pacientes podrían haberse vacunado en otros centros fuera de nuestra red, de los cuales no disponemos de información. A pesar de esta limitación, resulta llamativo que el único predictor identificado de vacunación haya sido el antecedente de haberse vacunado previamente. Este hallazgo pone en evidencia la escasa influencia que los profesionales de la salud ejercemos actualmente sobre la tasa de vacunación. Este sencillo análisis revela una importante oportunidad para mejorar la implementación de intervenciones con eficacia clínica comprobada

## 0288 - PREVALENCIA E INCIDENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO.

Cardioncología / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

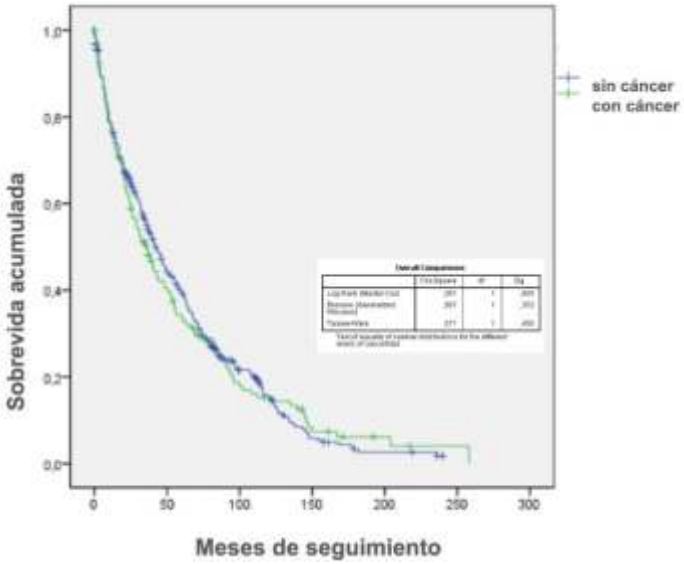
Maria Jimena GAMBARTE | Claudio HIGA | Valois MARTINEZ | Anabella MEZZALIRA | Lucas Adrián OTERO GÓMEZ | Mariangel SANCHEZ

*Hospital Alemán*

**Introducción:** La cardiología reversa trata de explicar la relación bidireccional entre la insuficiencia cardíaca y el cáncer. Existen brechas de evidencia entre la incidencia de cáncer y mortalidad asociada en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC)

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia e incidencia de nuevos casos de cáncer en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD), comparación de su perfil clínico y pronóstico a largo plazo.

**Materiales y Métodos:** Pacientes =18 años afiliados a un plan de salud de un hospital de comunidad ingresados en forma consecutiva en la Unidad Coronaria con diagnóstico de ICD entre los años 2000 y 2025. La base de datos completa incluyó 181 variables demográficas, comorbilidades, estudios complementarios (electrocardiograma, ecocardiograma, laboratorio), tratamiento (pre y post internación índice) y seguimiento ). El seguimiento se realizó al 100% de los pacientes. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado y las variables numéricas con la prueba de Mann-Whitney-Wilcoxon. La supervivencia durante el seguimiento se comparó con la prueba de log-rank test. Para los cálculos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 26 IBM.




**Resultados:** Se analizaron 610 pacientes, edad 78 ± 11 años, 58% masculino. La mediana de seguimiento fue de 32 meses (rango intercuartilo 25-75 9-71). La etiología isquémica-necrótica fue del 35,5% y la fracción de eyección ventricular izquierda media fue 45% (rango intercuartilo 25-75 14 60).Las comorbilidades más prevalentes: hipertensión 90,3%, dislipemia 53%, enfermedad coronaria 41%, tabaquismo 36%, diabetes mellitus 21,7%. Se detectó cáncer preexistente en 120 pacientes (19,7%). No hubo diferencias respecto a las variables demográficas ni en los factores de riesgo cardiovascular. Durante el seguimiento se diagnosticaron 61 (10%) nuevos casos de cáncer y 9 (18,75%) de ellos eran el segundo episodio en el paciente. Los pacientes cáncer total frente a aquellos sin cáncer tenían menos antecedentes coronarios 35% vs 53% p 0,005, demencia 1,9% vs 8,8% p 0,005 y tratamiento previo con IECA: 42% vs 52% p 0,02 y con aspirina 45% vs 54% p 0,044. Mientras que tenían una mayor prevalencia de insuficiencia renal previa 23% vs 15% p 0,014, alcoholismo 18,7% vs 0,7% p: 0,0001 y anemia previa 23% vs 13% p 0,004.El fallecimiento por IC fue del 63,7% en aquellos sin cáncer vs 46.5% en aquellos con cáncer, mientras que la muerte por cáncer fue del 0% vs 23.2% respectivamente. p 0.0001- No hubo diferencias en la mortalidad en el seguimiento entre los que tenían o no cáncer, log-rank test (Mantel-Cox) chi cuadrado 0,61, p: ns. Ver figura 1 Tampoco hubo diferencias significativas respecto al tiempo de sobrevida media en los que tenían cáncer: 59,7 meses IC 95% 47-69) versus los que no tenían cáncer: 59,01 IC 95% 53-64) meses.

**Conclusión:** En nuestra cohorte de pacientes con ICD, la prevalencia de cáncer fue del 19,7% y su incidencia en el seguimiento del 10 %. Los pacientes con cáncer tenían más prevalencia de insuficiencia renal previa, anemia y antecedente de alcoholismo. No hubo diferencias en la mortalidad en el seguimiento entre los pacientes con ICD que tenían o no cáncer. El 46,5%de los pacientes con cáncer fallecieron por IC y sólo el 23,2 % a causa de la patologia oncológica.Estos hallazgos demuestran la necesidad de un enfoque integral para el manejo de esta población, teniendo en cuenta sus múltiples comorbilidades para optimizar su seguimiento.

## 0289 - DESARROLLO DE UN MODELO CLÍNICO PREDICTIVO DE CRIBADO PARA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Diego Martin ARLUNA | Daniel MARTIN | Santiago SIMONE | Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Carlos Joaquin CORDOVA SERRANO | Alvaro SOSA LIPRANDI | Joaquin PEREA

*Sanatorio Güemes*

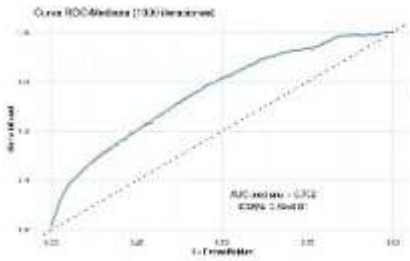
**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una causa reconocida de hipertensión secundaria y un factor que contribuye a la progresión del daño cardiovascular. Aunque su prevalencia en pacientes hipertensos es elevada, suele estar subdiagnosticada.

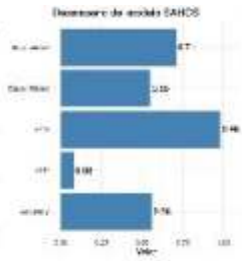
**Objetivos:** Desarrollar y validar un modelo clínico predictivo, basado en variables de rutina, para estimar el riesgo de AOS en pacientes con hipertensión arterial.

**Materiales y Métodos:** Se analizó una cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) atendidos en el servicio de cardiología ambulatoria. Se incluyeron aquellos con estudios complementarios completos y datos disponibles sobre la presencia o ausencia de AOS, definido según criterios clínicos y polisomnografía. Las variables clínicas y ecocardiográficas fueron analizadas para identificar predictores independientes de AOS. La edad fue categorizada en rangos clínicamente relevantes, definidos a partir de puntos críticos previamente explorados. Se aplicaron tres métodos de selección de variables: regresión penalizada tipo LASSO, algoritmo Boruta y selección escalonada según el criterio de información de Akaike (stepwise AIC). La robustez de los predictores fue evaluada mediante bootstrap (n=100 iteraciones). La capacidad discriminativa del modelo se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC) y las métricas habituales, calculadas en 1.000 iteraciones mediante bootstrap para estimar su estabilidad. La calibración fue verificada mediante el test de Hosmer-Lemeshow y curvas de calibración.

| VARIABLE | No | Si | P |
|---|---|---|---|
| n | 1707 | 88 | |
| SEXO = Mujer (%) | 919 (53.8) | 32 (36.4) | 0.002 |
| EDAD (mean (SD)) | 59.37 (14.34) | 56.86 (11.89) | 0.107 |
| IMC (mean (SD)) | 29.32 (5.92) | 32.90 (6.49) | <0.001 |
| Prom_PAS_dia (mean (SD)) | 139.36 (15.60) | 139.36 (15.60) | 0.069 |
| Prom_PAS_noche (mean (SD)) | 126.05 (18.08) | 130.56 (20.63) | 0.024 |
| AI_area (mean (SD)) | 24.12 (8.88) | 22.83 (7.61) | 0.179 |
| SIV (mean (SD)) | 11.17 (1.71) | 11.37 (1.63) | 0.278 |
| ColesterolTotal (mean (SD)) | 181.10 (40.67) | 181.38 (47.54) | 0.951 |
| LDL (mean (SD)) | LDL (mean (SD)) | 103.67 (37.71) | 0.579 |
| HDL (mean (SD)) | 50.14 (16.90) | 45.07 (13.30) | 0.006 |
| ClCr_final (mean (SD)) | 109.72 (49.48) | 122.38 (55.94) | 0.020 |
| DBT = 1 (%) | 290 (17.0) | 14 (15.9) | 0.906 |
| HTA = 1 (%) | 1439 (84.3) | 78 (88.6) | 0.344 |
| DLP = 1 (%) | 518 (30.3) | 41 (46.6) | 0.002 |
| ESTAT = 1 (%) | 486 (28.5) | 34 (38.6) | 0.054 |
| Disfuncion_diastolica = 1 (%) | 592 (34.7) | 45 (51.1) | 0.002 |
| HVI = 1 (%) | 312 (18.3) | 21 (23.9) | 0.240 |
| HVI_masa = Si (%) | 217 (12.7) | 11 (12.5) | 1.000 |
| HTA_multifarmaco_3 = 1 (%) | 237 (13.9) | 15 (17.0) | 0.500 |
| EDAD 45-60 años = 1 (%) | 570 (33.4) | 42 (47.7) | 0.008 |
| ClCr_bajo <50 = 1 (%) | 109 (6.4) | 2 (2.3) | 0.182 |
| Microalb >20 = Si (%) | 486 (28.5) | 22 (25.0) | 0.560 |
| HTA_estrato (%) | | | 0.397 |
| HTA_controlada | 624 (36.6) | 29 (33.0) | |
| HTA_SA | 450 (26.4) | 19 (21.6) | |
| HTA_DA | 100 (5.9) | 5 (5.7) | |
| HTA_SD | 533 (31.2) | 35 (39.8) | |
| SEGUIMIENTO_MACE_MESES (mean (SD)) | 42.98 (24.05) | 46.62 (24.83) | 0.167 |
| MACE = 1 (%) | 158 (9.3) | 4 (4.5) | 0.189 |
| Muerte = 1 (%) | 51 (3.8) | 2 (2.3) | 0.684 |
| Tratamiento = 1 (%) | 1329 (78.4) | 72 (83.7) | 0.295 |

**Resultados:** La prevalencia de AOS en la cohorte fue del 5% (n=88). En el análisis multivariado, los predictores independientes fueron: disfunción diastólica (OR: 2,39; IC 95%: 1,54–3,74), sexo masculino (OR: 2,12; IC 95%: 1,35–3,38), edad entre 45 y 65 años (OR: 1,71; IC 95%: 1,10–2,66) e índice de masa corporal (IMC) (OR por unidad: 1,08; IC 95%: 1,05–1,11). El modelo mostró una capacidad discriminativa robusta, con una mediana del área bajo la curva ROC (AUC) de 0,70 (IC 95%: 0,59–0,81) tras 1.000 iteraciones por medio de bootstrap. Usando el punto de corte óptimo, se obtuvo una sensibilidad del 71%, especificidad del 55%, valor predictivo negativo del 98% y una precisión global del 56%.





**Odds Ratios del modelo SAHOS**

| Variable | OR | IC 2.5% | IC 97.5% |
|---|---|---|---|
| Intercepto | 0.00 | 0.00 | 0.01 |
| Índice de masa corporal (IMC) | 1.08 | 1.05 | 1.11 |
| Disfunción diastólica | 2.39 | 1.54 | 3.74 |
| Genero masculino | 2.12 | 1.35 | 3.38 |
| Edad (45–65 años) | 1.71 | 1.10 | 2.66 |

**Conclusión:** Estos hallazgos respaldan la utilidad del modelo como herramienta de cribado clínico para AOS en pacientes hipertensos, permitiendo identificar individuos de alto riesgo mediante una estrategia simple y reproducible. Su elevada sensibilidad y excelente valor predictivo negativo lo posicionan como una herramienta útil en la práctica ambulatoria para orientar el estudio diagnóstico del AOS. No obstante, su desempeño debe ser validado en cohortes externas antes de su implementación clínica.

## 0293 - AFINANDO LA MIRADA AL SCORE DE CALCIO: IMPACTO DE LA DISMINUCIÓN DEL GROSOR DE CORTE EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR.

Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

Julia ARAMBURU | Virginia CONDE | Natalia LLUBERAS | Gabriel PARMA | Annaasofia TRENTINI

*Cardiocentro*

**Introducción:** El Score de Calcio coronario ha demostrado ser un predictor de riesgo cardiovascular confiable y reproducible. El MESA score, es un calculador que incorpora el score de calcio coronario a los factores de riesgo tradicionales para determinar el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a diez años, mejorando la predicción de

riesgo y el tratamiento. El protocolo más comúnmente utilizado en tomografía realiza cortes con grosor de 3mm, pero se ha visto que este grosor puede presentar menor sensibilidad para detectar calcificaciones pequeñas y de baja intensidad. Existen varios estudios con cortes de menor grosor, si bien los resultados han sido diferentes, algunos mostraron que pueden mejorar la exactitud del score de calcio, pero aún no son concluyentes.

**Recategorización del Riesgo según MESA 3mm/2mm**

| | | MESA 3 mm | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Bajo n (%) | Borderline n (%) | Moderado n (%) | Alto n (%) |
| MESA 2 mm | Bajo n (%) | 43 (82,7) | 0 | 0 | 0 |
| | Borderline n (%) | 7 (13,5) | 3 (37,5) | 0 | 0 |
| | Moderado n (%) | 2 (3,8) | 5 (62,5) | 22 (100) | 0 |
| | Alto n (%) | 0 | 0 | 0 | 7(100) |

**Objetivos:** Evaluar cambio en la estratificación de riesgo cardiovascular según el score de calcio coronario medido en tomografía coronaria en cortes de 2 mm y 3 mm, considerando valor absoluto, percentil y MESA score.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico. Se incluyeron 96 individuos derivados a score de calcio en el periodo comprendido entre junio 2024 y enero 2025, se excluyeron pacientes con angioplastia o cirugía de revascularización previa. El protocolo del score de calcio se realizó de acuerdo a las pautas internacionales, en tomógrafo Canon Aquilion prime de 160 cortes, utilizando 120 KVp, con mA variable según el peso del paciente, en cortes tomográficos de 2 y 3 mm. Se realizaron medidas comparativas en cuanto al valor absoluto del Score; el percentil y el riesgo CV a 10 años según el calculador del riesgo MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,001$.

**Resultados:** Se incluyeron 96 individuos, edad media 61±12 años, 49 (51%) hombres, 61 (63%) hipertensos, 12 (12%) diabéticos y 5 (5.2%) tabaquistas. 52 (54%) tenían Score de Calcio > 0 UA medido en 3 mm, mientras que en 59 individuos (61%) el Score de Calcio fue > 0 UA en 2 mm. La mediana del percentil en 3 mm fue de 22 (IQ 0-64) y en 2mm de 43 (IQ 0-73). El Score MESA (%) en 3 mm fue 4,4% (IQ 2.3-11.5%) y en 2 mm 5,7% (IQ 2.1-9.5%). Tanto el score total, el percentil y el MESA score presentaron un cambio estadísticamente significativo al calcularlos con cortes de 2mm ($p < 0,001$). Al comparar los resultados del MESA score, se observó que en 2 mm, de los individuos estratificados previamente como bajo riesgo, el 13.5 % (7) pasaron a ser borderline y un 3.8% (2) pasaron a moderado riesgo y de los borderline, un 62.5% (5) pasó a riesgo moderado. Los pacientes con alto riesgo en los cortes de 3 mm, permanecieron iguales.

**Conclusión:** La cuantificación del score de calcio en cortes de 2mm genera un cambio en la estratificación de riesgo del paciente, especialmente en las categorías de riesgo bajo y borderline, lo que determina un cambio en las conductas de prevención primaria.

## 0294 - LOGÍSTICA PREHOSPITALARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST: IMPACTO EN TIEMPOS CRÍTICOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INGRESO Y SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA EN EL TIEMPO.

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Clínica

Diriangen Omar SALAZAR RODRIGUEZ[1] | Adrian CHARASK[1] | Flavio DELFINO[1] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Carlos Manuel BARRERO[1] | Victor MAURO[1] | Enrique FAIRMAN[2] | Gabriela MAZZUCCHELLI[3]

*Clínica Bazterrica[1]; Clínica Santa Isabel[2]; Emergencias Omint[3]*

**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 Argentina, la falta de logística prehospitalaria sistemática con preactivación de hemodinamia (LogPre) puede incrementar los tiempos de derivación y tratamiento lo cual se asocia a un peor pronóstico.

**Objetivos:** 1. Evaluar si un sistema de LogPre mejora el tiempo puerta-balón (TPB) y el tiempo total de isquemia (TTI), en comparación con el traslado en ambulancia sin preactivación. 2. Analizar las características clínicas de ingreso de los pacientes trasladados con y sin LogPre. 3. Determinar si el sistema de LogPre es sustentable en el tiempo en su funcionamiento.

Tabla

| Variables | Grupo Total n: 206 (%) | Grupo A n: 85 (%) | Grupo B n: 121 (%) | P |
|---|---|---|---|---|
| Edad – mediana (RIC) | 64 (55-75) | 64 (59-73) | 64 (53-75) | NS |
| **HTA** | **48,5** | **37,6** | **56,2** | **0,004** |
| Hombres | 78,6 | 76,5 | 80,2 | NS |
| DBT | 18 | 15,3 | 19,8 | NS |
| **DLP** | **29,6** | **20** | **36,3** | **0,005** |
| TBQ | 37,4 | 43,5 | 33 | NS |
| **Killip A** | **78,7** | **86,9** | **72,9** | **0,008** |

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo continuo de pacientes (pts) con IAMCEST ingresados en ambulancia en dos clínicas privadas desde marzo 2018 hasta abril 2025. Para el análisis de sustentabilidad en el tiempo se tomaron los periodos bianuales 2018-19, 2020-21, 2022-23 y 2024-25. Los pts 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 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. El ECG se transmite por WhatsApp a un smartphone institucional de la Unidad Coronaria (UCO) activo 24/7. Si el médico de la UCO detecta un IAMCEST, se preactiva hemodinamia. Los datos se recopilaron en la base ARGEN-IAM de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC).

**Resultados:** De los 503 IAMCEST registrados en el periodo, 206 fueron trasladados en ambulancia: 85 pts (41,3%) en el Grupo A y 121 pts (58,7%) en el Grupo B. El TPB fue de 75 minutos (RIC 56-125) en el Grupo A y 122 minutos (RIC 85-163) en el Grupo B, p<0,001. Asimismo, hubo un acortamiento del TTI del Grupo A versus Grupo B (261 min RIC 210-387 vs. 335 min (RIC 226-525, p=0,043). En la tabla se resumen las características de la población total y de los grupos. Los pacientes trasladados sin LogPre tienen una mayor prevalencia de HTA, DLP e insuficiencia cardíaca. En pacientes trasladados con LogPre, Los tiempos puerta-balón fueron 80 (60-190) ninutos en el periodo 2018-2019, 85 (56-120) 2020-2021, 75 (47-115) 2022-2023 y 52,5 (30-100) 2024-2025. El tiempo total de isquemia (TTI) fue 265 (190-345), 375 (220-605), 260 (210-360) y 212 (210-220) minutos, respectivamente. Se observa un aumento del TTI en el período 2020-21, por las dificultades del contexto sanitario durante la pandemia de COVID-19. Sin diferencias estadísticamente significativas en los tiempos entre los diferentes períodos, lo que sugiere una efectividad sostenida del sistema.

**Conclusión:** La adecuada coordinación entre el centro y la emergencia mejora significativamente los tiempos críticos en el tratamiento del IAMCEST. Los pacientes derivados sin LogPre presentan mayor riesgo y tiempos más prolongados. LogPre demostró eficacia sostenida en la reducción del TPB y TTI. El aumento del TTI en 2020-21 se vincula al contexto pandémico. La atención prehospitalaria coordinada con el centro receptor es clave en las patologías tiempo-dependientes, y debe ser promovida como estándar asistencial.

## 0295 - EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PREALTA SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RESULTADOS DE UN ESTUDIO ALEATORIZADO.

Cardiopatía Isquémica

Gabriel Alejo GONZALEZ VILLA MONTE | Juan Jose BACIGALUPE | Maximiliano DE ABREU | Laura ANTONIETTI | Gloria LUNA | Agustina Lilén PARMIGIANI | Javier MARIANI | Carlos Daniel TAJER

*Hospital de Alta Complejidad El Cruce*

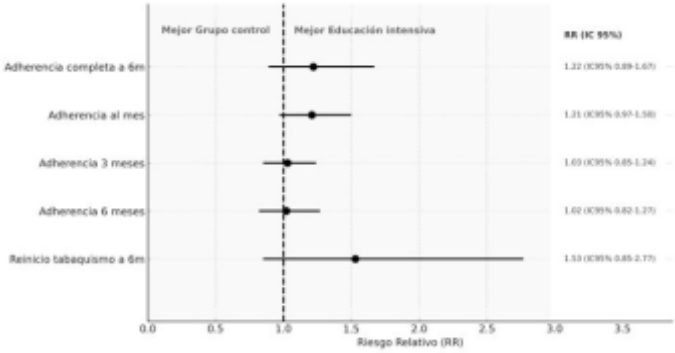
**Introducción:** Pacientes que egresan con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) constituyen un grupo de mayor riesgo para eventos cardiovasculares recurrentes. Mayor adherencia al tratamiento se asoció a mejor pronóstico. Una de las estrategias descriptas para incrementar la adherencia es aplicar intervenciones educativas orientadas a modificar la conducta. El egreso hospitalario es una oportunidad única de intervención teniendo en cuenta el significado de ese momento para los pacientes y la predisposición a recibir información y la escucha activa por parte de los pacientes y su familia.

**Objetivos:** Evaluar los efectos sobre la adherencia al tratamiento de una intervención educativa en pacientes luego de un SCA..

**Materiales y Métodos:** Ensayo clínico controlado, aleatorizado, abierto, de grupos paralelos, unicéntrico. Seguimiento a 6 meses. Se implementó una intervención educativa breve y estandarizada (20 minutos) antes del egreso

| Variables | Todos | Educación intensiva | Grupo control | p |
|---|---|---|---|---|
| N | 132 | 63 | 69 | |
| Sexo masculino, n (%) | 109 (82.6) | 50 (79.4) | 59 (85.5) | 0.484 |
| Edad, mediana [RIC] | 56.0[51.0, 61.0] | 56.0 [49.5, 61.5] | 56.0 [52.0, 61.0] | 0.852 |
| Hipertensión arterial, n (%) | 65 (49.2) | 29 (46.0) | 36 (52.2) | 0.596 |
| Dislipemia, n (%) | 34 (25.8) | 19 (30.2) | 15 (21.7) | 0.365 |
| Diabetes, n (%) | 33 (25.0) | 16 (25.4) | 17 (24.6) | 1.000 |
| Tabaquismo, n (%) | | | | 0.711 |
| Activo | 80 (60.6) | 36 (57.1) | 44 (63.8) | |
| Ex tabaquista | 26 (19.7) | 13 (20.6) | 13 (18.8) | |
| Nunca | 26 (19.7) | 14 (22.2) | 12 (17.4) | |
| Infarto previo, n (%) | 28 (21.2) | 14 (22.2) | 14 (20.3) | 0.954 |
| Cirugía de revascularización coronaria previa, n (%) | 4 (3.0) | 1 (1.6) | 3 (4.3) | 0.621 |
| Insuf. cardiaca crónica, n (%) | 2 (1.5) | 0 (0.0) | 2 (2.9) | 0.497 |
| Fibrilación auricular, n (%) | 1 (0.8) | 0 (0.0) | 1 (1.4) | 1.000 |
| EPOC, n (%) | 3 (2.3) | 1 (1.6) | 2 (2.9) | 1.000 |
| Tipo de SCA, n (%) | | | | 0.744 |
| SCA-NoST | 37 (28.0) | 19 (30.2) | 18 (26.1) | |
| ST-elevado | 95 (72.0) | 44 (69.8) | 51 (73.9) | |
| Fracción de eyección, media (DS) | 47.75 (12.33) | 47.92 (13.00) | 47.59 (11.77) | 0.880 |
| Angioplastia, n (%) | 91 (68.9) | 42 (66.7) | 49 (71.0) | 0.726 |
| Stents, n (%) | 89 (67.4) | 41 (65.1) | 48 (69.6) | 0.716 |

hospitalario, que incluyó material escrito, un video explicativo y una entrevista médica sobre la patología y la importancia de la adherencia al tratamiento (intervención mixta). Además, se firmó un contrato simbólico de compromiso con los cuidados indicados. Al mes, se realizó una visita de control con refuerzo educativo. El grupo control recibió el alta según la práctica habitual. En ambos grupos se realizaron visitas de seguimiento al mes (presencial), y telefónicas a los 3 y 6 meses del egreso. En cada visita se evaluó la adherencia al tratamiento y la ocurrencia de eventos clínicos.




**Resultados:** Se aleatorizaron 63 pacientes al grupo de intervención educativa mixta y 69 al grupo control; sin diferencias significativas en las características basales: 82.6% varones, mediana de edad de 56 años (RIQ 51-61), 73.5% con instrucción máxima primaria, la fracción de eyección (FEY) promedio fue de 47.7% (+/- 12,3). La mayoría egresaron con más de 4 fármacos, con una mediana de 7 (RIQ 6.0-8.0) comprimidos diarios. La adherencia en el primer mes fue de 80% en el grupo intervención y de 66.2% en el grupo control (RR 1.21; IC 95% 0.97 – 1.50; p=0.124). A los 3 meses, 79.7% versus 77.4% (1.03; IC 95% 0.85 – 1.24; p=0.937); y a los 6 meses, punto final primario del estudio, 73.3% versus 71.9% (1.02; IC 95% 0.82 – 1.27; p=1.00) respectivamente. No hubo diferencias significativas entre los grupos en la ocurrencia de eventos clínicos.

**Conclusión:** La intervención educativa fue aceptada y su implementación fue factible, aunque no se tradujo en aumento de la adherencia farmacológica ni en reducción de eventos clínicos a mediano plazo.

## 0296 - RELACIÓN ENTRE LA LIPOPROTEÍNA(A) Y EL SCORE DE CALCIO CORONARIO EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

María Del Rosario RODRÍGUEZ | Paola KUSCHNIR | Juan Manuel RODRIGUEZ PLATAS | Fiorella Sofia CHICOTE | Agustina SCIANCALEPORE | Marcelo HERRASTI | Marcelo Sergio TRIVI | Hugo Daniel SANABRIA

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** El score de calcio coronario (SCC) es un marcador validado de aterosclerosis subclínica y un predictor independiente de eventos cardiovasculares mayores, utilizado para mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) en prevención primaria. Por otro lado, la lipoproteína(a) [Lp(a)], cuya medición se recomienda al menos una vez en la vida, también ha emergido como un factor a considerar en la evaluación del RCV. A pesar de que se ha postulado la relación entre Lp(a) y SCC distinto de cero, la misma no está claramente establecida.

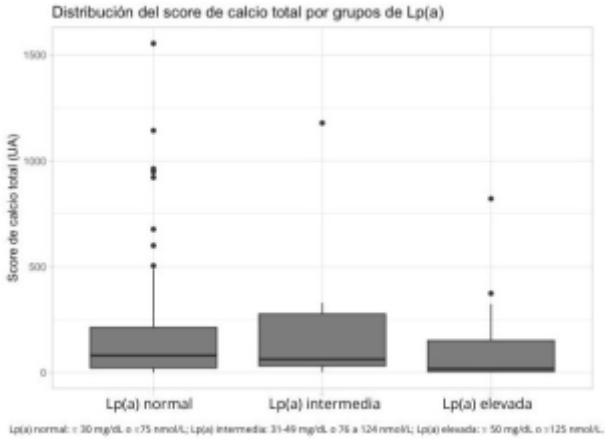
**Características clínicas y factores de riesgo cardiovascular de la población total y agrupados según el nivel de Lp(a)**

| Variable | Total(n=303) | Lpa normal (n=201) | Lpa intermedia (n=24) | Lpa elevada (n=78) | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| Sexo (masc) (%) | 174 (57.4) | 120 (59.7) | 16 (66.7) | 38 (48.7) | 0.159 |
| Edad (media ± SD) | 54.37 (9.63) | 54.27 (9.35) | 57.62 (10.55) | 53.62 (9.97) | 0.198 |
| Obesidad, n (%) | 51 (16.8) | 36 (17.9) | 5 (20.8) | 10 (12.8) | 0.512 |
| Hipertensión, n (%) | 111 (36.6) | 79 (39.3) | 13 (54.2) | 19 (24.4) | 0.012 |
| Dislipemia, n (%) | 187 (61.7) | 114 (56.7) | 16 (66.7) | 57 (73.1) | 0.036 |
| Tabaquismo, n (%) | 51 (16.8) | 40 (19.9) | 2 (8.3) | 9 (11.5) | 0.125 |
| Ex tabaquismo, n (%) | 82 (27.1) | 47 (23.4) | 9 (37.5) | 26 (33.3) | 0.119 |
| Diabetes, n (%) | 8 (2.6) | 6 (3.0) | 1 (4.2) | 1 (1.3) | 0.647 |

Lp(a) normal: ≤ 30 mg/dL o ≤75 nmol/L; Lp(a) intermedia: 31-49 mg/dL o 76 a 124 nmol/L; Lp(a) elevada: ≥ 50 mg/dL o ≥125 nmol/L

**Objetivos:** Evaluar si existe relación entre el SCC total y su distribución en el árbol coronario con la Lp(a) en una población en prevención primaria.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal realizado en una institución monovalente. Se incluyeron pacientes asintomáticos, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, a quienes se les realizó un SCC. Se recolectaron datos demográficos, biométricos, factores de riesgo cardiovascular y medicación mediante autoreporte y/o revisión de la historia clínica electrónica. Especialistas en tomografía computada analizaron los estudios con software dedicado, obteniendo el score de Agatston total y su distribución coronaria. Luego, se identificaron los pacientes con medición de Lp(a) (realizado en la misma institución) y se clasificó en 3 grupos: valores normales (<= 30 mg/dL o <=75 nmol/L), intermedios (31-49 mg/dL o 76 a 124 nmol/L) y altos (>= 50 mg/dL o >=125 nmol/L). Posteriormente se analizó su relación con el valor total de SCC y su distribución.




**Resultados:** Se analizaron 303 pacientes con SCC y Lp(a). La edad media fue de 54 ± 9,6 años, con 57,4% de sexo masculino. La prevalencia de factores de riesgo fue: hipertensión 36,6%, dislipemia 61,7%, tabaquismo 16,8% y diabetes 2,6%. Los 3 grupos de Lp(a) presentaron características similares, a excepción de la dislipemia, que resultó más prevalente a mayor valor de Lp(a). Al analizar la relación de los niveles de Lp(a) con el SCC total no se hallaron diferencias significativas ni en SCC distinto de cero, ni en valores mayores a 100 UA o 300 UA. Tampoco lo fue considerando el número de arterias coronarias afectadas ni la afectación de los segmentos proximales.

**Conclusión:** En esta cohorte de prevención primaria, no se evidenció una asociación significativa entre los niveles de Lp(a) y la carga de calcio coronario. La limitada muestra podría haber influido en los resultados. Se requieren estudios con mayor poder estadístico para definir con mayor precisión la relación entre Lp(a) y ateromatosis coronaria. Ambos marcadores continúan siendo herramientas complementarias en la evaluación del riesgo cardiovascular.

## 0301 - DIFERENCIAS EN LOS HALLAZGOS POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA ENTRE LOS DISTINTOS SUBTIPOS DE AMILOIDOSIS CARDIACA Y SU RELACIÓN CON MORTALIDAD.

Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Santiago DECOTTO | Sebastián TONSO | Pilar DOMENECH | Santiago Luis DEL CASTILLO | Rocio BLANCO | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La resonancia magnética cardíaca (RMC) es una herramienta que actualmente no permite distinguir con certeza los subtipos de amiloidosis cardíaca. Sin embargo, se han descrito algunas diferencias estructurales y funcionales entre la amiloidosis por transtiretina (ATTR) y la amiloidosis por cadenas livianas (AL). Resulta de interés explorar si estas diferencias se reproducen en nuestra región, y por otro lado, analizar su posible impacto pronóstico.

**Objetivos:** Describir las diferencias en los hallazgos por RMC entre pacientes con diagnóstico de ATTR y AL; y de forma secundaria, explorar su relación con la mortalidad.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de ATTR y AL con compromiso cardíaco, pertenecientes al registro institucional de amiloidosis de nuestra institución que se hayan realizado al menos una RMC con contraste y secuencias de mapping entre 2018 y 2024. Se revisaron las características clínicas basales,

**TABLA 1**

| | ATTR (n=63) | AL (n=25) | p valor |
|---|---|---|---|
| Edad, años (DE) | 79 (± 7) | 64 (±11) | **<0.001** |
| Sexo masculino, n (%) | 55 (87) | 15 (60) | **0.004** |
| Hipertensión arterial, n (%) | 42 (67) | 17 (68) | 0.9 |
| Dislipemia, n (%) | 34 (54) | 11 (44) | 0.39 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 13 (21) | 6 (24) | 0.72 |
| Enfermedad coronaria, n (%) | 2 (3) | 1 (4) | 0.3 |
| Insuficiencia cardiaca, n (%) | 32 (53) | 19 (76) | **0.05** |
| Fibrilación auricular, n (%) | 24 (38) | 3 (12) | **0.01** |
| NT-ProBNP, pg/mL [RIC] | 2364 [1111 – 5667] | 4004 [2032 – 6506] | ‡ 0.08 |
| Troponina ultrasensible, pg/mL [RIC] | 51.7 [35.1 – 74.3] | 57.7 [35.5 – 99.5] | ‡ 0.207 |
| **ECOCARDIOGRAMA** | | | |
| FEVI, % (DE) | 54 (±11) | 57 (±8) | 0.28 |
| Espesor septal, mm [RIC] | 16 [13.5-18.5] | 15 [12-18] | ‡0.19 |
| SLG, % (DE) | -12.5 (± 3.4) | -12.5 (± 3.6) | 0.95 |
| TAPSE, mm [RIC] | 19 [15-23] | 19 [17-21] | ‡0.61 |
| PSAP, mmHg (DE) | 40 (±13) | 39 (±12) | 0.85 |

** Variables con distribución normal expresadas como media ± DE; no normales, como mediana [RIC]*
*‡ Test de Mann-Whitney*

ecocardiográficas y de RMC, así como la evolución clínica de los pacientes mediante auditoría de la historia clínica electrónica. Se realizaron comparaciones mediante los test estadísticos correspondientes para identificar diferencias entre los pacientes con ATTR y AL. Finalmente, se exploró la asociación de variables con mortalidad mediante modelos de regresión de Cox univariados.

**Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes (63 ATTR y 25 AL), con una media de edad de 75 (+/-11) años, 79% hombres. Los pacientes con ATTR fueron mayores (79 vs. 64 años, p<0.001), con mayor proporción de varones (87% vs. 60%, p=0.004) y fibrilación auricular (38% vs. 12%, p=0.01), mientras que la presencia de insuficiencia cardíaca fue más frecuente en AL (76% vs. 53%, p=0.05). No se observaron diferencias significativas en biomarcadores ni en parámetros ecocardiográficos convencionales (TABLA 1). En la RMC, los pacientes con ATTR presentaron mayor volumen de fin de diástole (144 ml vs 123 ml; p=0.04), y de fin de sístole (64 ml vs 46 ml; p=0.02) del ventrículo izquierdo, mayor espesor máximo (18 mm vs 16 mm; p=0.03) y volumen auricular izquierdo (131.5 ml vs 103.5 ml; p=0.05), además de una menor fracción de eyección del ventrículo derecho (47% vs 54%; p=0.04) comparado con los pacientes con AL. El valor de T1 mapping nativo fue discretamente menor en los pacientes con ATTR (1119 mseg vs 1145 mseg; p=0.04) y no se observaron diferencias significativas en los valores de T2 mapping ni en la cuantificación del volumen extracelular (TABLA 2). Durante una mediana de seguimiento de 635 [RIC 353-1104] días, se registró una mortalidad del 24% (n=21). La edad, mayores valores de troponina, menor fracción de eyección y mayor volumen de fin de sístole del ventrículo derecho fueron las variables que mostraron relación con el evento.

TABLA 2

| RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA | ATTR (n=63) | AL (n=25) | p valor |
|---|---|---|---|
| FEVI, % (DE) | 53 (±15) | 58 (±13) | 0.14 |
| VFDVI, ml (DE) | 144 (±41) | 123 (±48) | **0.04** |
| VFSVI, ml (RIC) | 64 [49-79] | 46 [36-56] | **‡ 0.02** |
| Volumen sistólico VI, ml/latido (RIC) | 72 [59-87] | 57 [50-94] | ‡ 0.43 |
| Masa VI, gr (RIC) | 173 [137-209] | 168.5 [124-214] | ‡ 0.8 |
| Máximo espesor, mm (DE) | 18 (±3) | 16 (±3) | **0.03** |
| FEY VD, % (DE) | 47 (±12) | 54 (±12) | **0.04** |
| VFDVD, ml (RIC) | 152 [121-184] | 126 [90-162] | **‡ 0.01** |
| VFSVD, ml (RIC) | 72 [42-102] | 56 [41-70] | **‡ 0.002** |
| Volúmen AI, ml (RIC) | 131.5 [105.5-157.5] | 103.5 [71-135.8] | **‡0.05** |
| T2 mapping, mseg (DE) | 50 (±4) | 52 (±4) | 0.14 |
| T1 mapping nativo, mseg (DE) | 1119 (±52) | 1145 (±55) | **0.04** |
| ECV, % (DE) | 49 (±10) | 50 (±13) | 0.67 |
| RTG típico VI, n (%) | 50 (79) | 21 (84) | 0.35 |
| RTG VD, n (%) | 36 (57) | 16 (54) | 0.31 |
| RTG AI, n (%) | 51 (81) | 17 (68) | 0.35 |
| RTG AD, n (%) | 50 (80) | 17 (68) | 0.51 |

** Variables con distribución normal expresadas como media ± DE; no normales, como mediana (RIC).*
*‡ Test de Mann-Whitney*

**Conclusión:** En nuestra cohorte, los pacientes con diagnóstico de ATTR tuvieron mayores volúmenes ventriculares y auriculares, mayor espesor y menor fracción de eyección del ventrículo derecho comparado con los pacientes con AL. No se identificaron predictores pronósticos robustos en la RMC, lo cual resalta la necesidad de cohortes más amplias y específicas por subtipo.

## 0302 - COLESTEROL REMANENTE COMO PREDICTOR Y FACTOR CAUSAL DE LA RECURRENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Daniela Alejandra CARDOZO | Carlos Joaquín CÓRDOVA SERRANO | Eliana Patricia GARCIA TULISI | Julia JANCHES QUIÑONES | Camila Jazmin MEZA | Ornella PACCE | Joaquin PEREA | Ricardo Alfredo VILLARREAL

*Sanatorio Güemes*

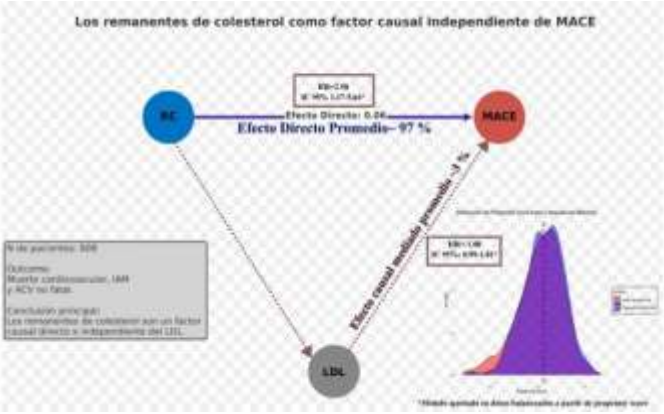
**Introducción:** El colesterol LDL desempeña un papel crucial en la fisiopatología de los eventos cardiovasculares.Sin embargo, el impacto del colesterol remanente (CR) en la predicción de eventos cardiovasculares mayores (MACE) continúa siendo objeto de debate.

**Objetivos:** Evaluar el CR como predictor de reincidencia de MACE y determinar su posible rol causal en estos eventos.

**Materiales y Métodos:** Realizamos un estudio observacional y retrospectivo en el cual se incluyeron 608 pacientes mayores de 18 años que cursaron internación por infarto agudo de

| Data set original | MACE | | | Propensity Score | MACE | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VARIABLE | NO | SI | p VALOR | NO | SI | p VALOR |
| N | 561 | 47 | | 342 | 30 | |
| Edad ( Media DE) | 63.49 (12.28) | 66.66 (12.78) | 0.091 | 62.65 (12.55) | 65.23 (11.09) | 0.276 |
| Genero = Masculino (%) | 447 (79.7) | 29 (61.7) | 0.007 | 274 (80.1) | 21 (70.0) | 0.282 |
| HTA = Si (%) | 310 (55.3) | 26 (55.3) | 1.000 | 197 (57.6) | 18 (60.0) | 0.950 |
| TBQ = Si (%) | 134 (23.9) | 6 (12.8) | 0.118 | 85 (24.9) | 6 (20.0) | 0.704 |
| DBT = Si (%) | 128 (22.8) | 7 (14.9) | 0.283 | 69 (20.2) | 69 (20.2) | 1.000 |
| DLP = Si (%) | 204 (36.4) | 20 (42.6) | 0.492 | 123 (36.0) | 15 (50.0) | 0.184 |
| Enf coronaria previa = Si (%) | 103 (18.4) | 12 (25.5) | 0.311 | 53 (15.5) | 8 (26.7) | 0.184 |
| Estatinas alta = Si (%) | 478 (86.4) | 42 (89.4) | 0.732 | 301 (88.5) | 27 (90.0) | 1.000 |
| Ezetimibe alta = Si (%) | 19 ( 6.2) | 2 ( 7.7) | 1.000 | 10 ( 5.3) | 2 (11.8) | 0.590 |
| IAMCEST | 381 (67.9) | 35 (74.5) | 0.444 | 232 (67.8) | 21 (70.0) | 0.968 |
| LDL basal ( Media DE) | 107.99 (41.07) | 104.13 (32.77) | 0.530 | 106.31 (39.92) | 101.47 (30.31) | 0.517 |
| Remanentes de col basal( Media DE) | 25.10 (28.26) | 24.45 (22.15) | 0.877 | 26.75 (24.07) | 29.37 (24.29) | 0.568 |
| LDL seguimiento ( Media DE) | 70.92 (30.95) | 75.04 (41.15) | 0.394 | 66.99 (25.85) | 64.40 (34.62) | 0.610 |
| Remanentes de col seguimiento ( Media DE) | 23.09 (15.49) | 26.00 (18.59) | 0.225 | 27.97 (16.93) | 33.83 (18.11) | 0.071 |
| TGL seguimiento ( Media DE) | 108.29 (98.02) | 124.57 (106.10) | 0.277 | 136.59 (91.50) | 168.83 (91.22) | 0.065 |
| Col no hdl seguimiento ( Media DE) | 92.58 (31.69) | 99.96 (43.97) | 0.139 | 94.31 (30.72) | 98.17 (46.26) | 0.530 |
| HDL seguimiento ( Media DE) | 37.89 (9.33) | 38.34 (8.33) | 0.748 | 37.18 (9.24) | 38.17 (8.69) | 0.573 |
| Seguimiento mace imp ( Media DE) | 6.56 (7.43) | 3.83 (3.63) | 0.013 | 6.28 (6.99) | 3.93 (3.69) | 0.070 |

miocardio.Tras el alta, el seguimiento se llevó a cabo mediante la historia clínica electrónica y llamadas telefónicas. El outcome de interés fue MACE (muerte de origen cardiovascular, ACV e IAM no fatal). Se utilizó estadística descriptiva convencional. Los remanentes de colesterol (CR) fueron calculados utilizando el colesterol total, el HDL y el LDL, estimado a través de la fórmula de Sampson. Se definió como punto de corte mayor a 30 mg/dl para determinar el estrato de CR elevado. La variable LDL fue dicotomizada en dos estratos según un punto de corte clínicamente relevante (<55 mg/dL y >=55 mg/dL). Para la búsqueda de predictores, se utilizó regresión de Cox. La relación causal se evaluó a través de un Propensity score ajustado por edad, género y LDL con el objetivo de reducir el sesgo en la estimación del efecto del CR sobre el desenlace (ver Tabla 1). En segundo lugar, realizamos un análisis de mediación causal mediante Targeted Maximum Likelihood Estimation,explorando el rol del LDL como mediador en la asociación entre RC y MACE. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p <0.05.




**Resultados:** Identificamos una asociación entre niveles elevados de colesterol remanente (CR) y la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores (MACE), la cual se mantuvo independientemente del estrato de LDL (55 mg/dL. El efecto del CR sobre la incidencia de MACE fue predominante (HR 2.58; IC 95%: 1.17–5.64) en comparación con el efecto del LDL (HR 1.00; IC 95%: 0.98–1.01). En el análisis de mediación causal, observamos que el 97% del efecto del CR sobre MACE fue directo, con solo un 3% mediado por los niveles de LDL. Estos hallazgos indican que el LDL no media la relación entre el CR y MACE, lo que refuerza el impacto directo del CR en dichos eventos (ver Gráfico 1).

**Conclusión:** Nuestros hallazgos sugieren que el colesterol remanente (CR) incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) de forma independiente de los niveles de LDL. Estos resultados respaldan la necesidad de futuros estudios que evalúen la reducción del CR como un posible objetivo terapéutico en la prevención secundaria.

## 0309 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS AGONISTAS GLP-1 EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA Y OBESIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiología Clínica

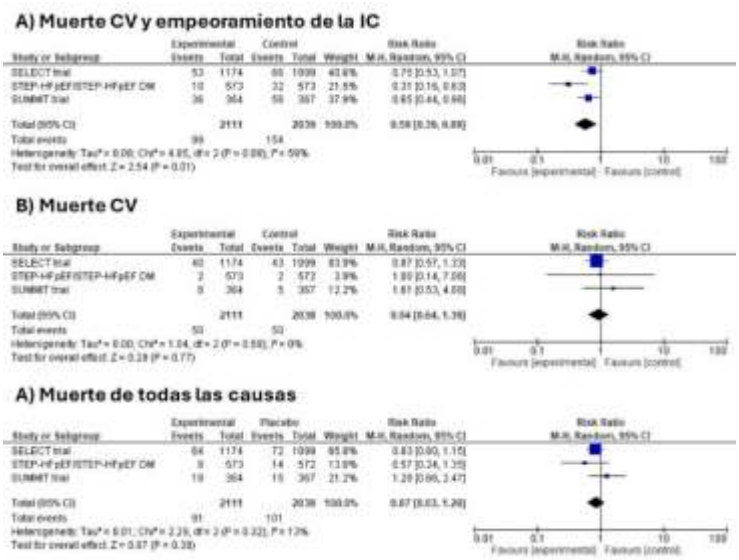
Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Andrea Catalina RODAS PLAZA | María GUTHMANN | Claudio DIZEO | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN

*Sanatorio Franchín*

**Introducción:** La combinación de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (HFpEF) y obesidad define un fenotipo clínico caracterizado por disfunción diastólica, inflamación sistémica y limitación funcional. La obesidad es un factor de riesgo clave en HFpEF, presente en más del 70% de los pacientes, según muestran los estudios como TOPCAT y PARAGON-HF. Además, se asocia a un mayor riesgo de hospitalización y mortalidad. Los agonistas del receptor de GLP-1 han demostrado beneficios en pérdida de peso, mejoría funcional y reducción de eventos cardiovasculares en pacientes con obesidad y han emergido como una opción terapéutica potencial en el tratamiento de HFpEF con obesidad.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de los agonistas GLP-1 y duales (GLP-1/GIP) en pacientes con HFpEF y obesidad, mediante una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

**Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA. Se realizaron búsquedas en PubMed, Embase, Cochrane library y clinicaltrials.gov hasta mayo de 2024. Se incluyeron ECA que evaluaran agonistas GLP-1 o duales en pacientes con diagnóstico de HFpEF (LVEF > 45) y obesidad (IMC > 30 kg/m²), reportando al menos uno de los siguientes desenlaces: mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, o empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (hospitalización o consulta urgente por IC). También se analizó la discontinuación del tratamiento por eventos adversos como desenlace de seguridad. El metaanálisis se realizó mediante un modelo de efectos aleatorios, calculando razones de riesgo (RR) o hazard ratios (HR) con intervalos de confianza del 95%. La evaluación del riesgo de sesgo se realizó utilizando la herramienta RoB 2 de Cochrane. Dos revisores independientes realizaron la evaluación, y las discrepancias se resolvieron por consenso.




**Resultados:** Se incluyeron 3 estudios (análisis conjunto de STEP-HFpEF y STEP-HFpEF DM, SELECT trial y SUMMIT trial), que reportaron datos en un total de 4,149 pacientes. Cabe aclarar que, aunque STEP-HFpEF y STEP-HFpEF DM fueron estudios independientes, sus datos fueron combinados y publicados en un único análisis preespecificado, por lo que se consideraron como una sola publicación en este metaanálisis. La edad media fue de 65 ± 4 años; el 45.9% eran mujeres, con un IMC medio de 36.4 ± 2. La mediana de seguimiento fue de 26 (13-39) meses. El tratamiento con agonistas GLP-1 se asoció con una reducción significativa en el desenlace combinado de muerte cardiovascular y empeoramiento de la IC (RR 0.59; IC95% 0.39–0.89; p=0.01; $I^2$=59%), impulsado principalmente por la reducción en el empeoramiento de la IC (RR 0.43; IC95% 0.27–0.68; p=0.003; $I^2$=24%). No se observaron diferencias significativas en la mortalidad por cualquier causa (RR 0.86; IC95% 0.63–1.20; p=0.38; $I^2$=13%) ni en la mortalidad cardiovascular (RR 0.94; IC95% 0.64–1.39; p=0.77; $I^2$=0%). La tasa de discontinuación por eventos adversos fue mayor en el grupo de agonistas GLP-1 (12.5%) en comparación con placebo (7%; p=0.001).

**Conclusión:** El tratamiento con agonistas GLP-1 se asocia a una reducción significativa en el desenlace combinado de muerte cardiovascular y empeoramiento de la IC, principalmente a expensas de la reducción en hospitalizaciones por IC, sin impacto en la mortalidad por cualquier causa ni en la mortalidad cardiovascular. La tasa de discontinuación por eventos adversos es significativamente mayor en comparación con placebo.

## 0310 - AGONISTAS GLP-1 PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA Y OBESIDAD EN EL ESCENARIO DE LA VIDA REAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiología Clínica

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA[1] | Daniel IGLESIAS[2] | María GUTHMANN[1] | Claudio DIZEO[2] | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN[1]

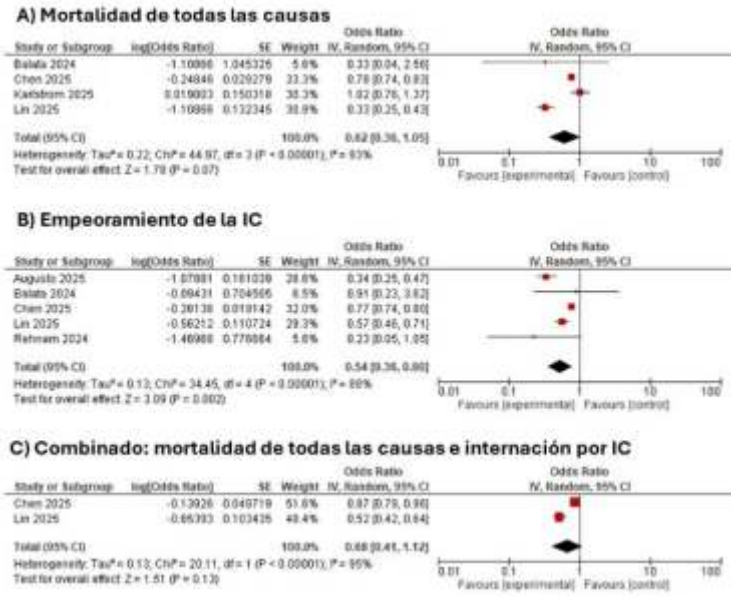
*Sanatorio Franchín[1]; Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)[2]*

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o levemente reducida (ICcFE / ICmrFE) y obesidad es un fenotipo clínico frecuente, asociado con limitación funcional, mayor morbimortalidad y hospitalizaciones recurrentes. Los agonistas del receptor de GLP-1 y duales (GLP1/GIT) han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados (ECA) beneficios en la reducción de peso, mejoría de la calidad de vida y reducción de hospitalizaciones en este fenotipo de pacientes. En este sentido, es fundamental evaluar el impacto de estas terapias en escenarios de vida real, donde las características de los pacientes y la práctica clínica habitual pueden diferir de los ensayos controlados.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de los agonistas GLP-1 en pacientes con ICcFE o ICmrFE y obesidad en el escenario de la vida real, mediante una revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales

**Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de estudios observacionales publicados hasta mayo de 2025 en PubMed, Embase, Cochrane Library y Google Scholar. Se incluyeron estudios que evaluaran el uso de agonistas del receptor de GLP-1 en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o levemente reducida (

fracción de eyección > 40%) y obesidad o sobrepeso (IMC > 27 kg/m²), comparados con un grupo control. Los desenlaces de interés fueron: mortalidad por todas las causas, empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (definido como hospitalización o visitas a urgencias), el combinado de mortalidad e internación por insuficiencia cardíaca, y la tasa de discontinuación del tratamiento por eventos adversos. El riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluó mediante la herramienta QUIPS.




**Resultados:** Se incluyeron 6 estudios observacionales, con un total de 27,520 pacientes, de los cuales 13,703 fueron tratados con agonistas GLP-1 y 13,817 controles. El metaanálisis mostró una reducción significativa en el riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (HR 0.54, IC95%: 0.36–0.80; p=0.002; I²=88%), una reducción no significativa en la mortalidad global (HR 0.62, IC95%: 0.36–1.05; p=0.07; I²=93%), y una tendencia favorable en el desenlace combinado de mortalidad e internación por insuficiencia cardíaca (HR 0.68, IC95%: 0.41–1.12; p=0.13; I²=95%), aunque sin alcanzar significación estadística y con alta heterogeneidad. Las tasas de discontinuación del tratamiento por eventos adversos oscilaron entre 10% y 17%. El riesgo de sesgo de los estudios incluidos fue entre bajo y moderado, con la mayoría de las cohortes ajustadas mediante propensity score matching.

**Conclusión:** Esta revisión sistemática y metaanálisis sugiere que el tratamiento con agonistas GLP-1 en pacientes con ICcFE o ICmrFE y obesidad se asocia con una reducción en el riesgo de hospitalización o empeoramiento de la IC sin impacto en la mortalidad global, Estos hallazgos, derivados de estudios observacionales en vida real, son consistentes con los beneficios observados en los ECAs, aunque la alta heterogeneidad entre los estudios incluidos limita la interpretación de los resultados.

## 0311 - CARDIOTOXICIDAD TEMPRANA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Cardioncología

Manuela LAPORTE[1] | Soledad MURGUÍA SALGADO[2] | Federico FERRANDO[2] | Andrea SIMEONE[1] | Mariela LUJAMBIO GRENE[1] | Rafael GRASSI RODRÍGUEZ[1] | Monica DELORENZI[1]

*Hospital Maciel[1]; Hospital De Clínicas "Dr. Manuel Quintela"[2]*

**Introducción:** Los avances terapéuticos en oncología han mejorado de manera significativa la supervivencia de los pacientes, transformando muchas neoplasias malignas en enfermedades crónicas. No obstante, este incremento en la esperanza de vida ha traído consigo un mayor riesgo de desarrollar cardiotoxicidad relacionada con la terapia contra el cáncer (CT-RTC). El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), lejos de constituir una excepción, se asocia a un riesgo cardiovascular considerable. Si bien la mayoría de los estudios disponibles se centran en la cardiotoxicidad (CT) global posterior al trasplante, la evidencia sobre sus manifestaciones tempranas principalmente subclínicas aún es limitada.

**Objetivos:** Caracterización de la CT temprana post-TPH.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, transversal, unicéntrico, de tipo "casos" vs "controles" simple (no matcheado). Se incluyeron a pacientes mayores de 15 años que recibieron TPH entre 2018 y 2024, con seguimiento a un año. Se excluyeron aquellos con cardiopatía estructural significativa o datos clínicos incompletos. El seguimiento consistió en controles clínicos, electrocardiográficos, humorales y ecocardiográficos. La distribución normal de los datos se verificó con el test de Anderson-Darling. Las variables categóricas se presentaron en frecuencias y las continuas en medias o medianas, según corresponda. Las comparaciones entre tiempos de seguimiento (basales, 30 y 100 días) se realizaron con tests estadísticos apropiados (Fisher, t pareada, Mann-Whitney, Friedman). Se evaluaron los factores de riesgo para el desarrollo de CT mediante odds ratios (OR). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con GraphPad Prism v10.0.

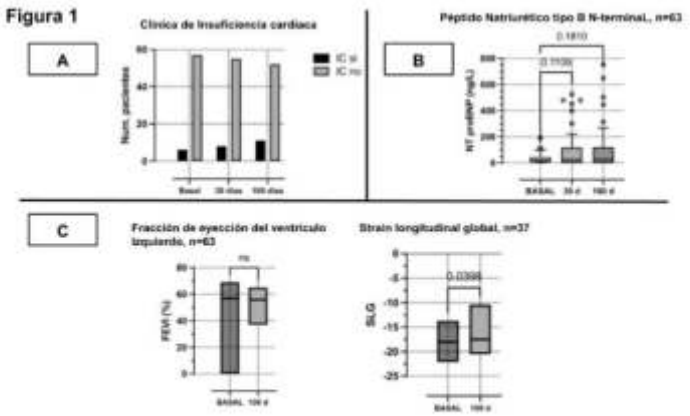



**Figura 1.** Diagramas comparativos de variables clínicas, humorales e imagenológicas en relación con los valores basales. **Panel A:** Clínica de insuficiencia cardíaca. **Panel B:** Concentraciones séricas del péptido natriurético tipo B N-terminal. **Panel B:** Parámetros imagenológicos: fracción de eyección del ventrículo izquierdo (%) y strain longitudinal global (%).

**Resultados:** Se incluyó a 63 pacientes sometidos a TPH, con una edad media de 45 años, de los cuales el 60 % eran hombres. Se realizó un subanálisis en 43 pacientes sin CT basal. La incidencia acumulada de CT a los 100 días post-TPH fue del 62 % en la cohorte general y del 44 % en el subpoblación, predominando las formas subclínicas (solo el 17 % presentó CT clínica). Se observaron alteraciones significativas en el strain longitudinal global en ambos grupos ($p=0,04$ y $p=0,0007$), y en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo dentro del subgrupo sin CT previa ($p=0,0085$). Ver Figura 1. La cardiopatía estructural previa se asoció significativamente al desarrollo de CT en ambos análisis ($p=0,02$ y $p=0,03$), mientras que el trasplante alogénico se vinculó con mayor riesgo en el subpoblación de estudio ($p=0,02$). El tratamiento de consolidación con agentes alquilantes se asoció con menor incidencia de CT (47% vs. 79%; OR 0,23; IC 95%: 0,06–0,89; $p=0,05$).

**Conclusión:** Nuestro estudio reportó una alta incidencia de CT temprana, principalmente subclínica, en pacientes sometidos a TPH. La cardiopatía estructural previa y el trasplante alogénico fueron los principales factores de riesgo. No se observó asociación con el sexo femenino ni con antraciclinas o alquilantes, en contraste con estudios a nivel nacional e internacional.

## 0312 - IMPACTO DEL EXCESO DE PESO EN LA ACUMULACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ANÁLISIS MULTIVARIADO EN ADULTOS ARGENTINOS

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ianina TUÑÓN | Graciela ARECES | Hernan CASTRO | Martin FARINOLA | Fernando LAIÑO

*Universidad Nacional de La Matanza*

**Introducción:** Hipótesis Las personas con exceso de peso presentan una mayor probabilidad de tener múltiples factores de riesgo cardiovascular —hipertensión, hipercolesterolemia y glucemia elevada/diabetes— en comparación con aquellas sin exceso de peso, incluso al ajustar por variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo) y otros indicadores de estilo de vida (actividad física, consumo de sal, frutas y hortalizas, tabaquismo, entre otros).

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre variables sociodemográficas y conductuales con la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personas adultas en Argentina, mediante un enfoque multivariable.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal utilizando datos secundarios de la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), realizada por el Ministerio de Salud de Argentina entre septiembre y diciembre de 2018. Se incluyeron personas de 18 a 65 años con mediciones antropométricas directas. Las mediciones incluyeron presión arterial, peso, talla y circunferencia de cintura. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) como variable principal. Las restantes variables (alimentación, actividad física, tabaquismo, antecedentes familiares) fueron autodeclaradas. Se estimaron cinco modelos de regresión logística para analizar los factores asociados a: presión arterial elevada, colesterol elevado, glucemia elevada/diabetes, y presencia de uno o más factores de riesgo.

**Resultados:** Los análisis mostraron asociaciones robustas entre edad, exceso de peso y varios factores de riesgo cardiovascular. En comparación con personas de 18–29 años, quienes tenían 60 años o más presentaron un riesgo casi cuatro veces mayor de hipertensión (OR = 3.86) y de múltiples factores de riesgo (OR = 3.80). El exceso de peso (IMC alto) se asoció significativamente con todos los desenlaces, en particular con la presencia de múltiples condiciones crónicas (OR = 2.37). Un nivel educativo bajo (hasta primario incompleto) también elevó el riesgo de hipertensión (OR = 1.69) y riesgo combinado (OR = 1.71). La autopercepción de una dieta poco saludable incrementó el riesgo de colesterol elevado (OR = 1.32) y de riesgo múltiple (OR = 1.21). La actividad física baja se asoció con mayor riesgo de glucemia elevada (OR = 1.39), mientras que el tabaquismo actual incrementó el riesgo de hipertensión (OR = 1.20) y glucemia (OR = 1.25). Finalmente, tener antecedentes familiares directos de diabetes duplicó el riesgo de glucemia elevada (OR = 1.98) y elevó significativamente el riesgo combinado (OR = 1.51).

**Conclusión:** Edad avanzada, bajo nivel educativo y exceso de peso se consolidan como los principales factores asociados a mayor carga de riesgo cardiovascular en la población adulta argentina. A su vez, comportamientos no saludables —como sedentarismo, mala alimentación percibida y tabaquismo— refuerzan este patrón. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones preventivas integrales, centradas en poblaciones vulnerables y en la promoción de estilos de vida saludables.

## 0313 - PACIENTES CON SÍNDROME DE BRUGADA CON MUTACIÓN EN GENES NO VINCULADAS A CANALES IÓNICOS. ASPECTOS CLÍNICOS, GENÉTICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS.

Arritmias y Electrofisiología

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

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

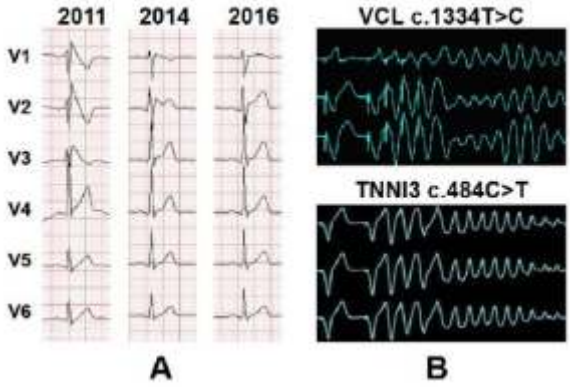
**Introducción:** El síndrome de Brugada (SBr) es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por una elevación del segmento ST de tipo cóncavo en las derivaciones precordiales derechas en el electrocardiograma (ECG) y un mayor riesgo de muerte súbita cardíaca (MSC) por taquicardia o fibrilación ventricular (TV/FV). Aunque es considerado como una canalopatía, sólo el 30% de los casos corresponden a afecciones en canales iónicos de sodio, potasio y calcio. Un amplio espectro de genes que codifican proteínas del sarcómero, de citoesqueleto y reguladores del tráfico y de señalización, también, fueron vinculados al Sbr.

**Objetivos:** Evaluar los aspectos genéticos, clínicos, y electrocardiográficos de los pacientes con SBr sin mutaciones en genes codificantes de canales iónicos.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron a 9 pacientes (p) con patrón espontáneo de Brugada tipo 1 con mutaciones en genes no vinculadas a canales iónicos. Se registró ECG y mapeo precordial (2° y 3° espacio intercostal) mediante el programa Cardioscan ECG Resting 12-Lead (DMS). Para la identificación del genotipo, se realizó la secuenciación masiva en paralelo mediante un panel de más de 150 genes para arritmias y miocardiopatías. Las variables numéricas se expresaron en mediana y rangos intercuartílicos y las categóricas en porcentajes (%) según correspondiera.

**Resultados:** La edad de los p fue de 43 años (36 - 53 años). Dos p (22%) fueron mujeres. Cuatro p (44%) tuvieron antecedentes familiares de MSC. Un p (11%) sufrió episodio de paro cardíaco reanimado debido a TV/FV. Cuatro p (44%) tuvieron episodios sincopales reiterados. La edad de comienzo de síntomas fue de 39

Figura 1




| Tabla 1. Características clínicas y genéticas | |
|---|---|
| Edad (años) | 43 (36 - 53) |
| Mujeres (%) | 22% |
| Seguimiento (meses) | 164 (80 - 226) |
| Patrón Brugada tipo 1 (%) | 100% |
| Fenotipo intermitente (%) | 100% |
| MSC familiar (%) | 44% |
| Síncope (%) | 44% |
| Paro cardíaco (%) | 11% |
| FV inducida (%) | 44% |
| CDI (%) | 55% |
| TV/FV recurrente (%) | 11% |
| Perfil genético | |
| Sarcómero (TNNI; MYH7) | 4 |
| Unión adherente (CTNNA3 y VCL) | 3 |
| Epilepsia y MS (DEPDC5) | 2 |

años (28 - 42 años). Todos manifestaron patrón de Brugada tipo 1 en ECG basal y/o en mapeo precordial pero de manera intermitente (figura 1A). En 4 p (44%) se indujo TV/FV en estudio electrofisiológico invasivo. Cinco p (55%) recibieron cardiodesfibrilador implantable. Cuatro de ellos (44%) fueron para prevención primaria por inducción de FV en estudio electrofisiológico (figura 1B) y uno (11%) para prevención secundaria. La edad de primoimplante fue de 39 años (28 - 42 años). Durante un seguimiento de 164 meses (80 - 226 meses), un paciente (11%) tuvo un episodio recurrente de TV/FV que requirió terapia por el CDI. Ningún paciente sufrió MSC (tabla 1). En el análisis genético, cuatro p eran portadores de mutación en genes que codifican proteínas de sarcómero (MYH7 y TNNI) y tres de proteínas de unión adherente (CTNNA3 y VCL). Dos p eran portadores de mutación en DEPDC5, una proteína de señalización intracelular relacionada a MS y epilepsia familiar. Siete p tenían mutación missense y dos p nonsense. En ninguno de ellos se identificó una mutación en genes que codifican a canales iónicos (sodio, potasio o calcio) o sus proteínas reguladoras.

**Conclusión:** El síndrome de Brugada es calificado como una canalopatía cardíaca principalmente de canal de sodio voltaje dependiente. Sin embargo, en su desarrollo pueden estar implicados trastornos genéticos que abarcan a las proteínas del sarcómero, unión adherente y de señalización intracelular. Al igual que en otras canalopatías cardíacas, estos pacientes manifiestan un fenotipo de manera intermitente. Las características clínicas y la historia natural son muy variadas. Se requieren más estudios para determinar la correlación genotipo-fenotipo y la historia natural de estos pacientes.

## 0316 - EL PODER DEL CERO: REDEFINIENDO LA SEGURIDAD DEL SCORE DE CALCIO AJUSTADO POR EDAD

Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

Ian Neil CHAPMAN | Marcos Lucas VIRUEL | Juan Francisco FURMENTO | Alan SIGAL | Mariana CORNELI | Agustina SCIANCALEPORE | Juan Pablo COSTABEL

*ICBA*

**Introducción:** Aunque un score de calcio coronario (SCC) de 0 suele asociarse con bajo riesgo aterosclerótico y cardiovascular futuro, este parámetro no excluye por completo la presencia de eventos coronarios agudos, especialmente en el contexto de un síndrome coronario agudo (SCA). Las placas no calcificadas, más prevalentes en pacientes jóvenes y durante un SCA, pueden pasar desapercibidas si solo se considera el SCC.

**Objetivos:** Desarrollamos un modelo de riesgo integrado que mejora la predicción de enfermedad coronaria obstructiva en pacientes con SCA y SCC = 0, incorporando un punto de corte de edad (=55 años). Por ello, se incluyeron pacientes =55 años con SCC = 0, extraídos de una cohorte de 307 pacientes con SCA que fueron evaluados con angiotomografía coronaria (CCTA).

**Materiales y Métodos:** Se analizaron 97 pacientes consecutivos con edad =55 años y SCC = 0, provenientes de una cohorte de 307 pacientes con SCA sin criterios de alto riesgo, evaluados mediante un protocolo que incluye CCTA como estudio coronario inicial.

| Características | Value |
|---|---|
| Edad – año (P25-75) | 61 (57-65) |
| Sexo femenino – n (%) | 78 (80) |
| HTA – n (%) | 39 (40) |
| DLP – n (%) | 55 (56) |
| TBQ/ExTBQ – n (%) | 40 (41) |
| Sobrepeso – n (%) | 37 (38) |
| AHF + – n (%) | 15 (15) |
| Sedentarismo – n (%) | 45 (46) |
| DBT – n (%) | 5 (5) |
| 1° Tnt - ng/l (P25-75) | 6 (4-9.5) |
| 2° Tnt - ng/l (P25-75) | 8 (5-20.5) |

**Resultados:** Se incluyeron 97 pacientes (edad media: 61 años), de los cuales el 80% eran mujeres y el 20% hombres. Según la 4ta definición universal de infarto agudo de miocardio: 23% fueron diagnosticados como IAMSEST, y el 77%, angina inestable. En cuanto a los valores de Troponina T ultrasensible los pacientes presentaron una mediana de 6 ng/L (RIC: 4 a 9,5) para la primera muestra y de 8 ng/L (RIC: 5 a 20,5) para la segunda. Con respecto a los hallazgos por CCTA: -46% no presentaron placas o lesiones coronarias -51% tenían enfermedad coronaria no obstructiva (<50%) -2% con lesiones obstructivas en un vaso. -1% estudios no concluyentes. Otros aspectos para resaltar fueron la presencia de puentes miocárdicos en un 36% y de placas de alto riesgo en un 4%. Finalmente, el 5% requirieron Coronariografía invasiva y ninguno de los pacientes mayores de 55 años con SCC=0 requirió revascularización. En un análisis ampliado de toda la cohorte de 307 pacientes con SCC = 0, estratificada por cuartiles de edad, observamos una disminución en la necesidad de revascularización en los grupos de mayor edad: 5.3% se sometieron a ICP en los menores de 43 años, 5.1% en aquellos entre 43 y 49 años, 2.0% entre 49 y 56 años, y 0% en los mayores de 56 años.

| | N revascularizados | % revascularizados |
|---|---|---|
| Q1 menores 43 años | 4 | 5.3 |
| Q2 43-49 años | 4 | 5.1 |
| Q3 49-56 años | 2 | 2 |
| Q4 mayores de 56 años | 0 | 0 |

**Conclusión:** La incorporación del punto de corte etario ( 55 años) mejora la estratificación del riesgo, permitiendo no pasar por alto enfermedad coronaria clínicamente relevante y manteniendo un alto perfil de seguridad. Estos resultados sugieren que a partir de los 55 años, el hallazgo de SCC = 0 se asocia con un perfil clínico de muy bajo riesgo, sin necesidad de revascularización coronaria. La CCTA permitió identificar enfermedad coronaria no obstructiva o hallazgos anatómicos relevantes sin recurrir a estudios invasivos innecesarios, manteniendo un alto perfil de seguridad diagnóstica.

## 0317 - INNOVACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO: RESULTADOS DE UN PROTOCOLO CON ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN 735 PACIENTES.

Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

Ian Neil CHAPMAN | Marcos Lucas VIRUEL | Juan Francisco FURMENTO | Paola KUSCHNIR | Agustina SCIANCALEPORE | Mariana CORNELI | Juan Pablo COSTABEL

*ICBA*

**Introducción:** La angiotomografía coronaria (CCTA) se ha consolidado como una herramienta de imagen no invasiva valiosa en la evaluación de pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA), particularmente en aquellos sin criterios de alto riesgo. Diversos estudios han demostrado que su utilización puede reducir la necesidad de angiografías coronarias invasivas innecesarias sin comprometer la seguridad del paciente. Sin embargo, su papel específico en el contexto del SCA, y especialmente en síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST), aún no se encuentra completamente definido.

**Objetivos:** Describir el rol de la CCTA como estrategia diagnóstica inicial en pacientes con SCASEST de riesgo bajo a intermedio.

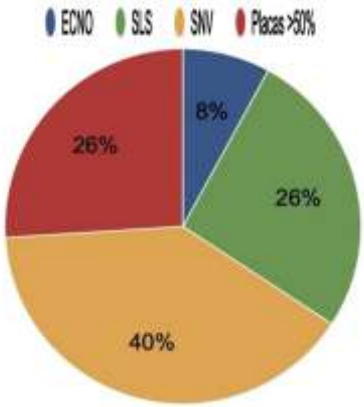
**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en una cohorte de 735 pacientes adultos con diagnóstico de SCASEST y sin criterios de alto riesgo (definidos como: inestabilidad hemodinámica, cambios dinámicos del ST, arritmia ventricular sostenida, puntaje GRACE >140, angina refractaria, insuficiencia cardíaca o paro cardiorrespiratorio), que consultaron al servicio de emergencias entre el 11 de mayo de 2022 y el 20 de febrero de 2025. Todos los pacientes fueron evaluados con CCTA como modalidad inicial de estudio coronario.

735 pacientes

23% IAMSEST
77% angina inestable

43 p
Score de Ca+ > 400

| Características | Valor |
|---|---|
| Edad – año (P25-75) | 58 (48-66) |
| Sexo femenino – n (%) | 319 (43) |
| HTA – n (%) | 320 (44) |
| DLP – n (%) | 437 (59) |
| TBQ/ExTBQ – n (%) | 338 (46) |
| Sobrepeso – n (%) | 393 (53) |
| AHF + – n (%) | 151 (21) |
| Sedentarismo – n (%) | 307 (42) |
| DBT – n (%) | 77 (10) |
| ATC previa – n (%) | 41 (6) |
| CRM previa – n (%) | 15 (2) |
| 1° Tnt - ng/l (P25-75) | 7 (4-14) |
| 2° Tnt - ng/l (P25-75) | 9 (6-22) |




**Resultados:** La edad media fue de 58 años; el 43% eran mujeres. Según la cuarta definición universal de infarto agudo de miocardio, el 23% fue diagnosticado con infarto sin elevación del ST (NSTEMI) y el 77% con angina inestable. La mediana de troponina T ultrasensible fue de 7 ng/L (RIC: 4–14) en la primera muestra y de 9 ng/L (RIC: 6–22) para la segunda. En el 6% de los pacientes no se realizó CCTA debido a un score de calcio coronario >400 AU. Los hallazgos anatómicos por CCTA fueron: -26% sin placas ni lesiones coronarias, -40% con enfermedad coronaria no obstructiva (<50%) -26% enfermedad obstructiva (predominantemente en la arteria descendente anterior) -8% fueron no concluyentes. Se identificaron características de placas de alto riesgo en el 15% de los pacientes. Finalmente, el 37% fue derivado a coronariografía invasiva y el 24% requirió revascularización.

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con SCASEST sin criterios de alto riesgo, la CCTA permitió excluir enfermedad coronaria significativa en 66% de los casos, lo cual respalda su uso como estrategia inicial segura y eficiente. Además, la detección de enfermedad no obstructiva en el 40% de los casos sugiere un rol adicional de la CCTA en la estratificación del riesgo y en la optimización precoz del tratamiento médico. Estos resultados respaldan la incorporación de la CCTA en algoritmos diagnósticos para el manejo de SCASEST en pacientes seleccionados.

## 0318 - "ROMPIENDO EL PESO DE LA INERCIA TERAPÉUTICA: MANEJO DE LA OBESIDAD EN LA PRÁCTICA CARDIOLÓGICA"

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Fernando Damián GARAGOLI[1] | Ignacio BLURO[1] | Norberto FIORINI[1] | Ramiro BAROLO[1] | Andres IZAGUIRRE[1] | María Luz FERNANDEZ RECALDE[1] | Karen Anabel CUELLO[2] | Diego Esteban IGLESIAS[1]

*Hospital Italiano de Buenos Aires[1]; Centro Medico Rossi[2]*

**Introducción:** La obesidad es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares. Si bien los cardiólogos desempeñan un papel clave en el manejo de estos pacientes, el grado de su participación en el diagnóstico y tratamiento de la obesidad aún no está claro.

**Objetivos:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar las prácticas y enfoques de los cardiólogos en Argentina en relación con el manejo de la obesidad.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta transversal en línea mediante un cuestionario digital. La encuesta fue distribuida a través de WhatsApp utilizando métodos de muestreo por conveniencia y en cadena entre cardiólogos que ejercen actualmente en Argentina.

**Resultados:** Se recopilaron un total de 363 cuestionarios completos. Un tercio (35,7%) desconocía el rango normal del índice de masa corporal (IMC). La mayoría no evaluaba rutinariamente el peso (80,7%) ni la circunferencia de cintura (90,9%), y solo el 27,8% calculaba el IMC de manera sistemática. En cuanto a las intervenciones sobre el estilo de vida, el 60,1% recomendaba siempre una dieta saludable y el 84,3% promovía la actividad física. El 60,6% nunca había prescripto tratamiento farmacológico y el 65,3% nunca había recomendado cirugía metabólica. Los agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón fueron el tratamiento más utilizado (78,9%). En el análisis multivariado, contar con más de 10 años de experiencia se asoció significativamente con la prescripción de tratamiento farmacológico (OR: 2,51; IC 95%: 1,52–4,17) y con la derivación a cirugía metabólica (OR: 2,37; IC 95%: 1,41–3,96). Ejercer en el sector privado se asoció con la prescripción de tratamiento farmacológico (OR: 2,97; IC 95%: 1,04–8,49), mientras que los cardiólogos varones mostraron una mayor tendencia a derivar pacientes para cirugía metabólica (OR: 1,72; IC 95%: 1,02–2,92).

**Conclusión:** Este estudio pone de manifiesto la necesidad de mejorar la formación de los cardiólogos y promover conductas proactivas en el abordaje de la obesidad, al evidenciarse importantes brechas en el conocimiento, las prácticas diagnósticas y las intervenciones terapéuticas.

## 0320 - ROL DIAGNÓSTICO PARA SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS DE LOS MARCADORES DE TROMBOSIS/TROMBOLISIS EN PACIENTES DE UNIDAD DE DOLOR PRECORDIAL

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Claudio HIGA | Paula DEMARCHI | Lucas Adrián OTERO GÓMEZ | Octavio DEFELITTO | Ana PASTORINO

*Hospital Alemán*

**Introducción:** La fisiopatología de los síndromes coronarios agudos (SCA) se relaciona estrechamente con la aterosclerosis, una enfermedad inflamatoria, inmunológica y multifactorial. Los factores protrombóticos desempeñan un rol central en la generación de eventos isquémicos agudos al reflejar actividad trombótica activa, por lo que su medición puede aportar valor diagnóstico adicional. Las Unidades de Dolor Precordial (UDP) surgen así como un entorno clínico para su evaluación al permitir la estratificación de riesgo y manejo inicial del paciente.

**Objetivos:** Evaluar prospectivamente la capacidad diagnóstica del plasminógeno (PL), Factor VIII, Factor de Von Willebrand (FvW), Fibrinógeno y Productos de Degradación del fibrinógeno (PDF) para detectar SCA en pacientes internados en observación en una UDP en sala de emergencias

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo que incluyó pacientes que consultaron al centro de emergencias de un Hospital de Comunidad por dolor precordial y fueron ingresados a un protocolo de UDP. Se realizó determinación de Troponina T de Alta Sensibilidad a las 0 y 3 horas y al ingreso también se dosaron: fibrinógeno, PDF, PL, factor VIIIc y FVW. Se recolectaron antecedentes cardiológicos, factores de riesgo y patrones electrocardiográficos. Se excluyeron a pacientes previamente anticoagulados o que recibieron heparina previo a la extracción de la muestra.

| | B | S.E | Wald | Df | Sig. | Exp (B) | 95% I.C para EXP (B) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Inferior | Superior |
| Fibrinógeno | ,001 | ,004 | ,083 | 1 | ,774 | 1,001 | ,993 | 1,010 |
| FVIIIc | ,012 | ,010 | 1,626 | 1 | ,202 | 1,013 | ,993 | 1,033 |
| FvW | -,004 | ,008 | ,257 | 1 | ,612 | ,996 | ,980 | 1,012 |
| Plasminógeno | ,041 | ,020 | 4,227 | 1 | ,040 | 1,42 | 1,20 | 1,83 |
| PDF | -,370 | ,439 | ,711 | 1 | ,399 | ,691 | ,292 | 1,633 |
| Constante | -6,075 | 2,394 | 6,438 | 1 | ,011 | ,002 | | |

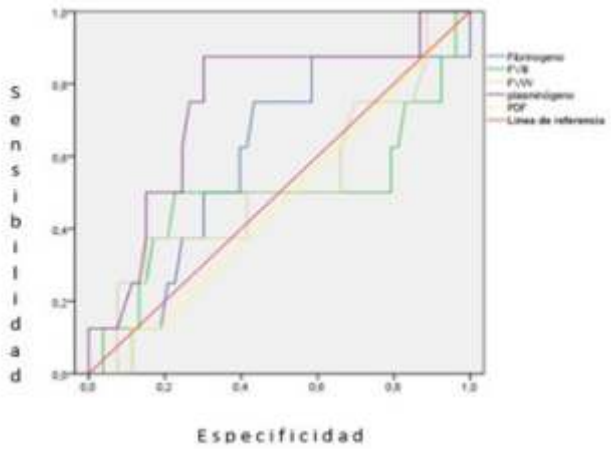
Tabla 1

| | Fibrinógeno | Factor VIIIc | FvW | Plasminógeno | PDF |
|---|---|---|---|---|---|
| Mejor valor corte por Curva ROC | 352 | 140 | 125 | 66 | 3.7 |
| Sensibilidad | 63 | 60 | 41 | 66 | 0.00 |
| Especificidad | 51 | 47 | 48 | 62 | 0.92 |
| Likelihood Ratio + | 1.31 | 1.14 | 0.80 | 1.7 | 0 |
| Likelihood Ratio - | 0.71 | 0.84 | 1.21 | 0.53 | 1.08 |

Tabla 2

**Resultados:** Mediante análisis descriptivo de los valores obtenidos para cada biomarcador se observaron diferencias en su dispersión y distribución. El plasminógeno mostró una distribución homogénea, con percentiles equilibrados y menor variabilidad en comparación con los demás marcadores, lo que refuerza su utilidad potencial como herramienta diagnóstica complementaria. El análisis de regresión logística multivariada confirmó una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de plasminógeno y el diagnóstico de SCA. Por cada unidad de aumento en los valores de plasminógeno, la probabilidad de diagnóstico de SCA se incrementó en un 4.2% (OR 1.042, IC 95%: 1.002–1.083; p = 0.040), lo que lo posiciona como un biomarcador con capacidad predictiva significativa en el modelo analizado (tabla 1). Al evaluar biomarcadores mediante sensibilidad, especificidad y razón de verosimilitud positiva y negativa se evidenció que el plasminógeno presentó el mejor equilibrio diagnóstico, mostrando una sensibilidad del 66% y una especificidad del 62%, con un likelihood ratio positivo (LR+) de 1.70, indicando un incremento moderado en la probabilidad de SCA al estar elevado (tabla 2). Finalmente se evaluó la capacidad discriminativa diagnóstica mediante el área bajo la curva ROC (imagen 1): Fibrinógeno: AUC 0.59 (IC 95%: 0.39–0.79) Factor VIIIc: AUC 0.49 (IC 95%: 0.22–0.76) FvW: AUC 0.52 (IC 95%: 0.28–0.75) Plasminógeno: AUC 0.74 (IC 95%: 0.55–0.93) PDF: AUC 0.46 (IC 95%: 0.25–0.67). En pacientes con troponina T normal, el plasminógeno se asoció independientemente al diagnóstico de SCA: OR 2.6 (IC 95%: 0.849–8.406), p = 0.033.

**Conclusión:** El plasminógeno mostró buena capacidad discriminativa para el diagnóstico de SCA incluso en pacientes con niveles normales de troponina. La hipótesis planteada resulta particularmente de interés debido a la escasez de estudios que exploran el rol del plasminógeno en el diagnóstico de SCA. Estos hallazgos preliminares resaltan la necesidad de continuar investigando en esta línea mediante estudios prospectivos con muestras de mayor potencia, que permitan validar el uso del plasminógeno en la práctica clínica diaria dentro de las UDP




## 0321 - PATRONES DE FLUJO DOPPLER VENOSO ABDOMINAL EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES DEL SCORE VEXUS CON LAS DERIVADAS DEL ESTUDIO ECOCARDIOGRÁFICO.

Multimagen / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Francisco Alberto PASTORE | Miguel Angel BARRANCO | Héctor Gabriel ROITER | Ricardo Alberto MIGLIORE

*HIGA EVA PERON (EX- CASTEX)*

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es una arritmia de alta prevalencia que a menudo coexiste con insuficiencia cardíaca (IC). El score VEXuS (Ve) ha sido introducido en los últimos años como otra eventual herramienta diagnóstica, pronóstica y de monitoreo de la descongestión. La FA modifica los patrones de llenado venoso auricular y esta situación podría influir en la interpretación del mencionado SCORE.

**Objetivos:** 1. Describir los patrones del doppler venoso abdominal: vena cava inferior (VCI), venas suprahepáticas (VSH), fracción de pulsatilidad portal (FPP) y flujo venoso renal (FR), en pacientes con FA. 2. Analizar su asociación con respecto a las variables de medición de la ecocardiografía doppler.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio Doppler cardíaco extendido con el protocolo Ve a 21 pacientes (pts),11 mujeres (52%), de 79.8 ±7.4 de edad, en consulta cardiológica de control. Todos ellos portadores de FA, 5 con fracción de eyección del ventrìculo izquierdo (Fey) deteriorada, 1 con leve deterioro y 15 con Fey conservada; 7 pts habían tenido internación previa en los últimos 6 meses por IC; 14 estaban en CF de disnea II, 6 en CF I y 1 en CF III. La VCI se midió en la imagen bidimensional, vista subxifoidea, a 2 cm de la aurícula derecha. El flujo en VSH se clasificó en clase 0 onda S > D, I onda D > S y II onda S retrógrada. Para un subanálisis los pts 0 y I fueron agrupados como G1 y los pts II, como G2 con insuficiencia tricuspidea (IT) y G3 sin IT. La FPP se estimó como VMx - VMi/VMx 100 (VMx velocidad máxima y VMi mínima), promedio de 3 ciclos. La FPP >= 31% se consideró anormal leve y >= 50% anormal severa. El FR fue normal o continuo, con onda sistólica y diastólica anormal leve, u onda diastólica única anormal severo. El estudio fue hecho bajo monitoreo electrocardiográfico. Para la comparación de variables continuas de distribución normal se usó el test de Student, para las de distribución anormal los test de Mann Whitney y Kruskal-Walis. El test de Fischer fue usado para comparar variables nominales.

| | VSH 0-1 | VSH >= 2 | p |
|---|---|---|---|
| n | 8 | 13 | |
| EDAD | 83.6±7.3 | 77.6±6.9 | ns |
| SEXO F (%) | 8 (62%) | 13 (46%) | ns |
| IMC | 27±4.7 | 27.6±3.2 | ns |
| IT M/S | 3(27%) | 8(72%) | ns |
| TAPSE | 17.1±3.2 | 17.8±2.9 | ns |
| "s" DT VD | 10.6±0.9 | 8.9±1.8 | 0.05 |
| AD (vol/m²) | 30 (25-35) | 40(35-48) | 0.01 |
| FAA VD % | 38(34-50) | 36(30-43) | ns |
| E/é VI | 11(7-15) | 13(9-16) | ns |
| AI (vol/m²) | 40 (32-55) | 46 (36-54) | ns |
| Fey VI % | 63(62-73) | 36(30-43) | ns |

| | G1 | G II | GIII | p |
|---|---|---|---|---|
| n | 8 | 9 | 4 | |
| FPP % | 21• (12-30) | 38• (31- 51) | 25,5º (23-27) | • vsº < 0.05 |
| AD (vol/m²) | 30º(25-35) | 37• (33-61) | 41• (39-43) | º vs • < 0.05 |

**Resultados:** Según la puntuación Ve 7 pts fueron 0, 2 pts Ve 1, 7 pts Ve 2 pts y 5 pts Ve 3. El diámetro de VCI fue 20,4 ± 4 mm (14-32). El 80% de los ptes (17/21) mostró un flujo en VSH anormal (CF I o II). La Tabla I compara los hallazgos en VSH separando a los pts en relación a un patrón sin o con onda reversa sistólica. Los pts con patrón II tuvieron menor onda s tisular tricuspidea ("s" DTVD) y mayor tamaño de aurícula derecha (AD vol/m²). La onda S retrógrada se registró con o IT acompañante, 8/21 vs 5/21 p NS. La FP fue >= 31 % en 9 pts (42%), en 5 de ellos >= 50 %. Los ptes de los G2 y G3 tuvieron mayor FPP y tamaño de AD con respecto a los del G1 (Tabla II). En 4 pts se registró un FR anormal severo, todos ellos habian tenido internación por IC dentro de los 6 meses previos y fueron Ve 3. En 2 pts no se logró tener registro de FR.

**Conclusión:** 1. La mayoría de los pts con FA, muestran un patrón de flujo Doppler de llenado en VSH anormal. 2. Los pts con onda sistólica retrógrada tuvieron parámetros de función sistólica longitudinal del ventrículo derecho alterada y mayor volumen auricular.3. El hallazgo de onda S retrógrada en pts sin IT podría atribuirse a una onda de reflexión generada por la imposibilidad de una AD dilatada de aceptar el flujo de retorno venoso debido a una disminución de su función de reservorio, asociada ésta a deterioro de la función del VD 4. En pts de manejo ambulatorio el SCORE VExUS podría identificar a aquellos con congestión residual, aún en presencia de FA.

## 0325 - EVALUACIÓN GENOTÍPICA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: ASOCIACIÓN CON EL ESPESOR PARIETAL

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Analia Gladys PAOLUCCI | Gabriela MURONI | Adan SUAREZ | Maria Victoria CARVELLI | Michael SALAMÉ | Hyun Sok YOO | Mario Bruno PRINCIPATO | Justo CARBAJALES

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

**Introducción:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad genética caracterizada por la hipertrofia ventricular izquierda en ausencia de otras condiciones que la justifiquen. Múltiples mutaciones en genes que codifican

proteínas del sarcómero, como MYH7 y MYBPC3, han sido implicadas en su desarrollo, aunque la expresión fenotípica varía ampliamente. Las mutaciones en los genes sarcoméricos son la causa más frecuente, lo que genera desorganización de miofibrillas con mayor rigidez miocárdica y predisposición a complicaciones tanto hemodinámicas como arrítmicas. Las pruebas genéticas juegan un papel fundamental en la identificación de casos y en el cribado familiar. Sin embargo, la relación entre el genotipo y el grado de hipertrofia, particularmente el espesor parietal, no está completamente establecida. Comprender esta asociación podría mejorar la estratificación del riesgo y el enfoque terapéutico en pacientes con MCH.

| Paciente | Tipo | Test Genético | Resultados Test Genético | Septum (mm) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SEPTOAPICAL | NEGATIVO | | 14 |
| 2 | APICAL MEDIOVENTRICULAR | NEGATIVO | | 19 |
| 3 | APICAL | POSITIVO | MYH7, PKP2 | 33 |
| 4 | SEPTAL | POSITIVO | MYH7, GAA | 18 |
| 5 | SEPTO APICAL | POSITIVO | PKP2 | 18 |
| 6 | SEPTAL MEDIOVENTRICULAR Y BASAL | POSITIVO | MYH7 | 27 |
| 7 | SEPTAL | INCIERTO | DMD, RASA1, TPM1, GAA | 23 |
| 8 | SEPTAL BASAL | POSITIVO | MYBPC3 | 22 |
| 9 | SEPTUM BASAL Y MEDIO | POSITIVO | MYH7 | 23 |
| 10 | SEPTAL | POSITIVO | MYLK2 (LP) | 28 |
| 11 | SEPTAL | POSITIVO | PRKAG2 (P)<br>FLNC (VUS)<br>SHOC2 (VUS) | 33 |
| 12 | SEPTAL | INCIERTO | RYR2, SLC22A5 | 22 |
| 13 | SEPTAL BASAL | POSITIVO | LZTR1 (P)<br>FHLT (VUS)<br>SCN5A (VUS) | 15 |
| 14 | SEPTAL | POSITIVO | MYBPC3 | 13 |
| 15 | SEPTAL | POSITIVO | MYBPC3 | 30 |
| 16 | SEPTAL BASAL | POSITIVO | MYH7 | 19 |
| 17 | ANTERIOR BASAL | POSITIVO | MYH7 | 8 |
| 18 | SEPTAL | POSITIVO | MYH7 (P) | 10 |
| 19 | MÚSCULOS PAPILARES | INCIERTO | AGL, PRF1CB | 9 |
| 20 | SEPTAL | POSITIVO | MYH7 (P Y VUS) | 8 |
| 21 | SEPTAL BASAL | NEGATIVO | | |
| 22 | SEPTAL MEDIO BASAL | POSITIVO | MYBPC3 | 20 |
| 23 | SEPTAL BASAL | POSITIVO | MYBPC3 | 24 |
| 24 | APICAL | INCIERTO | FLNC | 14 |
| 25 | INFERO APICAL | NEGATIVO | | 13 |
| 26 | SEPTAL MEDIOVENTRICULAR | POSITIVO | PRKAG2 | 18 |
| 27 | INFEROSEPTAL MEDIOVENTRICULAR | POSITIVO | TTR | 16 |
| 28 | BASAL Y MEDIO | POSITIVO | MYH7 | 19 |
| 29 | SEPTAL MEDIOVENTRICULAR | NEGATIVO | | 16.5 |
| 30 | APICAL MEDIOVENTRICULAR | NEGATIVO | | 19 |

**Objetivos:** Determinar la proporción de pacientes con MCH que presentan mutaciones genéticas, caracterizar los tipos de mutaciones identificadas y evaluar su asociación con el espesor parietal ventricular.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de una cohorte de 30 pacientes con diagnóstico de MCH, en seguimiento por el Área de Cardiopatías Hereditarias de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. A todos los pacientes se les realizó una evaluación clínica completa, electrocardiogramas, ecocardiograma y un estudio genético mediante panel de secuenciación dirigido a genes relacionados con MCH. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva, y se aplicaron pruebas no paramétricas para la comparación de medianas, considerando significativa una $p < 0,05$. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana con su correspondiente rango intercuartilo (RIC), de acuerdo a su distribución. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes.

**Resultados:** La mediana del espesor septal en la población total fue de 18 mm (RIC 15–22). La mayoría de los pacientes presentaba compromiso a nivel del septum interventricular, lo que representó la localización más frecuente. Al comparar el espesor parietal entre los pacientes con estudio genético negativo y aquellos con mutaciones identificadas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Dentro del grupo con mutaciones, los genes MYH7 y MYBPC3 fueron los más comúnmente afectados (Tabla 1). En los pacientes con mutación en MYH7, la mediana del espesor septal fue de 19 mm (RIC 10–23), mientras que en los portadores de MYBPC3, fue de 20 mm (RIC 13–24), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos.

**Conclusión:** En nuestra población estudiada, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre el espesor parietal y el genotipo de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica. Estos hallazgos sugieren que la magnitud de la hipertrofia ventricular no estaría determinada exclusivamente por la presencia o tipo de mutación genética, al menos en esta cohorte. Además, la proporción de pacientes con resultados genéticos positivos y negativos fue similar a la reportada en la literatura internacional, y la localización predominante de la hipertrofia en el septum interventricular refuerza el patrón clásico descrito para esta patología. Estos resultados destacan la heterogeneidad fenotípica de la MCH y la necesidad de integrar múltiples variables para su evaluación clínica y pronóstica.

## 0326 - LOS NIVELES ELEVADOS DEL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-(IL-1RA) AL INGRESO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SE ASOCIAN CON MAYORES TASAS DE MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS Y MUERTE CARDÍACA A LOS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Ricardo LEON DE LA FUENTE[1] | Patricio Fernando GALLO[1] | Patrycja NAESGAARD[2] | Harry STAINES[2] | Silvia DIB ASHUR[1] | Dennis T.W. NILSEN[2]

*Centro Cardiovascular Salta[1]; Stavager University Hospital[2]*

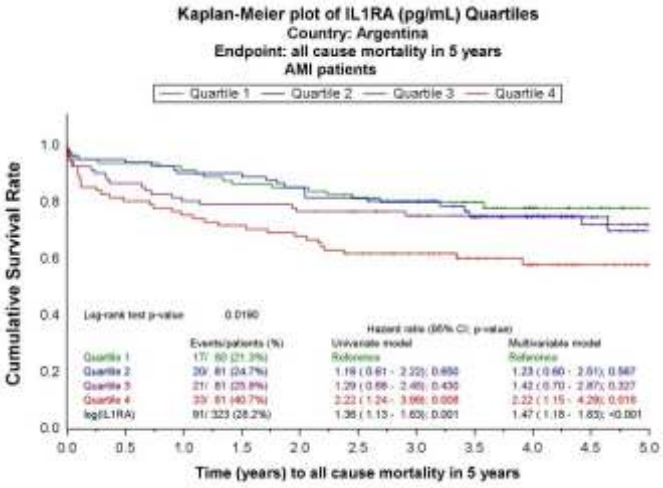
**Introducción:** La inflamación participa en la todas las etapas de la patogénesis de la enfermedad coronaria. La actividad inflamatoria de la interleucina-1 (IL-1) es inhibida por el antagonista del receptor de IL-1 (IL-1RA). Debido a sus niveles relativamente altos en plasma/suero en comparación con IL-1b/a; el IL-1RA también se considera un marcador fiable de la

actividad en el sistema IL-1. Si bien se ha observado un aumento temprano del IL-1RA en pacientes con infarto agudo de miocardio (IM), los informes que relacionan este biomarcador con el pronóstico tras un IM son escasos. ClinicalTrials.gov Identifer: NCT01377402

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de IL-1RA como marcador pronóstico de mortalidad por todas las causas y cardíaca a los 5 años de seguimiento en pacientes hospitalizados con un infarto agudo de miocardio.

**Materiales y Métodos:** Se midieron los niveles de IL-1RA en plasma pobre en plaquetas mediante enzimoinmunoanálisis en 363 pacientes consecutivos, admitidos en la ciudad de Salta. Se ajustaron modelos de regresión de Cox por pasos, aplicando cuartiles (Q), para el biomarcador, con la mortalidad en el seguimiento a 5 años como variable dependiente. El cociente de riesgos instantáneos (HR) (IC del 95%) se evaluó en un modelo univariante y multivariable, ajustando por factores de riesgo cardiovascular clínicos tradicionales, que también incluyeron el péptido natriurético tipo B, la proteína C reactiva de alta sensibilidad y la troponina T.

**Resultados:** Se registró la muerte en 91 (25,1%) pacientes con una distribución de cuartiles de 21,3% en Q1, 24,7% en Q2, 25,9% en Q3 y 40,7% en Q4. Prueba de Log Rank p = 0,019. Se registró muerte cardíaca en 49 (13,5%) pacientes. En el análisis univariado, IL1RA se asoció significativamente con la mortalidad por todas las causas restringida a Q4 en comparación con Q1 con un cociente de riesgos instantáneos (HR) de 2,32 (IC del 95%: 1,24-3,99), p = 0,008, que siguió siendo significativo después de ajustar los factores de confusión [HR 2,22 (1,15-4,29), p = 0,018]. El riesgo de muerte cardíaca mostró un patrón similar; HR 2,26 (1,02-5,04), p=0,045 y HR 2,87 (1,21-6,77), p=0,016, respectivamente




**Conclusión:** En esta población argentina, los niveles elevados de IL1RA al ingreso se asociaron independientemente con un aumento de la mortalidad a los 5 años en pacientes con un infarto agudo de miocardio.

## 0330 - VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS: COHORTE RETROSPECTIVA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Vanesa Romina RUIZ | Federico MELGAREJO | Andrés AIRA | Martín ESCOBAR | Marcela WILHELM | Aníbal Martín ARIAS | Rodolfo PIZARRO | Ignacio BLURO

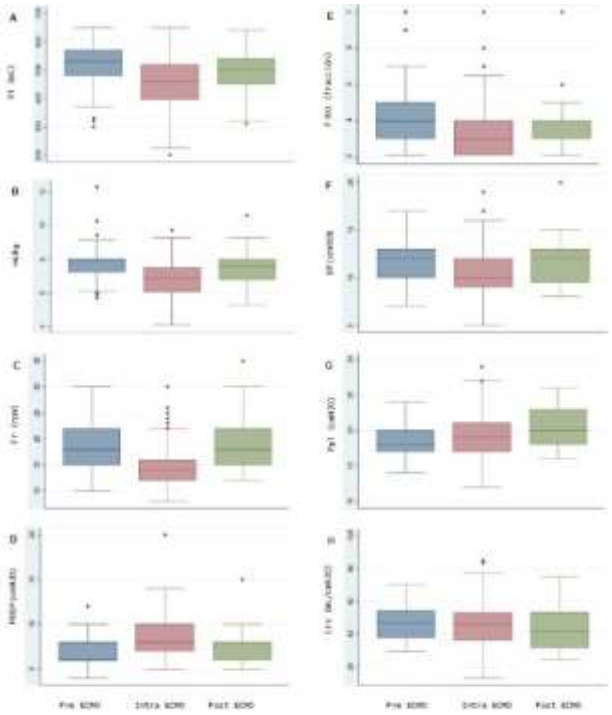
*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO V-A) es una forma de soporte circulatorio mecánico temporal. Es habitual que los pacientes con esta terapéutica se encuentren con ventilación mecánica invasiva (VMI). Sin embargo, no existe una guía basada en la evidencia sobre la configuración de la VMI durante el ECMO V-A.

**Objetivos:** Describir los parámetros y el monitoreo de la VMI durante el ECMO V-A. Como objetivos secundarios, comparar la programación y monitoreo ventilatorio antes, durante y después del ECMO V-A.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo con muestreo consecutivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con ECMO V-A, y VMI, internados en la unidad coronaria de un hospital universitario entre 2015 y 2024. Se excluyeron pacientes canulados en otra institución más de 24 horas antes del traslado, aquellos con requerimiento de ECMO V-A mayor a una vez en el período de estudio, los trasplantes pulmonares con ECMO V-A convertido en V-V, aquellos con fichas de VMI sin datos. Se informan los valores en mediana y rango intercuartil (RIQ). El tamaño muestral estimado para dos muestras pareadas fue de 11. Se realizaron pruebas de Wilcoxon o t pareada, (p < 0,05).

**Resultados:** Se analizaron 102 pacientes. Se empleó modo VCV en 90,2%, con una mediana de Volumen Tidal de 460 mL (RIQ 395-520), 6,8 mililitros por kilo de peso teórico (mL/kg) (RIQ 6,1-7,5), Frecuencia Respiratoria de 14 rpm (RIQ 12-16), Presión Positiva al fin de la espiración (PEEP) de 8 cmH20 (RIQ 7-10) y una Fracción inspiratoria de oxígeno (FiO2) de 0,3 (RIQ 0,21-0,4). El monitoreo ventilatorio mostró una mediana de 10 cmH20 (RIQ 9-12) para el Driving Pressure, una Presión Plateau de 19 cmH20 (RIQ 17-21) y una Compliance Estática de 46,3 mL/cmH20 (RIQ 36,4-53). Se encontró una reducción estadísticamente significativa al comparar volumen Tidal, mL/kg, Frecuencia Respiratoria, y FIO2 antes y durante el ECMO V-A, y también durante y después (p<0,001). La PEEP aumentó significativamente entre antes y durante el ECMO V-A (p<0,001), sin diferencias entre durante y después (p=0,98). No se observaron diferencias en Driving Pressure, Presión Plateau ni Compliance Estática al comparar antes y durante el ECMO V-A (p=0,81; p=0,22; p=0,39, respectivamente) ni durante y después (p=0,33; p=0,21; p=0,62, respectivamente).



Pie de figura 1: Mediana y rango intercuartil de Volumen Tidal (A), mL/kg de peso teórico (B), Frecuencia Respiratoria (C), Presión Positiva al fin de la espiración (D), Fracción inspiratoria de oxígeno (E), Driving Pressure (F), Presión plateau (G), y Compliance estática (H) antes (Pre ECMO), durante (Intra ECMO) y después (Post ECMO).

**Conclusión:** Durante la VMI con ECMO V-A se utilizó una estrategia protectora. Se modificó la estrategia ventilatoria cuando los pacientes se encontraban en ECMO V-A, reduciendo el Volumen Tidal, mL/kg, Frecuencia Respiratoria y FIO2 y aumentando la PEEP. Sin embargo, se mantuvieron estables las mediciones de mecánica ventilatoria. Se requieren estudios prospectivos para definir los parámetros óptimos en este contexto.

## 0331 - PREVALENCIA DE AUMENTO DEL INDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES AMBULATORIOS DERIVADOS PARA ESTUDIO DE ECOCARDIOGRAMA DOPPLER Y SU IMPACTO EN LA ESTRUCTURA CARDIACA

Multimagen / Cardiología Clínica

Micaela MONTENEGRO | Carlos Alberto DUMONT | Maria Lourdes CALIOTTI | María Belén CIGALINI | Laura Cecilia ZARRIA | Daniel Leonardo ZAFFORA | Mariana BOSSO | Sebastián Solano BENITEZ

*Hospital Privado de Rosario*

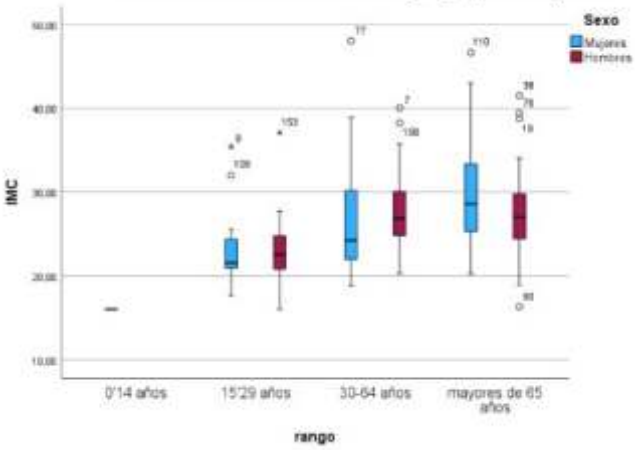
**Introducción:** En Argentina, 6 de cada 10 personas tiene exceso de peso, condición que genera un aumento en la morbi-mortalidad, debido a alteraciones hemodinámicas, autonómicas y hormonales que afecta el organismo.

| VARIABLES | Porcentaje de pacientes con IMC > 25 | Porcentaje de paciente con IMC < 25 | P |
|---|---|---|---|
| Hipertensión arterial | 84% | 15% | p<0.001 |
| Dislipemia | 82,9% | 17,1% | p<0.001 |
| Diabetes | 90% | 10% | p<0.015 |
| Tabaquismo actual | 85,7% | 14.3% | p<0.010 |
| Ex tabaquista | 87,5% | 12,5% | p<0.010 |

**Objetivos:** Por este motivo y teniendo en cuenta que nuestra institución forma parte del sistema de salud privado, el objetivo de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de esta problemática en la población que concurre a nuestro Hospital en forma ambulatoria para la realización de un Ecocardiograma Doppler y determinar los cambios que esta condición genera en la estructura cardíaca.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes ambulatorios que concurrieron a nuestra institución para la realización de un ecocardiograma Doppler entre enero y mayo del 2024, realizados por el mismo operador, para minimizar variaciones inter- observador. Se recolectaron variables antropométricas, basadas en la autopercepción del paciente, como peso y talla e índice de masa corporal (IMC), este último se clasificó en normal (menor a 25), sobrepeso (de 25 a 29.9) y obesidad (mayor o igual a 30). También se registraron factores de riesgo cardiovasculares como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DBT), dislipidemia (DLP)y tabaquismo. Se midieron parámetros ecocardiográficos completos, como la masa ventricular izquierda, volumen de la aurícula izquierda (AI) indexado por superficie corporal y diámetro de la raíz aórtica indexada.

Gráfico 2. Distribución entre IMC según grupo etario y sexo




**Resultados:** Se analizaron 210 pacientes, 46.2% mujeres y 53,8% hombres. La edad media fue de 51 años. El IMC con una media de 27.Se observó que el 65,4% de los pacientes presentaban un IMC mayor a 25. Al evaluar la distribución del IMC según rangos etario definidos en 4 grupos (0-14; 15-29; 30-64; >65 anos), se constató que, a medida que aumenta la edad, también lo hace el IMC (p<0,00). Asimismo, se analizó la distribución del IMC por grupo etario y por sexo, evidenciando que los hombres tienden a tener un IMC más alto que las mujeres. Se analizo la relación entre cada uno de los factores de riesgo y el IMC; y se evidenció que la HTA se encontró en el 15% de los pacientes sin sobrepeso (SBP) y en el 84% de los pacientes con SBP (p<0.001). En cuanto al antecedente de DLP el 17,1% de los pacientes sin SBP tenían DLP frente al 82,9% de los pacientes con SBP (p<0.001). La presencia de DBT se registró en el 10% de los pacientes sin SBP y el 90% con SBP (p<0.015). Y por último, en cuanto al tabaquismo el 85,7% de los tabaquistas actuales y el 87,5% de los ex tabaquistas presentaron SBP, en cambio en los no tabaquistas el 60% tiene SBP (p<0.010). Con respecto a la relación entre el IMC y variables de la estructura cardiaca, el aumento del IMC, se asoció con mayor tamaño del volumen indexado de la AI, esta última con una media de 29 ml/m2 (r = 0,18; p < 0,01) y mayor masa ventricular izquierda indexada (r =0,213; p < 0,002). Se obtuvo un valor promedio de la raíz aórtica indexada de 18,55 mm/m2, no encontrándose una correlación significativa con el IMC (p=0,143).

**Conclusión:** En nuestro estudio observamos una alta prevalencia de aumento del IMC en la población estudiada. Se observó que existe una asociación significativa entre el aumento del IMC y el volumen indexado de la AI y la masa indexa del ventrículo izquierdo. Además, se encontró que la presencia de factores de riesgos fue significativamente mayor en los pacientes con sobrepeso u obesidad, lo que refuerza la importancia del control del peso corporal como estrategia preventiva para reducir el impacto de esta comorbilidad.

## 0333 - EFECTOS DEL BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA SOBRE EL SISTEMA DOPAMINÉRGICO RENAL EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE DIETA CRÓNICA ALTA EN GRASA

Hipertensión Arterial / Investigación Básica

Silvana María CANTÚ[1] | Hyun Jin LEE[1] | Christian HOCHT[2] | Adriana DONOSO[1] | Ana María PUYO[1] | Marcelo Roberto CHOI[3]

*Cátedra de Anatomía e Histología. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA.[1]; Cátedra de Farmacología. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA.[2]; Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional (IATIMET).[3]*

**Introducción:** El sistema dopaminérgico renal (SDR) ejerce efectos natriuréticos y diuréticos vía receptor D1 y efectos antiinflamatorios vía receptor D2. La angiotensina II tiene acción opuesta a la dopamina vía receptor AT1, regulando en menos al SDR, necesitando balancear ambos sistemas para un normal funcionamiento renal. El consumo crónico de dietas ricas en grasas conduce, entre otros, a la elevación de la presión arterial e inflamación renal.

Tabla 1: Peso corporal, ingesta de alimento, agua y calorías. Parámetros bioquímicos y metabólicos.

| Parámetro | C | DG | CL | DGL |
|---|---|---|---|---|
| Peso corporal (g) | 415,7±8,7 | 473,8±14,1* | 389,7±3,8 | 359,13±7,93** |
| Ingesta calórica (kcal/24hs) | 60,5±10,8 | 103,6±11,5* | 72,4±11,4 | 119,3±11,1 |
| Triglicéridos (mg/dL) | 59,68±6,13 | 119,25±4,17** | 53,20±4,41 | 82,97±6,93# |
| Glucemia (mg/dL) | 117,5±7,5 | 152,2±4,6** | 100,3 3±29,6 | 173,7±14,0# |
| Índice TyG | 8,0±0,2 | 10,5±0,1** | 8,1±0,3 | 10,2±0,2 |
| Insulina (ng/mL) | 1,20±0,10 | 4,20±0,50** | 1,3±0,2 | 2,8±0,4# |
| HOMA-IR | 0,7±0,1 | 3,3±0,5** | 1,5±0,7 | 3,2±0,5 |

Los resultados están expresados como la Media ± error estándar de la media. La significancia está expresada como: *p<0.05 C vs DG; **p<0.01 C vs DG; #p<0.05 DGL vs DG; ##p<0.01 DGL vs DG.

**Objetivos:** Evaluar cómo afecta el tratamiento con losartán (antagonista del receptor AT1) al SDR, la presión arterial y el daño renal, frente al consumo crónico de una dieta rica en grasas.

**Materiales y Métodos:** Ratas Sprague-Dawley macho se asignaron al azar a cuatro grupos experimentales (n=4-6 por grupo), estudiándose durante 8 semanas. Grupos: control (C, alimento estándar y agua), dieta grasa (DG, 50% p/p de grasa bovina en el alimento estándar, y agua), control losartán (CL, idem C + 30 mg/kg/día de losartán en el agua), dieta grasa losartán (DGL, idem DG + CL). Se determinó: presión arterial sistólica, peso corporal, parámetros bioquímicos y metabólicos plasmáticos y urinarios, evaluación de la función renal, excreción urinaria de L-dopa y dopamina (índice L-dopa/dopamina); Western Blot para receptores, transportadores, y marcadores de inflamación; estructura y ultraestructura renal por histología convencional (hematoxilina y eosina, picro Sirius red) y microscopía electrónica de transmisión, respectivamente. Análisis estadístico: prueba T, ANOVA de una vía con prueba post-hoc de Tukey; test de Pearson y regresión lineal. Resultados: Media±Error estándar de la media. Significancia: p<0,05.

Tabla 2: Presión arterial sistólica, Excreción urinaria de L-dopa y dopamina y valores del índice urinario L-dopa/dopamina. Parámetros plasmáticos y urinarios de los grupos que reflejan el comportamiento renal y la excreción de sodio.

| Parámetro | C | DG | CL | DGL |
|---|---|---|---|---|
| Presión arterial sistólica (mmHg) | 120,7±2,3 | 134,8±2,3** | 106,4±2,5 | 109,5±2,0## |
| Índice L-dopa / dopamina | 1,1±0,1 | 2,9±0,2** | 1,8±0,1 | 1,8±0,1## |
| Albumina urinaria/Creatinina urinaria (mg/g) | 17,42±1,98 | 12,93±0,66 | 15,31±1,52 | 8,45±1,13 |
| Na+ plasmático (mEq/l) | 144,16±0,07 | 140,66±0,54* | 142,33±4,28 | 141,67±0,88# |
| Na+ urinario (mEq/l) | 122,66±2,23 | 171,50±10,60** | 119,5±15,6 | 135,7±28,5 |
| Diuresis (mL/24hs) | 16,4±2,2 | 3,5±0,3** | 17,28±1,38 | 6,23±0,93# |
| Volumen de filtración glomerular (mL/min) | 1,65±0,27 | 1,38±0,11 | 1,77±0,20 | 1,42±0,09 |
| Excreción fraccional de sodio (%) | 0,50±0,06 | 0,16±0,02** | 0,51±0,02 | 0,32±0,05# |
| Excreción urinaria de sodio (mEq/24hs) | 1,78±0,18 | 0,45±0,05** | 1,95±0,01 | 0,78±0,10# |

Los resultados están expresados como la Media ± error estándar de la media. La significancia está expresada como: *p<0,05 C vs DG; **p<0,01 C vs DG; #p<0,05 DGL vs DG; ##p<0,01 DGL vs DG.

**Resultados:** Tabla 1: Sustento del modelo experimental. La Tabla 2: Losartán previno el incremento de la presión arterial sistólica y del índice L-dopa/dopamina (DG versus C p<0,01; DGL versus DG, p<0,01). También previno la reducción en la excreción fraccional y urinaria de sodio, y la diuresis (DG versus C p<0,01; DGL versus DG, p<0,05). Asimismo, previno la disminución de la expresión de OCTN-1,2,3 (DG versus C p<0,01; DGL versus DG, p<0,05). Se sobreexpresaron D1DR, Na+K+-ATPasa y AT1R, en DG versus C (D1DR: p<0,01; Na+K+-ATPasa y AT1R: p<0,05), y losartán lo previno en los dos primeros casos (DGL versus DG; D1DR: p<0,01; Na+K+-ATPasa: p<0,05). Además losartán previno la sobreexpresión de NFkB y TGF-beta1 en DGL versus DG (p<0,01). Hubo correlaciones significativas y positivas respecto al índice L-dopa/dopamina con la presión arterial sistólica (p<0,01, $R^2$=0,91) y con D1DR (p<0,05, $R^2$=0,89); y correlaciones significativas y negativas respecto al índice L-dopa/dopamina con OCTN-1,2,3 (p<0,01, $R^2$=0,91) y la excreción urinaria de sodio (p<0,01, $R^2$=0,83). Losartán previno tanto las alteraciones estructurales celulares y el incremento en el % de fibrosis intersticial (DGL versus DG p<0,01) en los túbulos contorneados proximales, como los cambios ultraestructurales de los pedicelos podocitarios observados en todos los casos en el grupo DG.

**Conclusión:** Ante el consumo de una dieta crónica rica en grasas, la administración de losartán desde el comienzo del estudio favoreció la actividad del SDR previniendo el incremento de la presión arterial, y mejorando la fibrosis intersticial y la anti-inflamación renal contribuyendo a reducir el daño de órgano blanco.

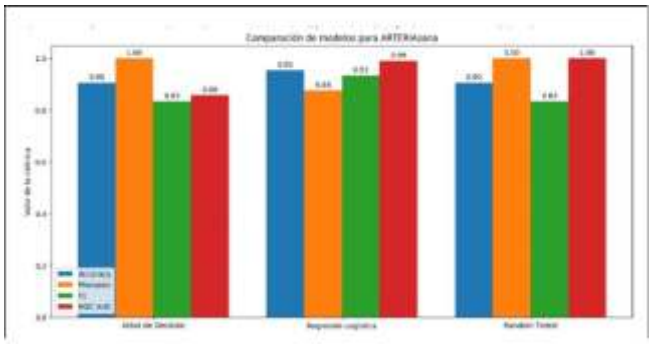
## 0335 - EL APRENDIZAJE AUTOMÁTICO, UTILIZANDO DATOS CLÍNICOS Y FOTOPLESTIMOGRÁFICOS, POTENCIA LA PREDICCIÓN DEL ESTATUS ARTERIAL

Cardiología Clínica / Medicina Vascular

Maria Del Carmen RUBIO[1] | Liliana Noemí NICOLOSI[1] | Angela SARDELLA[2] | Claudio Gabriel MOROS[2]

*Hospital Español de Buenos Aires[1]; Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez[2]*

**Introducción:** La fotopletismografía digital utiliza una tecnología óptica, basada en la emisión de ondas infrarrojas que son reflejadas y captadas por sensores, percibiendo las variaciones del flujo sanguíneo local. De esta forma se obtienen distintas señales que pueden ser relacionadas con el estatus arterial. Cabría investigar si mediante algoritmos de inteligencia artificial, estos parámetros sumados a variables clínicas, podrían potenciar la predicción de la salud vascular



**Objetivos:** Determinar el estado de salud vascular mediante inteligencia artificial, utilizando parámetros de fotopletismografía y variables clínicas, con algoritmos de aprendizaje automático.

**Materiales y Métodos:** Ingresaron al estudio pacientes ambulatorios, mayores de edad, asintomáticos, sin antecedentes de eventos cardiovasculares, que concurrieron para un control programado y brindaron su consentimiento informado. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) y se analizaron los factores de riesgo vascular (FRV) a partir de la presencia de alguna de las siguientes variables: obesidad, tabaquismo (TBQ), hipertensión, diabetes, dislipemia(DLP). Se determinó el espesor medio intimal carotídeo, la presencia de placa, y el impacto hemodinámico mediante ecografía Doppler. Utilizando para la fotopletismografía digital un sensor digital Max Pulse® (Medicore Co., Ltd., Hanam), se clasificó con puntaje del 1 al 7 el estatus arterial y se comparó con los resultados de la ecografía Doppler carotídea. Tipo: 1 y 2 (excelente y bueno respectivamente), 3 rigidez arterial (RA) aumentada, 4 con placas sin obstrucción, 5 con placas y obstrucción menor al 50%, 6 obstrucción >= 50% y menor al 75%, 7 obstrucción >= 75%. Los datos fueron analizados con inteligencia artificial mediante 3 algoritmos de Machine Learning o Aprendizaje Automático : árboles de decisión, regresión logística y Random Forest, para determinar la predicción de las variables dependientes: arterias sanas (Tipo 1 y 2) y rigidez arterial aumentada y/o presencia de placas (Tipo 3 al 7). Se validaron los resultados mediante validación cruzada, utilizando k-fold cross-validation con 5 pliegues y se obtuvieron las métricas de rendimiento para cada modelo determinando su poder predictivo.

**Resultados:** Se analizaron 102 pacientes, edad 44,3 ± 14,7 años, sexo masculino 46,5 % (47) IMC 26,7 ± 5,5, obesidad 19,6% (20), DLP 38,2% (39), TBQ 9,8% (10), hipertensión arterial 30,4% (31) diabetes 1% (1), FRV 70,6% (72), Placas carotideas 13,7% (14). Arteria tipo 1: 35,3% (36), Tipo 2: 29,4% (30), Tipo 3: 23,5% (24) Tipo 4: 9,8% (10), Tipo 5: 0% (0), Tipo 6: 1% (1) y Tipo 7: 1% (1). RA (arteria >= 3) 35,3% (36).La RA se correlacionó con FRV p=0,011, OR 3,7 (IC 1,3-10); siendo los de mayor peso el TBQ p=0,002 OR 9,1 (IC 1,8-45) y DLP 0,002 OR 3,7 (IC 1,5-8,7). El modelo de mayor rendimiento fue Random Forest cuyas métricas luego de la validación cruzada fueron: accuracy 0.90, precisión 1 y F1 0.83 para arteria sana, con un área bajo la curva Roc:1

**Conclusión:** - El aprendizaje automático, utilizando datos clínicos y fotoplestimográficos, permite predecir la presencia de arterias estructural y funcionalmente sanas. -El impacto de esta herramienta radica en la posibilidad de detectar pacientes que por su estatus arterial, requerirán de un seguimiento más exhaustivo.

## 0344 - ESTRATIFICACION DE SECUELAS EN ADULTOS CON CARDIOPATIAS CONGENITAS DE MODERADA COMPLEJIDAD

Cardiología Clínica / Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Vanesa Jorgelina CORONA[1] | Alejandro Román PEIRONE[1] | Marcelo Sebastián CABRERA[1] | Marisa Fabiana QUINTEROS[1] | Héctor Ricardo MAISULS[1] | Pablo ALBORNOZ[2]

*Hospital de Niños de Córdoba[1]; Actividad Clinica Privada[2]*

**Introducción:** La clasificación anatómica de los Adultos con Cardiopatías Congénitas (ACC) divide las lesiones en simples, moderadas y complejas. Dicha división resulta insuficiente para el seguimiento de estas patologías. La American Heart Association (AHA) propone una nueva clasificación anatómica y funcional basada en 10 estadios funcionales.

**Objetivos:** Evaluar la estratificación de pacientes ACC de acuerdo al estadio funcional de la AHA a través de la distribución de variables propuestas, según su clasificación anatómica y fisiológica, para evidenciar la distribución de los pacientes en una población de complejidad moderada. Dicha distribución permitirá identificar la situación actual respecto de la AHA en la población estudiada, y establecer una línea de base que será punto de partida de futuras estrategias de intervenciones, tratamientos y evaluación del riesgo.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal realizado en el periodo de enero a mayo del año 2025 sobre la población de pacientes ACC en seguimiento en un Servicio de Referencia del interior del país. Se seleccionaron pacientes ACC clasificados de complejidad moderada de acuerdo a la clasificación anatómica de cardiopatías congénitas del adulto y se obtuvieron los datos relevantes para establecer las variables fisiológicas de los pacientes individuales y calcular su distribución.

**Resultados:** Se incluyeron con datos completos un total de 100 pacientes. De ellos, el 55% correspondieron al sexo femenino y presentaron un promedio de edad de 35.7 años. Se estableció que el ESTADIO FUNCIONAL C fue el más frecuente representando el 56% de los casos, seguido por el ESTADIO B con 29%, ESTADIO A 12% y ESTADIO D con 3%. Las patologías más prevalentes fueron tetralogía de Fallot con un 34%, coartación de aorta (CAo) 16%, estenosis valvular pulmonar (EVP) y estenosis valvular aórtica (EAo) con 14% cada una, válvula aórtica bicúspide (VAB) 13%, enfermedad de Ebstein 7 % y L-TGA 3%. Las variables fisiológicas más relevantes fueron enfermedad valvular (33% estadio II, 32% estadio III) y arritmias (presentes en el 42% de los casos, requiriendo tratamiento el 27% del total).

**Conclusión:** La clasificación Anatomo-Fisiológica de la AHA nos permitió determinar que dentro de la población estudiada de ACC el estadio funcional más prevalente (ESTADIO C) le confiere un mayor riesgo de morbimortalidad, y por lo tanto se requiere una intervención más agresiva para mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.

## 0345 - DEFICIENCIA DE VITAMINA D E HIPERRESISTENCIA VASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Cardiología Clínica / Hipertensión Arterial

Eugenia Paola CHONG VELÁSQUEZ[1] | Juan Francisco MIGONE[1] | Myriam NUÑEZ[2] | Limbert Alvaro PACO OSINAGA[1] | Maria Paz DEL RIO[1] | Nicolas MOSTEIRO[3] | Nancy FERNANDEZ[1] | Agustin FAVINI[1]

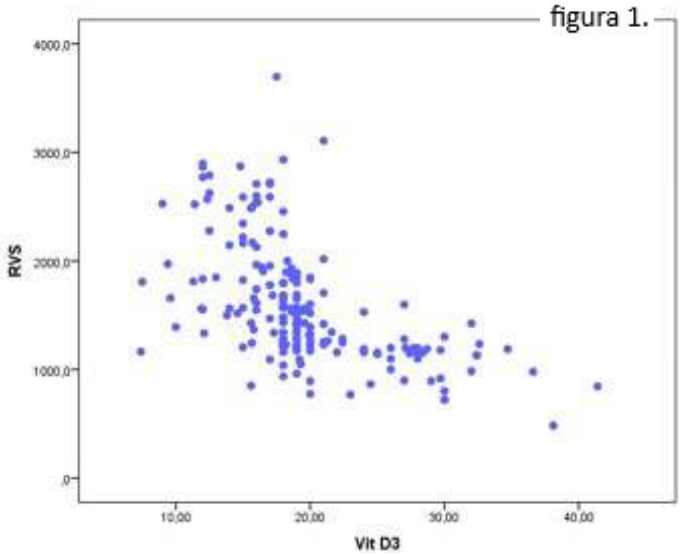
*Sanatorio Modelo de Caseros[1]; Facultad de Ciencias Exactas - UBA[2]; Investigador Independiente[3]*

**Introducción:** La deficiencia de vitamina D ha sido asociada a disfunción endotelial, inflamación crónica y alteraciones hemodinámicas. Sin embargo, su relación específica con la resistencia vascular sistémica (RVS) y el índice de resistencia vascular (IRV), evaluados mediante cardiografía por impedancia (CVI), aún no ha sido caracterizada con precisión en poblaciones con diabetes tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA).

**Objetivos:** Determinar la asociación entre los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D], la RVS, el IRV y los marcadores de inflamación subclínica (PCRus) en pacientes con DM2 e HTA.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y analítico en 202 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DM2 e HTA. Se midieron los niveles de 25(OH)D, RVS e IRV mediante CVI (Z-Logic Exxer®) y PCRus por métodos estandarizados. Se realizaron análisis de correlación de Spearman niveles de 25(OH)D, PCRus, RVS e IRV, y ajustes multivariados por edad, sexo, IMC y duración de la diabetes. Se tomaron como significativos valores de $p<0.05$.

figura 1.




| Variable | $\bar{X}$ | Desvio | CV | 1er Cuartil | 3er Cuartil | LI(95%) | LS(95%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad (años) | 58,3 | 9,3 | 15,9 | 52,0 | 65,0 | 57,0 | 59,6 |
| LDL (mg/dl) | 113,0 | 37,8 | 33,6 | 83,0 | 140,0 | 107,7 | 118,3 |

TABLA 1

| Variable | Mediana | Mínimo | Máximo | Rango Intercuartil |
|---|---|---|---|---|
| VitD3 (ng/mL ) | 18,85 | 7,4 | 41,4 | 4,5 |
| PCR (mg/l) | 2,15 | 0,1 | 14,2 | 2,8 |
| RVS (dinas x s/cm²) | 1458 | 485 | 3698 | 616,3 |
| IRV (dinas x s/cm²) | 2402,5 | 890 | 5963 | 1467,8 |
| Tiempo DBT (años) | 6 | 0 | 21 | 3 |
| Colesterol Total (mg/dl). | 180 | 102 | 368 | 55 |
| HDL (mg/dl) | 40 | 25 | 82 | 13 |
| Triglicéridos (mg/dl) | 161,5 | 42 | 562 | 98 |
| LDH (U/L) | 345 | 50 | 715 | 55 |
| Hb1AC (%) | 6,8 | 5,1 | 15 | 1,16 |
| IMC | 30,5 | 18,4 | 37,6 | 5,5 |
| T3 (ng/dl) | 1,1 | 0,6 | 98 | 0,27 |
| T4 (ng/dl) | 1,25 | 0,8 | 16,5 | 4,45 |
| TSH (µUI/ml) | 1,55 | 0,09 | 34,30 | 0,85 |
| PAS (mmHg) | 140 | 91 | 197 | 20 |
| PAD (mmHg) | 88 | 55 | 110 | 15 |
| PAM (mmHg) | 103,3 | 71 | 139 | 17 |
| Vit B 12(pg/mL) | 345 | 132 | 783 | 142 |

TABLA 2.

**Resultados:** La media de edad fué de 58 años, el 54.2 % fueron hombres, la mediana de Hb1Ac fue de 6.8%, Colesterol total 180 mg/dl, de LDL 113 mg/dl, el tiempo de DBT 6 años y la mediana de Presión Arterial Media 103.3 mmhg. La mediana de 25(OH)D fue 18,85 ng/mL y de RVS 1458 dinas x s/cm². (Tabla 1 y 2 ) Se observó una correlación negativa significativa entre 25(OH)D y RVS ($r = -0,663$; $p < 0,01$) (Figura 1), IRV ($r = -0,457$; $p < 0,01$) y PCRus ($r = -0,433$; $p < 0,01$). Tras ajustes multivariados por edad, sexo, IMC y duración de la diabetes Las asociaciones permanecieron significativas: RVS ($r = -0,538$), $p < 0,01$ IRV ($r = -0,414$), $p < 0,01$ y PCRus ($r = -0,326$), $p < 0,01$.

**Conclusión:** En pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, la hipovitaminosis D se asocia de forma independiente con un aumento de la resistencia vascular sistémica, del índice de resistencia vascular y de los niveles de inflamación subclínica. Estos resultados podrían respaldar el papel de la vitamina D, no solo como marcador de disfunción vascular, sino también como potencial diana terapéutica para mejorar la función hemodinámica y disminuir el riesgo cardiovascular en esta población vulnerable.

## 0347 - SINDROME DE ROBO DE ARTERIA SUBCLAVIA: UN PROBLEMA A LARGO PLAZO

Cardiología Clínica / Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Vanesa Jorgelina CORONA | Alejandro Román PEIRONE | Marcelo Sebastián CABRERA | Héctor Ricardo MAISULS

*Hospital de Niños de Córdoba*

**Introducción:** El síndrome de robo de la arteria subclavia (SRS) es un evento poco frecuente en pacientes adultos con cardiopatía congénita (ACC) como consecuencia de alteraciones que se presentan desde el nacimiento o desde la primera infancia post-cirugía.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir las diferentes manifestaciones clínicas en este tipo de pacientes.

**Materiales y Métodos:** Se analizan 3 pacientes ACC con SRS, 2 pacientes con coartación de aorta operados en la primera infancia con técnica de subclavio plastia (p1: 40 años y p2: 42 años) y 1 p con arco aórtico derecho asociado a arteria subclavia izquierda naciendo como último vaso desde un divertículo de Kommerell y con estenosis severa en su origen (p3:37 años).

**Resultados:** el p1 presentó tinnitus permanente del oído izquierdo y realiza actividad deportiva intensa. El p2 manifiesta migraña, fotopsia y parestesia de boca y miembro superior izquierdo recurrentes que no le impide trabajar y hacer deportes. El p3 sólo percibe parestesia leve del miembro superior izquierdo con actividad física intensa.

**Conclusión:** El SRS en pacientes ACC presenta manifestaciones clínicas más leves y tolerables que en pacientes adultos con enfermedad arterioesclerótica, quizás debido al mayor tiempo de adaptación de la insuficiencia braquial basilar desde el nacimiento o la primera infancia.

## 0348 - DERIVACIÓN DE UN MODELO DE RIESGO CLÍNICO MULTIPARAMÉTRICO PARA PREDECIR EVENTOS A 2 AÑOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia Maria BURGOS | Lucila Maria CAROSELLA | Rocio Consuelo BARO VILA | Maria Antonella DE BORTOLI | Damian MALANO | Mirta DIEZ

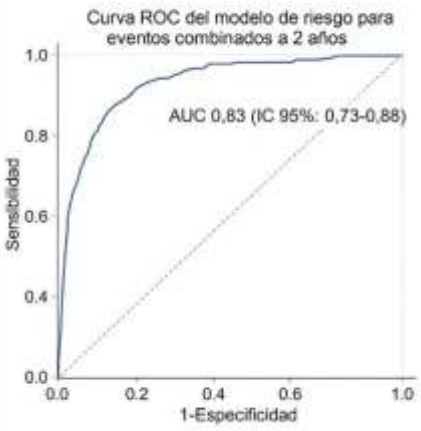
*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr) continúa siendo una causa importante de morbimortalidad. La estratificación pronóstica permite guiar el seguimiento y considerar terapias avanzadas.

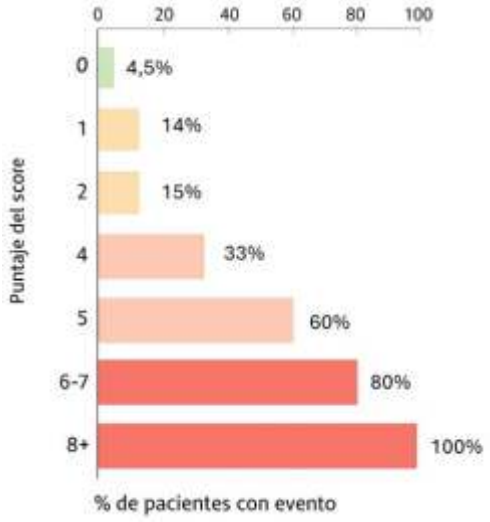
**Objetivos:** Derivar un modelo clínico simple para predecir eventos adversos a 2 años una cohorte contemporanea de pacientes con ICFEr que realizan una prueba de ejercicio cardiopulmonar (CPET).

**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 menor a 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 endpoint combinado de hospitalización por insuficiencia cardíaca, trasplante cardiaco de urgencia o emergencia y mortalidad por todas las causas. Se valuaron variables clínicas, laboratorio, ecocardiograma y del CPET. Se desarrolló un modelo de regresión logística multivariado, y a partir de los coeficientes beta se construyó un sistema de puntuación clínica. Para ello, cada coeficiente fue dividido por el menor beta significativo, y los valores resultantes fueron redondeados al entero más cercano. La discriminación del modelo se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC), y la calibración con el test de Hosmer-Lemeshow.

| | Pt. |
|---|---|
| Edad >60 años | 1 |
| Fracción de eyección <25 % | 2 |
| Sodio <137 mmol/L | 3 |
| $VO_2$/kg <12 ml/kg/min | 1 |
| EOV presente | 1 |
| $VE/VCO_2 \geq 36$ | 1 |
| TAs <100 mmHg | 1 |
| TAPSE <16 mm | 1 |
| Hospitalización previa por IC | 1 |



**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%. La tasa del evento fue del 26% (38/146). El modelo final incluyó 9 variables: edad >60 años (1 punto), fracción de eyección <25% (2), sodio <137 mmol/L (3), VO2;/kg <12 ml/kg/min (1), presencia de oscilación ventilatoria (EOV) (1), pendiente VE/VCO mayor o igual a 36 (1), presión arterial sistólica <100 mmHg (1), TAPSE <16 mm (1) e internación previa por insuficiencia cardíaca (1). El puntaje total varió entre 0 y 12 puntos (Fig 1). La discriminación fue muy buena: AUC-ROC 0.83 (IC 95%: 0.73–0.88), con buena calibración (Hosmer-Lemeshow p = 0.40). Según el puntaje total, se definieron los siguientes grupos de riesgo y tasas de eventos: Bajo riesgo (0 puntos, n=14): 4.5%, Riesgo intermedio-bajo (1–2 puntos, n=57): 14.3% a 15.4%, Riesgo intermedio-alto (3–5 puntos. n=52): 33.3% a 60%, Alto riesgo (mayor o igual a 6 puntos, n=12): 80% a 100% (p < 0.001, Fig 2).




**Conclusión:** Desarrollamos un score multiparamétrico que combina variables clínicas, de laboratorio, ecocardiograma y del CPET, con muy buena capacidad discriminativa y calibración. Esta herramienta permite identificar pacientes con ICFEr de alto riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca, trasplante cardiaco de urgencia o emergencia y mortalidad por todas las causas a 2 años, y podría ser útil para guiar decisiones terapéuticas y considerar estrategias avanzadas de tratamiento. Se necesitan estudios adicionales que validen el modelo propuesto.

## 0352 - UTILIDAD DEL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS Y GLUCOSA EN LA PREDICCIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO FRENTE A OTROS MARCADORES SIMPLES EN POBLACIÓN VULNERABLE DEL SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ana MATSUYAMA[1] | Magalí BARCHUK[1] | Hugo GRANCHETTI[2] | Nahuel Hernan FERNANDEZ MACHULSKY[1] | Gabriela BERG[1] | Ana GONZÁLEZ[1]

*Laboratorio de Lípidos y Aterosclerosis. Departamento de Bioquímica Clínica, Facultad de Farmacia Y[1]; Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)[2]*

**Introducción:** El laboratorio clínico juega un rol fundamental en la prevención y detección precoz de las enfermedades cardiovasculares (ECV) a través de determinaciones sencillas y de bajo costo, con alta sensibilidad y especificidad, que permitan el screening de síndrome metabólico (SM) e insulino-resistencia. Esto es especialmente útil en pacientes con vulnerabilidad social, para quienes el acceso al sistema de salud suele estar limitado.

**Objetivos:** Comparar la capacidad diagnóstica de los índices triglicéridos y colesterol-HDL (TG/C-HDL), Triglicéridos y glucosa (TGyGlu), y del colesterol-LDL pequeñas y densas (C-LDLpyd) obtenido por cálculo en la predicción de SM.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal, del cual participaron 1040 sujetos de la Ciudad de Buenos Aires. A cada participante se le realizó anamnesis, evaluación clínica y se determinó glucemia y perfil lipídico. Con estos datos, se calcularon los índices y el C-LDLpyd. Se clasificó a los pacientes según la presencia o no de SM de acuerdo al Adult Treatment Panel III.

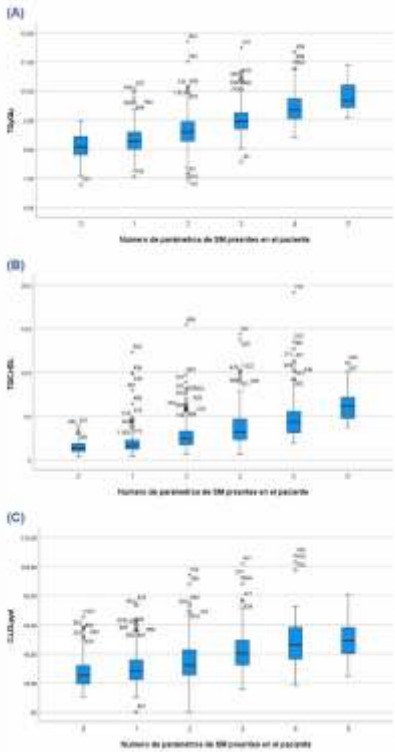



**Figura 1.** (A) Valores de índice TGyGlu según parámetros del SM que presente el pacier Los aumentos de valores del índice que se observan, a medida que aumenta el número parámetros del SM, fueron significativos en todos los casos (p<0.05). (B) Valores de ind TG/C-HDL según parámetros del SM que presente el paciente. Los aumentos de valores índice que se observan, a medida que aumenta el número de parámetros del SM, fue significativos en todos los casos (p<0.05), excepto en el caso 0 parámetros vs 1 paráme (C) Valores de C-LDLpyd según parámetros del SM que presente el paciente. Los aumen de valores del índice que se observan, a medida que aumenta el número de parámetros SM, fueron significativos en todos los casos (p<0.05), excepto en los casos 0 parámetros 1 parámetro, y 4 parámetros vs 5 parámetros. ANOVA+Bonferroni post test

**Resultados:** La proporción de SM fue de 31,5%, y se observó una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad abdominal y dislipemias caracterizadas por triglicéridos elevados, C-HDL disminuido y C-LDL por encima de los valores deseables. Los índices evaluados mostraron un incremento a mayor número de criterios de SM presentes. Por otro lado, mediante curvas ROC se establecieron puntos de corte para cada uno de ellos que permitan discriminar la presencia o no de SM en la población en estudio, resultando el índice TGyGlu el de mejor capacidad predictora, con un punto de corte de 8,80. A través de un modelo de regresión logística múltiple, se obtuvo un Odds Ratio 15,03 (IC95%: 9,17-25,89), ajustado por sexo, circunferencia de cintura e Hipertensión Arterial.

**Conclusión:** Estos índices obtenidos a partir de determinaciones de rutina del laboratorio clínico poseen un muy buen valor predictivo para SM, convirtiéndose en valiosas herramientas para la detección precoz de factores de riesgo, que permitirían una oportuna intervención médica así como prevenir futuras ECV.

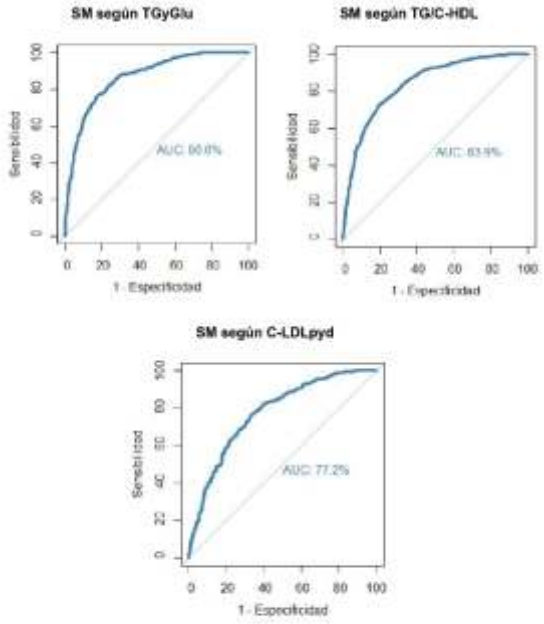



**Figura 2**. Curvas ROC de los índices TGyGlu, TG/C-HDL y C-LDLpyd para predecir SM. AUC TGyGlu = 86,5% (IC95%: 84,2% - 88,8%); AUC TG/c-HDL = 83,9% (IC95%: 81,4% - 86,5%); AUC c-LDLpyd = 77,0% (IC95%: 74,0% - 80,0%)

## 0353 - ANÁLISIS DE NUEVOS CASOS DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ESTRUCTURALES DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL GENERAL NACIONAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL PERIODO DE UN AÑO

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Tobias BECHERINI | Barbara Rocio RIEDER BAZAN | María Cecilia CASTELLANOS | Patricia KAZELIAN

*Hospital Nacional Profesor A. Posadas*

**Introducción:** Las Cardiopatías Congénitas (CC) son defectos estructurales que afectan al corazón y grandes vasos. Presentan una prevalencia de 6 por 1000 personas y una incidencia de 7 por 1000 recién nacidos vivos (RNV).En Argentina nacen alrededor de 4 mil niños al año con CC y el 50% presentan una forma compleja que requiere intervención durante su primer año de vida.

**Objetivos:** Describir las características de la población de pacientes (p) con CC estructurales que ingresaron al servicio de cardiología pediátrica,de un hospital general de tercer nivel,durante el año 2023.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se revisaron historias clínicas y registros del servicio de cardiología pediátrica.Criterios de inclusión:nuevos p con CC estructural valorados en el servicio en el periodos del 01/01 al 31/12/23.Criterios de exclusión:p con ductus arterioso persistente del prematuro,foramen oval persistente,miocardiopatias y tumores cardíacos.Variables analizadas: sexo,edad,síndrome genético asociado,motivo de consulta,presentación clínica,anatomía (se agruparon en:defectos de septación,conotroncales,patología aórtica,patología valvular,ductus arterioso persistente,ventrículo único y otros) y tratamiento.Las variables cuantitativas se presentaron mediante medidas de tendencia central y de dispersión,las categóricas mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

| Cardiopatías Congénitas Estructurales registradas en el año 2023 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Menores de 28 días de vida (grupo 1) n = 97 | | | Mayores de 28 días de vida (grupo 2) n =106 | | |
| | | n | % | | n | % |
| Motivo principal de consulta | Soplo/taquipnea | 42 | 43.3 | Sospecha de CC en otra institución | 42 | 39.6 |
| | Ecocardiograma fetal patológico | 18 | 18.5 | Soplo orgánico | 29 | 27.3 |
| | Hijo de madre diabética | 4 | 4.1 | ECG patológico | 4 | 3.7 |
| Forma de presentación clínica | Asintomático | 78 | 80.4 | Asintomático | 98 | 92.4 |
| | Cianosis | 10 | 10.3 | Cianosis | 4 | 3.7 |
| | Bajo gasto cardiaco | 6 | 6.2 | Insuficiencia cardiaca | 3 | 2.8 |
| Diagnóstico | Defecto de septación | 65 | 67 | Defecto de septación | 69 | 65 |
| | Patología conotroncal | 14 | 14.4 | Patología aórtica | 16 | 15.1 |
| | Patología aórtica | 4 | 4.1 | Patología conotroncal | 3 | 2.8 |
| Tratamiento | Quirúrgico | 22 | 22.7 | Quirúrgico | 17 | 16 |
| | Médico | 13 | 13.4 | Médico | 12 | 11.3 |

Tabla 1: Comparación según grupo etario

**Resultados:** Se registraron 203 nuevos p con CC.El 51% fueron mujeres;97 neonatos menores de 28 días(grupo 1) y 106 lactantes o niños mayores(grupo 2),con una mediana de 1.48 años (RIQ 0.19-5.95) en este grupo.Tuvieron asociación con síndrome genético 34p, siendo más frecuente la trisomía21.En el grupo 1,la patología más frecuente fueron los defectos de septación (comunicación interventricular 49p y comunicación interauricular 15p) y defectos conotroncales (tetralogía de Fallot 8p).Ademas,4 síndrome de corazón izquierdo hipoplásico,3 ventrículo único,2 doble salida de ventrículo derecho,2 heterotaxia,2 anomalías del retorno venoso pulmonar y 1 enfermedad de Ebstein,entre otras.El motivo de consulta más frecuente fue soplo cardíaco,seguido de ecocardiograma fetal patológico.El 82% se encontraba asintomático al momento del diagnóstico,10 presentaban cianosis y 6 signos de bajo gasto cardíaco.Requirieron tratamiento 30p,en 17 fue quirúrgico (6 cirugías paliativas y 11 correctoras).En el grupo 2,la patología más frecuente fueron los defectos de septación (comunicación interventricular 37p y comunicación interauricular 32p) y la patología aórtica (9p válvula aórtica bicúspide,4p coartación de aorta).Además 10 ductus arterioso permeable,2 anomalías del retorno venoso pulmonar,1 heterotaxia y 1 ventrículo único,entre otros.El motivo de consulta más frecuente fue la sospecha clínica de una CC en otra institución,seguido de soplo cardiaco.El 92% se encontraba asintomático al momento del diagnóstico,4 presentaban cianosis y 3 signos de insuficiencia cardíaca.Requirieron tratamiento 45p,en 22 fue quirúrgico (20 cirugías correctoras y 2 paliativas).En el año 2023,en nuestro hospital se registraron 2287 RNV,85 presentaron CC (incidencia de 37 por 1000 RNV).

**Conclusión:** La patología más frecuente fueron los defectos de septación en ambos grupos.La forma de presentación más frecuente fue asintomática.Todos los RNV con CC seguidos desde las primeras etapas de su gestación en nuestro servicio tuvieron diagnóstico prenatal y confirmación al nacimiento.La incidencia fue mayor a la referida en la literatura,por tratarse de un hospital de tercer nivel,que pertenece al programa nacional de CC y ser centro de referencia.

## 0360 - PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EXTENSIÓN DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO ASOCIADO AL CONSUMO DE COCAÍNA. COMPARACIÓN CON SCA SIN CONSUMO

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Clínica

Maximiliano DE ABREU | Ezequiel LERECH | Adriano Marcelo STABILE | Diego KYLE | Graciela REYES | Mauro ROSSI PRAT | Raúl SOLERNO | Javier MARIANI

*Hospital de Alta Complejidad El Cruce*

**Introducción:** El consumo agudo y crónico de cocaína se asocian con el desarrollo de enfermedad aterosclerótica e infarto de miocardio. El síndrome coronario agudo (SCA) asociado a su consumo es más frecuente en jóvenes de género masculino y puede presentar características diferenciales.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue caracterizar la población y la forma de presentación del SCA asociado al consumo de cocaína agudo y crónico y compararla con pacientes con SCA no asociado

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes incorporados prospectiva y consecutivamente al registro de SCA de un hospital universitario de alta complejidad. Se utilizaron técnicas estadísticas habituales para describir y comparar grupos. El consumo crónico fue categorizado como: consumo frecuente, consumo esporádico, consumo infrecuente (2 o menos veces en su vida) o nunca consumió, y el agudo de acuerdo al consumo dentro de las 48 hs previas al inicio de los síntomas o la presencia de metabolitos positivos en orina. Se compararon las características basales, presentación clínica y anatomía coronaria entre pacientes con SCA asociado y no asociado al consumo de cocaína. Se elaboró un subestudio de casos y controles anidado, pareados por sexo y edad, con una relación 1:3 entre casos y controles, en el que se compararon las mismas características.

| Variable | Población total (n=866) | Con consumo (n=74) | Sin consumo (n=792) | P |
|---|---|---|---|---|
| Edad | 57 (RIC 50-62) | 49 (RIC 49-56) | 58 (RIC 51-53) | <0,01 |
| Sexo masculino | 88,2% | 94,6% | 87,6% | 0,08 |
| Tabaquismo | 60,7% | 81,1% | 52,3% | <0,01 |
| Diabetes | 27,3% | 13,5% | 28,6% | <0,01 |
| Hipertensión | 60,7% | 46% | 62,1% | <0,01 |
| Hipercolesterolemia | 28,6% | 21,6% | 29,2% | 0,2 |
| SCA con elevación ST | 66,4% | 74,3% | 65,6% | 0,1 |
| Coronariografía | 86% | 82,4% | 86,4% | 0,4 |
| 2 o 3 vasos significativos | 51,4% | 44,3% | 52,2% | 0,2 |
| Mortalidad | 7,2% | 4,1% | 7,5% | 0,3 |
| **Variable** | **Población anidada (n=275)** | **Casos (con consumo) (n=69)** | **Controles (sin consumo) (n=206)** | **P** |
| Edad | 48,6 (RIC 40,5-55,7) | 48,6 (RIC 40,6-55,6) | 48,9 (RIC 40,5-55,7) | 0,1 |
| Sexo | 94,2% | 94,2% | 94,2% | 0,99 |
| Tabaquismo | 82,6% | 82,6% | 82,5% | 0,99 |
| Diabetes | 16,5% | 14,5% | 17% | 0,6 |
| Hipertensión | 50,2% | 44,9% | 51,9% | 0,3 |
| Hipercolesterolemia | 22,9% | 20,3% | 23,8% | 0,5 |
| SCA con elevación ST | 76% | 79,7% | 74,8% | 0,6 |
| Coronariografía | 82,2% | 81,2% | 82,5% | 0,8 |
| 2 o 3 vasos significativos | 48,7% | 46,4% | 49,4% | 0,2 |
| Mortalidad | 3,6% | 4,4% | 3,4% | 0,7 |
| | **Pacientes grupo consumo agudo (n=55)** | **Casos (con consumo) (n=14)** | **Controles (sin consumo) (n=41)** | **P** |
| SCA con elevación ST | 81,3% | 92,9% | 78,1% | 0,1 |
| 2 o 3 vasos significativos | 43,8% | 46,2% | 42,9% | 0,8 |

**Resultados:** Se incluyeron 868 pacientes. Un total de 74 pacientes (8,5%) presentaban antecedente de consumo de cocaína. Las características basales se describen en la tabla 1. Considerando la población total del estudio, los pacientes con SCA asociado al consumo de cocaína presentaron menor edad que aquellos no asociados (mediana 48,5 vs 57 años, p<0,001), diferente prevalencia de algunos factores de riesgo (ver tabla), con mayor proporción de tabaquistas y una tendencia no significativa a menor extensión de enfermedad coronaria y a mayor presentación como SCA con elevación ST. No existieron diferencias significativas en la mortalidad hospitalaria aunque fue cercana al doble entre aquellos sin consumo de cocaína. En el subestudio de casos y controles anidado, pareado por sexo y edad no se encontraron diferencias entre ambos grupos en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, en la presentación clínica (con o sin elevación ST), en la extensión de enfermedad coronaria, como tampoco en la mortalidad hospitalaria, lo que sugiere que ambas variables pueden actuar como confundidoras, y que el SCA asociado al consumo de cocaína presenta características similares al SCA en pacientes jóvenes sin consumo. (Ver tabla) Se comparó la presentación clínica y la extensión de enfermedad coronaria entre los casos con consumo dentro de las 48 hs y sus controles, sin diferencias significativas, aunque con una tendencia a mayor presentación como SCA con elevación ST entre los casos.

**Conclusión:** Los SCA asociados al consumo agudo o crónico de cocaína presentaron características diferenciales en comparación con aquellos no asociados. Al parearlos por sexo y edad, las diferencias entre grupos se perdieron. Los pacientes con SCA asociado al consumo agudo tampoco mostraron una presentación clínica diferente a sus controles en las variables evaluadas, aunque con una tendencia a mayor presentación como SCA con elevación ST.

## 0361 - EVALUACIÓN FUNCIONAL CON PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR PREVIO Y POSTERIOR AL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA PULMONAR EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: EXPERIENCIA INICIAL.

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Maria Luján TONELLO | Diego Sebastian VANELLA | Ines ABELLA | Alejandro GOLDSMAN | Marcelo RIVAROLA | Luis Alberto TRENTACOSTE | Angela SARDELLA

*Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez*

**Introducción:** La disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho es una complicación frecuente en pacientes con cardiopatías congénitas reparadas. El implante percutáneo de válvula pulmonar (IPVP) ha demostrado beneficios hemodinámicos, aunque la evidencia sobre su impacto funcional es limitada. La prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP) permite evaluar objetivamente la capacidad funcional antes y después de la intervención.

**Objetivos:** Describir los cambios en la capacidad funcional evaluada por PECP en pacientes con disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho sometidos a IPVP.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado entre septiembre de 2019 y octubre de 2024. Se analizaron variables clínicas y funcionales en pacientes intervenidos con IPVP. La capacidad funcional fue evaluada mediante prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP), realizada con protocolo de Bruce en cinta deslizante (treadmill). Las variables cardiorrespiratorias fueron medidas utilizando el sistema de análisis metabólico Cosmed modelo Quark CPET®. Se registraron el consumo pico de oxígeno (VO2), la pendiente VE/VCO2 y la capacidad funcional (METS), antes y después del procedimiento. Para el análisis estadístico de las comparaciones pareadas se utilizó el test de Wilcoxon.

| Paciente | Sexo | Diagnóstico | Hemodinamia | Edad IPVP |
|---|---|---|---|---|
| 1 | M | Tetralogía de Fallot Corvisart | Estenosis | 13 |
| 2 | F | Doble salida ventrículo derecho tipo Fallot | Insuficiencia | 21 |
| 3 | M | Tetralogía de Fallot | Insuficiencia | 18 |
| 4 | M | Tetralogía de Fallot | Insuficiencia | 14 |
| 5 | M | Tetralogía de Fallot | Insuficiencia | 9 |
| 6 | M | Estenosis pulmonar (EP) valvuloplastiada | Insuficiencia | 16 |
| 7 | M | Tetralogía de Fallot | Insuficiencia | 15 |
| 8 | M | Tetralogía de Fallot Corvisart | Insuficiencia | 16 |
| 9 | F | Tetralogía de Fallot | Insuficiencia | 22 |
| 10 | M | Doble salida ventrículo derecho tipo Taussing Bing | Insuficiencia | 17 |
| 11 | M | Tetralogía de Fallot | Insuficiencia | 23 |
| 12 | M | Transposición completa grandes vasos + CIV + EP | Insuficiencia | 13 |
| 13 | M | Tetralogía de Fallot | Estenosis | 16 |

| Paciente | VO2 pre | VO2 post | VE/VCO2 pre | VE/VCO2 post | METS pre | METS post |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 26.2 | 27.4 | 45.6 | 39,2 | 7.5 | 7.8 |
| 2 | 20.0 | 21.2 | 30.0 | 38.2 | 5.7 | 6.0 |
| 3 | 38.9 | 29.6 | 36.8 | 30.1 | 11.1 | 7.3 |
| 4 | 40.2 | 40.9 | 35.5 | 30.3 | 11.5 | 11.7 |
| 5 | 30.8 | 30.5 | 28.0 | 26 | 8.8 | 8.7 |

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes con una edad media de 16,4 años; 84% varones. El 84% presentaba insuficiencia pulmonar severa y el 16% estenosis pulmonar (tabla 1). Ocho pacientes realizaron PECP post IPVP, y cinco contaban con mediciones previas. Todos los procedimientos fueron exitosos con mejoría hemodinámica significativa evidenciada por ecocardiograma Doppler, y corroborada por resonancia magnética cardíaca, que mostró una reducción promedio del volumen de fin de diástole del ventrículo derecho (de 142,5 ml/m2 a 100,8 ml/m2) y del volumen de fin de sístole (de 73,5 ml/m2 a 54,6 ml/m2) con fracción de eyección preservada en los pacientes evaluados por este método. En los pacientes con evaluación pareada (tabla 2) no se observaron diferencias significativas en VO2 pico (31,2 vs. 29,9 ml/kg/min; p = 0,81), VE/VCO2 slope (35,2 vs. 32,8; p = 0,62) ni en METS (8,9 vs. 8,3; p = 0,81). En el análisis combinado de los 8 pacientes post IPVP, el VO2 promedio fue 32,5 ± 6,5 ml/kg/min (65,1 ± 14,2% del predicho), VE/VCO2 slope 33,4 ± 5,0 y capacidad funcional 9,1 ± 2,0 METS. El tiempo de evaluación promedio post IPVP fue de 2 años y 4 meses. Ningún paciente realizó rehabilitación cardiovascular posterior al procedimiento.

**Conclusión:** En nuestra experiencia inicial, el IPVP no evidenció una mejoría significativa en la capacidad funcional medida por PECP en el seguimiento a mediano plazo, pero tampoco se observó un deterioro clínicamente relevante. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia internacional. Aumentar el tamaño y la homogeneidad de la muestra, así como implementar programas de rehabilitación cardiovascular, permitiría optimizar el seguimiento funcional y establecer criterios más precisos para la valoración de los pacientes tratados con IPVP.

## 0363 - RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE REPERFUSION EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN EL AÑO 2024

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Nilton Raul MÉNDEZ CHOQUE | Camila Luján ROSELLO | Stephanie MUÑOZ | Francisco MARAGLIANO | Yilmer Alejandro APOLO IZQUIERDO | Flamenco Victor DE LA ROSA VICTOR | Christian Ariel RUSCHIONI | Juan PULIDO

*Hospital Interzonal General de Agudos Luis C. de Gandulfo*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), dentro la enfermedad cardiovascular es la patología con mayor morbimortalidad a nivel global, la reperfusión adecuada del miocardio limita las secuelas y disminuye las complicaciones

**Objetivos:** Describir las características clínicas y terapéuticas del IAMCEST en un centro de salud sin hemodinamia de la Provincia de Buenos Aires en el año 2024

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, unicentrico, observacional. Se incluyeron 34 pacientes (p) en forma consecutiva con diagnóstico de IAMCEST que recibieron trombolíticos como primera estrategia de reperfusión y que posteriormente fueron derivados para angioplastia (ATC) de rescate o diferida

**Resultados:** La edad media fue de 59 años; 25 hombres (73%) 9 mujeres (27%), 64% consultaron por sus propios medios, mientras que el 36% fueron derivados de centros periféricos , territorio de infarto: anterior (44%), combinado (15%), inferior (38%),lateral (3%), en cuanto a los factores de riesgo: la hipertensión y la dislipemia rondaron el 66%, la diabetes 33 %, el 75% eran tabaquistas, un 10% tenia antecedente heredo familiar, la obesidad y el estrés rondaron el 45 % , sedentarismo 82% y el consumo de estupefacientes fue en un 12% para cocaína y 5% marihuana. En cuanto a los Antecedentes cardiovasculares un 8% tuvo un infarto previo, enfermedad vascular periférica 6%, el ACV previo 2%. Enfermedad renal crónica 2%. Killip Kimball de ingreso; KKA 28(82%), KKB 3(9%), KKC 1(3%), KKD 2 (6%); killip Kimball de evolución KKA 21(62%), KKB 6 (18%), KKC 3 (9%), KKD 4 (11%) Demora dolor consulta 326 minutos, demora traslado 126 minutos, puerta aguja 15 minutos en infartos autóctonos, 121 minutos para infartos derivados (media de 64 minutos), tiempo total de isquemia 390 minutos, tiempo medio de infusión de fibrinolíticos 40 minutos, fibrinolítico utilizado estreptoquinasa 100% de los

| | |
|---|---|
| Edad Media | 59 años |
| Genero masculino | 73% |
| HTA | 64% |
| DBT | 33% |
| DLP | 65% |
| TBQ | 75% |
| Obesidad | 45% |
| Estrés | 46% |
| IAM previo | 8% |
| ATC previa | 6% |
| ACV previo | 2% |
| EVP | 2% |
| Demora consulta dolor | 320" |
| Puerta Aguja | 64" |
| Tiempo total de isquemia | 390" |

casos, criterios de reperfusión positivos en el 80 % de los pacientes, 12 pacientes (35%) presentaron RIVA, promedio de días de realización de cinecoronariografía 4 días para angioplastia (ATC) diferida y 2 pacientes fueron derivados para ATC de rescate. En cuanto a la Cinecoronariografía se realizo ATC en 90 % de los pacientes a vaso culpable con stent DES , 3 % no recibieron ATC por lesiones crónicas o enfermedad multivaso y 7 % lesiones no significativas, 86% de los estudios fueron por acceso radial. Anatomía coronaria en la CCG: enfermedad de tres vasos 5 pacientes (15%); dos vasos 3 pacientes (9%); 1 vaso 26 pacientes(76%); enfermedad de Tronco de coronaria izquierda 2 pacientes (6%). Vaso tratado: DA 56%; CD 26%; CX 18%; un paciente (3%) presento TIS; la ATC exitosa fue descrita en el 92% de los casos, clopidogrel como segundo antiagregante en el 100 % de los casos 5 pacientes (15%) recibieron inotrópicos. La Fracción de eyección durante la internación fue: leve o normal 55%; moderada 12 % y severa 33%, la mortalidad fue del 11%. Sangrado mayor (3%). En el seguimiento el promedio de revascularización completa fue de 30 días y 4 pacientes fueron derivado a cirugía cardiovascular.

**Conclusión:** Los factores de riesgo tuvieron una alta prevalencia, por lo que es necesario reforzar la prevención cardiovascular en la población La mortalidad por IAMCEST se relacionó con la demora en el tiempo de reperfusión por ende con la peor evolución durante la internación. Los resultados exponen los puntos débiles de la red de salud, el fin es lograr mejoras y en un futuro optimizar la articulación sistemática con Hospitales de alta Complejidad con disponibilidad de Hemodinamia.

## 0367 - NATRIURESIS AL INGRESO HOSPITALARIO COMO PREDICTOR DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN INTERNACIÓN Y EN EL SEGUIMIENTO A SEIS MESES

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Cristhian Emmanuel SCATULARO[1] | Luciano BATTIONI[2] | Analia Laura GUAZZONE[1] | Hugo Omar GRANCELLI[1]

*Sanatorio de la Trinidad Palermo[1]; Sociedad Argentina de Cardiología[2]*

**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 guía terapéutica puede volver más complejo el manejo de la ICA.

**Objetivos:** Correlacionar una única medición de natriuresis al ingreso hospitalario (NaUI) con el desarrollo de RD y eventos cardiovasculares (CV) en pacientes con ICA, durante la internación y el seguimiento ambulatorio a 180 días.

**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 al ingreso y se midió la NaUI 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 NaUI se consideró baja si era <70 meq/L. La RD se definió como un punto final compuesto por el requerimiento de furosemida endovenosa >=240 mg/día, bloqueo diurético tubular (BT), solución salina hipertónica (SSH) o terapia de reemplazo renal (TRR). Se evaluó la mortalidad CV (MCV) intrahospitalaria, así como la MCV y las reinternaciones por ICA en los primeros 180 días post alta

**Tabla 1: Características basales de la población** Abreviaturas: NaUI (Natriuresis al ingreso hospitalario), NYHA (New York Heart Association), IC (Insuficiencia cardiaca), TFG (tasa de filtrado glomerular), IECA (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina), ARA II (Antagonistas de receptores de angiotensina II), ARNI (inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina), BNP (Péptido natriurético atrial), FEy (Fracción de Eyección), PSAP (presión sistólica de la arteria pulmonar)

*p<0.05

| Variable | Total (N = 100) | NaUI <70 meq/L (N = 17) | NaUI ≥70 meq/L (N = 83) |
|---|---|---|---|
| Edad (años) | 80 (RIC 73-84) | 82 (RIC 77-88) | 81 (RIC 70-85) |
| Sexo masculino | 49 (49%) | 9 (52.9%) | 40 (48.2%) |
| Hipertensión arterial | 82 (82%) | 13 (76.5%) | 69 (83.1%) |
| Diabetes mellitus | 30 (30%) | 4 (23.5%) | 26 (31.3%) |
| Fibrilación auricular | 54 (54%) | 10 (58.8%) | 44 (53.0%) |
| Enfermedad renal crónica | 20 (20%) | 5 (29.4%) | 15 (18.1%) |
| Etiología de IC | | | |
| Isquémica | 27 (27%) | 5 (29.4%) | 22 (26.5%) |
| Hipertensiva | 23 (23%) | 4 (23.5%) | 19 (22.9%) |
| Valvular | 18 (18%) | 3 (17.6%) | 15 (18.1%) |
| Clase funcional según NYHA | | | |
| I | 36 (36%) | 3 (17.6%) | 33 (40.7%) |
| II | 49 (49%) | 11 (64.7%) | 38 (46.9%) |
| III | 12 (12%) | 3 (17.6%) | 9 (11.1%) |
| IV | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1.2%) |
| Tratamiento de IC | | | |
| Betabloqueantes | 67 (67%) | 14 (82.4%) | 53 (63.9%) |
| IECA / ARA II * | 56 (56%) | 5 (29.4%) | 51 (61.4%) |
| ARNI | 5 (5%) | 1 (5.9%) | 4 (4.8%) |
| Antagonistas mineralocorticoides | 23 (23%) | 2 (11.8%) | 21 (25.3%) |
| Inhibidores de SGLT-2 | 3 (3%) | 0 (0%) | 3 (3.6%) |
| Furosemida | 60 (60%) | 9 (53%) | 51 (61%) |
| Forma de presentación de la IC | | | |
| Congestión pulmonar | 44 (44%) | 6 (35.3%) | 38 (45.8%) |
| Edema agudo de pulmón | 24 (24%) | 4 (23.5%) | 20 (24.1%) |
| IC a predominio derecho | 32 (32%) | 7 (41.2%) | 25 (38.1%) |
| - Ascitis * | 11 (11%) | 5 (31.2%) | 6 (7.6%) |
| - Edema ingurgitar * | 18 (18%) | 7 (43.8%) | 11 (13.9%) |
| NaUI (meq/L) | 98 (RIC 80-107) | 49 (RIC 44 -59) | 111 (RIC 97 -125) |
| Cloro urinario al ingreso (meq/L) * | 106 (RIC 94-136) | 47 (RIC 25-69) | 112 (RIC 97-128) |
| TFG al ingreso (ml/min) | 52 (RIC 43-69) | 49 (RIC 43-60) | 55 (RIC 44-72) |
| Natremia al ingreso | 138 (RIC 134-140) | 137 (RIC 134-139) | 139 (RIC 135-141) |
| Cloremia al ingreso | 98 (RIC 93-101) | 94 (RIC 88-97) | 99 (RIC 96-102) |
| Albuminemia < 3.5 mmol/L al ingreso | 43 (43%) | 10 (58.8%) | 33 (39.8%) |
| NT-proBNP al ingreso (pg/ml) | 4112 (RIC 4993-9672) | 4115 (RIC 3485-8760) | 4888 (RIC 2257-6549) |
| FEy del ventrículo izquierdo (%) | 54 (RIC 42-60) | 60 (RIC 50-60) | 51 (RIC 37-60) |
| Preservada (≥50% ) | 55 (55%) | 11 (64.7%) | 44 (53.0%) |
| Levemente reducida (41 - 49%) | 12 (12%) | 3 (17.6%) | 9 (10.8%) |
| Reducida (≤ 40%) | 33 (33%) | 3 (17.6%) | 30 (38.1%) |
| E/e' al ingreso | 15 (RIC 14-18) | 15 (RIC 14-18) | 15 (RIC 13-18) |
| PSAP al ingreso (mmHg) | 48 (RIC 40-58) | 60 (RIC 45-65) | 47 (RIC 38-55) |
| Congestión pulmonar al ingreso | 85 (85%) | 16 (94.1%) | 69 (83.1%) |

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes, el 49% eran hombres, y la media de edad fue 80 años (RIC 73-86). La NaUI mediana fue 138 meq/L (RIC 134-140), y se clasificó como baja en el 17% de la cohorte. Las características basales de la población se describen en la tabla 1. Se evidenció RD en el 20% de los casos, el 16% requirió furosemida >=240 mg/día, 10% BT, 1 paciente SSH y el 2% TRR. La mortalidad CV intrahospitalaria fue del 4%, mientras que en el seguimiento a los 180 días post alta la mortalidad CV fue 7% y las reinternaciones por ICA 22%. Los pacientes con NaUI <70 meq/L presentaron mayor probabilidad de desarrollar RD (0.0001), persistencia de la congestión a las 48 horas (0.001), administración de furosemida >=240 mg/día (0.001) y dosis acumulada de furosemida (0.0001) a las 72 hs de la internación, sin asociación con en descenso de peso, NT-proBNP, PAPS y E/e´. Un NaUI <70 meq/L se asoció con empeoramiento de la ICA (0.0001), requerimiento de BT (0.001), TRR (p 0.027), inotrópicos (0.005), asistencia respiratoria mecánica (0.013), una internación en UCO más prolongada (0.012) y con la MCV durante la internación (p 0.014), sin relación con el empeoramiento de la función renal o el requerimiento de SSH. En el seguimiento a 180 días post alta, los pacientes con NaUI <70 meq/L presentaron mayor tasa de reinternaciones por ICA (p 0.0001), sin asociación con la MCV (Tabla 2)

**Tabla 2: Distribución de puntos finales según Natriuresis al Ingreso hospitalario**

Abreviaturas: NaUI (Natriuresis al ingreso hospitalario), ICA (Insuficiencia cardíaca aguda), CV (cardiovascular), BNP (Péptido natriurético atrial), PSAP (Presión sistólica de la arteria pulmonar)

*Resistencia a diuréticos: punto final compuesto por el requerimiento de furosemida endovenosa ≥240 mg/día, bloqueo diurético tubular, solución salina hipertónica o terapia de reemplazo renal.

| Variable | Total (N = 100) | NaUI < 70 meq/L (N = 17) | NaUI ≥ 70 meq/L (N = 83) | p |
|---|---|---|---|---|
| Resistencia a diuréticos * | 28 (28%) | 11 (64.7%) | 9 (18.8%) | 0.0001 |
| En primeras 72 hs de la internación | | | | |
| Persistencia de congestión | 52 (52%) | 12 (70%) | 40 (48%) | 0.001 |
| Furosemida ≥240 mg/día | 16 (16%) | 8 (47.1%) | 8 (9.6%) | 0.001 |
| Dosis total de furosemida (mg) | 180 (RIC 140-220) | 220 (RIC 200-460) | 140 (RIC 140-180) | 0.0001 |
| Descenso de peso (Kg) | -3.5 (RIC -5 a -2) | -3 (RIC -5 a -2) | -3.5 (RIC -5 a -2) | NS |
| Descenso de NT-proBNP (%) | -45 (RIC -60 a -25) | -58 (RIC -67.5 a -6.5) | -46 (RIC -71 a -38) | NS |
| Descenso de PSAP (%) | -13 (RIC -20 a -8) | -13 (RIC -18.5 a -9) | -14 (RIC -21 a -8) | NS |
| Descenso de E/e´ (%) | -15 (RIC -21 a -8) | -14 (RIC -28 a -7) | -14 (RIC -21 a -10) | NS |
| Durante toda la internación | | | | |
| Bloqueo diurético tubular | 10 (10%) | 6 (35.3%) | 4 (4.8%) | 0.001 |
| Suero salino Hipertónico | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1.2%) | NS |
| Terapia de reemplazo renal | 2 (2%) | 2 (11.8%) | 0 (0%) | 0.027 |
| Empeoramiento de ICA | 14 (14%) | 8 (47.1%) | 6 (7.2%) | 0.0001 |
| Empeoramiento de función renal | 28 (28%) | 8 (47.1%) | 20 (24.1%) | NS |
| Uso de Inotrópicos | 6 (6%) | 4 (23.5%) | 2 (2.4%) | 0.005 |
| Asistencia respiratoria mecánica | 4 (4%) | 3 (17.6%) | 1 (1.2%) | 0.013 |
| Días en Unidad coronaria | 5 (RIC 4-7) | 9 (5-11) | 5 (4-7) | 0.012 |
| MCV intrahospitalaria | 4 (4%) | 3 (17.6%) | 1 (1.2%) | 0.014 |
| En el seguimiento ambulatorio a 180 días post alta | | | | |
| MCV | 7 (7%) | 3 (21.4%) | 4 (5.1%) | NS |
| Reinternaciones por ICA | 22 (22%) | 11 (78.6%) | 11 (13.4%) | 0.0001 |

**Conclusión:** En pacientes hospitalizados por ICA, una NaUI baja al ingreso se asoció con RD, persistencia de la congestión, necesidad de estrategias de descongestión más agresivas y peor evolución clínica intrahospitalaria y en el seguimiento ambulatorio a 6 meses. El NaUI es un parámetro útil para detectar pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento diurético intensivo precoz, siendo más sencillo de aplicar que la medición seriada de natriuresis

## 0369 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA.

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Pedro TOUZAS | Pilar DOMENECH | Bianca AMBROSETTI | Mauro RODRIGUEZ GOREN | Mariano Luis FALCONI | Emiliano ROSSI | Vadim KOTOWICZ | Rodolfo PIZARRO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** En las últimas décadas, los avances en el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia aórtica (IAo) severa, han permitido reducir significativamente la morbimortalidad asociada al reemplazo valvular.

**Objetivos:** Describir las características clínicas basales y analizar la incidencia de eventos clínicos mayores durante el primer año de seguimiento en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo valvular aórtico (RVA) por IAo severa.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de IAo severa sometidos a RVA en un hospital de alta complejidad entre los años 2012 y 2022. Se incluyeron pacientes con IAo severa diagnosticada por ecocardiograma transtorácico (ETT) según lo establecido por las guías internacionales. Se excluyeron pacientes con cirugía cardíaca previa, IAo severa aguda (por endocarditis infecciosa o disección aórtica), o valvulopatías concomitantes de grado severo. Se recolectaron variables clínicas, de laboratorio y ecocardiográficas previas a la cirugía, así como datos del procedimiento quirúrgico, de la historia clínica electrónica. Se realizó una censura administrativa al año de la cirugía. Los eventos estudiados en este tiempo fueron mortalidad por cualquier causa, reoperación cardíaca, internación por insuficiencia cardíaca, incidencia de fibrilación auricular (FA), incidencia de accidente cerebrovascular (ACV), incidencia de mediastinitis u otras infección que requiriera antibióticos (expresadas como eventos por cada 100 pacientes-año).

**Resultados:** Un total de 67 pacientes fueron sometidos a RVA por IAo severa, con una mediana de seguimiento de 12 meses. La media de edad fue de 66 años (±17), el 72% eran hombres, el 73% eran hipertensos, y el 64% se encontraba en clase funcional NYHA >= II. Con respecto a los datos ecocardiográficos, el 24% de los pacientes tenía válvula aórtica bicúspide, el 54% presentaba FEVI reducida (<55%) y el diámetro telesistólico medio del VI (DFSVI) fue de 39 mm (±10). La mediana del riesgo quirúrgico estimado por el score STS (Society of Thoracic Surgeons) fue de 1,74% (RIC 0.79-2.5). Por otro lado, la proporción de pacientes según indicación quirúrgica en base a la guía de la ESC 2021 fue de 69% para indicación IB, 19% para IC y 12% para IIB C. Con respecto a la cirugía, el 82% se realizó un RVAo (el resto también agregó otra cirugía valvular y/o aorta torácica) y el 27% de los pacientes se realizó cirugía de revascularización miocárdica concomitante. La tasa de mortalidad por cualquier causa fue de 4,8 eventos por cada 100 pacientes-año (IC95%: 1,5–14,8), la de reoperación cardíaca de 12,2 (IC95%: 5,8–25,6), y la de internaciones por insuficiencia cardíaca de 9,9 (IC95%: 4,4–22,0). La incidencia de fibrilación auricular fue de 76,1 eventos por cada 100 pacientes-año (IC95%: 53,5–108,2), y la de infecciones severas que requirieron antibióticos endovenosos fue de 26,2 (IC95%: 16,3–42,1). La incidencia de ACV y mediastinitis fue 1,6 eventos cada una por 100 pacientes-año (IC95%: 0,22-11,32 y 0,23-11,47, respectivamente).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con IAo severa que se sometieron a RVA predominó el sexo masculino, un cuarto de los pacientes presentaban válvula aórtica bicúspide y más de la mitad tenían FEVI reducida y estaban sintomáticos para disnea. El riesgo quirúrgico fue bajo y la tasa de eventos al año de seguimiento fueron bajas.

| | IAo severa quirúrgica (n=67) |
|---|---|
| Años al diagnóstico, media (DE) | 66 (±17) |
| Masculino, % (n) | 72 (48) |
| BMI, kg/m2 (DE) | 26.9 (±4.4) |
| Hábito tabáquico, % (n) | 49 (33) |
| Hipertensión, % (n) | 73 (49) |
| Diabetes, % (n) | 4 (3) |
| ClCr < 60, % (n) | 24 (16) |
| Angioplastia coronaria previa, % (n) | 9 (6) |
| Clase funcional NYHA ≥ II, % (n) | 54 (43) |
| Fibrilación auricular previa, % (n) | 12 (8) |
| **Laboratorio prequirúrgico** | |
| Creatinina sérica, mg/dl (DE) | 1.05 (±0.4) |
| Hematocrito, % (DE) | 39.5 (±4.93) |
| **Ecocardiograma prequirúrgico** | |
| Aorta bicúspide, % (n) | 24 (16) |
| DFDVI, mm (DE) | 58.5 (±7.9) |
| DFSVI, mm (DE) | 39.4 (±10.2) |
| FEVI, % (DE) | 52.6 (±10.8) |
| FEVI <55, % (n) | 54 (36) |
| Diámetro de raíz aórtica, mm (DE) | 39.3 (±9.6) |
| Diámetro de aorta ascendente, mm (DE) | 39 (±7.9) |
| Flujo reverso en aorta abdominal, % (n) | 51 (26) |
| Estenosis aórtica significativa no severa, % (n) | 7 (5) |
| Estenosis mitral significativa no severa, % (n) | 0 (0) |
| Insuficiencia mitral significativa no severa, % (n) | 4 (3) |
| Insuficiencia tricuspídea significativa no severa, % (n) | 3 (2) |
| **Riesgo quirúrgico y nivel de indicación** | |
| Score STS, [RIC] | 1.74 [0.79-2.5] |
| Indicación ESC 2021 IB, % (n) | 69 (46) |
| Indicación ESC 2021 IC, % (n) | 19 (13) |
| Indicación ESC 2021 IIB C, % (n) | 12 (8) |
| **Cirugía de reemplazo valvular aórtico** | |
| Cirugía de RVM o del arco aórtico concomitante, % (n) | 18 (12) |
| RVA con válvula biológica, % (n) | 75 (50) |
| CRM concomitante, % (n) | 27 (18) |
| Tiempo quirúrgico, [RIC] | 240 [199-300] |
| Tiempo de CEC, [RIC] | 114 [100-158] |

## 0370 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA MUJER EN ARGENTINA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS ENCUESTAS SAC

Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

Lucía Raquel KAZELIAN[1] | Monica Alejandra BASARA[1] | Mariana CARNEVALINI[1] | Juliana Nazareth MARÍN[1] | Mauro Andres QUIROGA[2] | Stella Maris MACIN[2] | Adrian CHARASK[3] | Juan Alberto GAGLIARDI[3]

*Áreas SAC: Área de Corazón y Mujer[1]; FAC - Federación Argentina de Cardiología[2]; Áreas SAC: Área de Investigación[3]*

**Introducción:** En las últimas décadas se han observado grandes progresos en prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, que constituye la principal causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, tanto los registros internacionales como nacionales, muestran diferencias en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las mujeres con IAM (infarto agudo de miocardio) que conllevan mayor mortalidad para las mismas.

**Objetivos:** Comparar características clínicas y pronóstico hospitalario en mujeres con IAM en los últimos 20 años en la Argentina.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico en la República Argentina de pacientes (p) con diagnóstico de IAMCEST (IAM con elevación del ST). Los datos se obtuvieron del registro de IAM de SAC del 2005 y del ARGEN IAM los datos del año 2015 y 2024. Se que conformaron 3 grupos: 2005: 515p, 2015:1739p y 2024: 376p.

**Resultados:** Se analizaron 2630 p. El porcentaje de mujeres (M) en cada grupo fue 24,5%, 22,7% y 20,7% (p tend =0,18) La edad mediana fue disminuyendo a lo largo de los años (71,3 vs 66,3 vs 65,6)(p=0,05) En cuanto a los factores de riesgo encontramos que la hipertensión arterial era la más prevalente con disminución a la largo de los años (79,8% vs 69,9% vs 62,8% (p tend =0,006) La diabetes mellitus mostró un fuerte tendencia al aumento: 21,8% vs 36,7% vs 30,8% p tend 0,063) El tabaquismo también se incrementó significativamente: 29,8% a 48,7% (p tend =0,007) La enfermedad coronaria previa

mostró una disminución de 27,4% a 10,4% y 8,9% respectivamente (p tend <0,001) probablemente relacionada con los cambios de la edad de presentación del IAM. La demora a la consulta mejoró los tiempos de 320 vs 180 vs 190 minutos (p<0,001) Hubo un aumento de la localización del infarto anterior 37,7 vs 51,9 vs 57,7 (p tend<0,001) Se observó un aumento significativo de la reperfusión en mujeres; 44,4% vs 80% vs 94,9% (p tend <0,001) . La realización de angioplastia primaria fue 24,2% vs 79,1% vs 81,1% (p tend <0,001) La clasificación de Killip y Kimball (KK) mostró una disminución no significativa a lo largo de los años de KK I 75,6%; 72,1% y 65,4% a expensas de un aumento significativo del KK IV 5%, 3,5% y 20,5% (p tend<0,001) La mortalidad intrahospitalaria fue 15,3%, 10,9% y 6,4% (p tend=0,047) y comparada con los hombres (H) 2005: H 12.1% y M 15.3% p=0.34; 2015: H 7.9% y M 10.9% p=0.06; 2024: H 7.4% y M 6.4% p=0.7

**Conclusión:** Las características clínicas de las mujeres admitidas por IAM a lo largo de 20 años presentaron cambios siendo más jóvenes, menos hipertensas pero más diabéticas y tabaquistas, con menor antecedentes de enfermedad coronaria. Hubo una gran reducción en los tiempos a la consulta, un aumento de la frecuencia de infarto anterior. La indicación de reperfusión y de angioplastia primaria fue creciendo significativamente alcanzando valores similares a los hombres. Esto se traduce en una disminución significativa de la mortalidad intrahospitalaria de las mujeres con IAM a pesar de un incremento en la prevalencia de insuficiencia cardiaca durante la internación.

## 0372 - PREDICTORES CLÍNICOS DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTENSIVA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Hipertensión Arterial / Cardiología Clínica

Diego Martin ARLUNA | Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Daniel MARTIN | Santiago SIMONE | Joaquin PEREA | Alvaro SOSA LIPRANDI | Ricardo Alfredo VILLARREAL

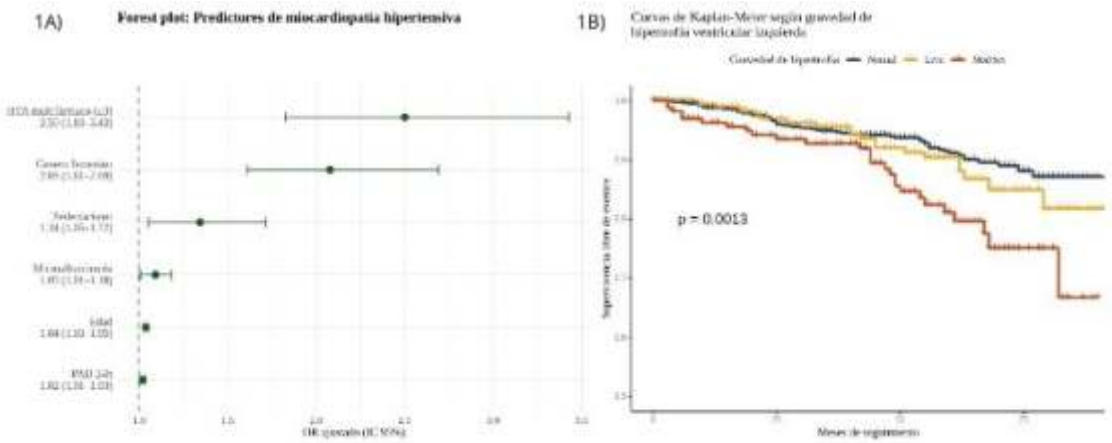
*Sanatorio Güemes*

Introducción: La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es la principal manifestación y refleja daño de órgano blanco secundario a hipertensión arterial crónica. Su presencia se asocia a mayor riesgo de insuficiencia cardíaca, arritmias y mortalidad.

Objetivos: Identificar variables clínicas, hemodinámicas y bioquímicas asociadas al desarrollo de Miocardiopatía Hipertensiva (MCHTA), y evaluar su impacto pronóstico a largo plazo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 1.424 pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. La hipertrofia ventricular izquierda fue evaluada mediante ecocardiograma transtorácico, utilizando la masa ventricular izquierda indexada por superficie corporal, y se definió la presencia de miocardiopatía hipertensiva a partir de puntos de corte específicos según sexo (>115 g/m² en varones y >95 g/m² en mujeres). La gravedad de la HVI se clasificó en leve, moderada y severa. Se compararon características clínicas, bioquímicas y de monitoreo ambulatorio de presión arterial entre pacientes con y sin miocardiopatía hipertensiva, utilizando pruebas estadísticas apropiadas. Posteriormente, se aplicaron algoritmos de machine learning supervisado —Boruta, LASSO y Stepwise AIC, con validación bootstrap— para identificar predictores robustos de HVI. Los predictores seleccionados se incorporaron en modelos de regresión logística multivariada para estimar asociaciones ajustadas. Adicionalmente, se evaluó la relación entre la masa ventricular izquierda (como variable continua) y la ocurrencia de eventos cardiovasculares (MACE e internación por insuficiencia cardíaca) mediante modelos de regresión de Coxajustados. La sobrevida libre de eventos fue analizada mediante curvas de Kaplan-Meier, estratificadas según la gravedad de la HVI. Todos los análisis fueron realizados en RStudio (v4.4), considerando un valor de p < 0.05 como estadísticamente significativo.

| Variable | No | Si | p |
|---|---|---|---|
| n | 974 | 450 | |
| SEXO = Mujer (%) | 477 (49.0) | 288 (64.0) | <0.001 |
| EDAD (mean (SD)) | 58.67 (13.83) | 65.14 (12.71) | <0.001 |
| IMC (mean (SD)) | 29.66 (6.14) | 29.31 (5.77) | 0.307 |
| DBT = Si (%) | 173 (17.8) | 88 (19.6) | 0.459 |
| DLP = Si (%) | 327 (33.6) | 161 (35.8) | 0.450 |
| ANT_IC = Si (%) | 5 (0.5) | 16 (3.6) | <0.001 |
| SAHOS = Si (%) | 52 (5.3) | 23 (5.1) | 0.959 |
| Prom_PAS_dia (mean (SD)) | 139.21 (15.46) | 140.47 (17.27) | 0.167 |
| Prom_PAS_24_hrs (mean (SD)) | 134.38 (15.66) | 136.63 (16.83) | 0.014 |
| Prom_PAS_noche (mean (SD)) | 125.29 (18.20) | 129.34 (19.34) | <0.001 |
| PP_24_hrs (mean (SD)) | 57.40 (12.28) | 60.64 (13.09) | <0.001 |
| PP_dia (mean (SD)) | 58.02 (12.28) | 61.40 (13.13) | <0.001 |
| PP_noche (mean (SD)) | 55.77 (13.17) | 60.07 (13.28) | <0.001 |
| FEY (mean (SD)) | 66.90 (5.83) | 65.64 (8.52) | 0.001 |
| AI_area (mean (SD)) | 23.73 (9.15) | 24.72 (8.18) | 0.048 |
| SIV (mean (SD)) | 10.72 (1.40) | 12.43 (1.74) | <0.001 |
| Prom_PAD_dia (mean (SD)) | 81.22 (11.14) | 79.44 (12.45) | 0.007 |
| Prom_PAD_noche (mean (SD)) | 69.56 (10.96) | 69.36 (11.65) | 0.757 |
| ColesterolTotal (mean (SD)) | 179.46 (40.32) | 179.57 (41.19) | 0.960 |
| LDL (mean (SD)) | 104.33 (34.03) | 104.39 (41.12) | 0.974 |
| Trigliceridos (mean (SD)) | 133.50 (81.90) | 129.61 (64.98) | 0.376 |
| HDL (mean (SD)) | 49.77 (18.52) | 50.28 (14.39) | 0.606 |
| Microalb_valor (mean (SD)) | 79.04 (384.52) | 112.10 (500.21) | 0.172 |
| ClCr_final (mean (SD)) | 112.63 (48.88) | 96.70 (43.78) | <0.001 |
| Microalb_log (mean (SD)) | 2.37 (1.47) | 2.55 (1.59) | 0.033 |
| col_no_hdl (mean (SD)) | 129.55 (41.83) | 130.05 (42.85) | 0.838 |
| ESTAT = Si (%) | 296 (30.4) | 162 (36.0) | 0.041 |
| Disfuncion_diastolica = Si (%) | 370 (38.0) | 223 (49.6) | <0.001 |
| ClCr_bajo <60 = Si (%) | 93 (9.5) | 71 (15.8) | 0.001 |
| Microalb >20 = Si (%) | 263 (27.0) | 142 (31.6) | 0.088 |
| MACE-ICC = Si (%) | 60 (7.5) | 48 (12.5) | 0.0006 |
| Tratamiento = Si (%) | 776 (80.2) | 387 (86.6) | 0.005 |
| HTA_multifarmaco_2 = Si (%) | 383 (39.3) | 263 (58.4) | <0.001 |
| HTA_multifarmaco_3 = Si (%) | 113 (11.6) | 113 (25.1) | <0.001 |
| PAS_noche_cat (%) | | | 0.001 |
| >150 mmHg | 76 (7.8) | 54 (12.0) | |
| <120 mmHg | 422 (43.3) | 152 (33.8) | |
| 120-150 mmHg | 476 (48.9) | 244 (54.2) | |




**Resultados:** La prevalencia de miocardiopatía HTA fue del 32%. En el análisis multivariado, se identificaron como predictores independientes: género femenino (OR: 2.08; IC 95%: 1.61–2.69; p<0.001), tratamiento antihipertensivo con 3 fármacos (OR: 2.50; IC 95%: 1.83–3.43; p<0.001), edad (OR : 1.04; IC95%: 1.03–1.05; p<0.001), presión arterial diastólica de 24 h (OR: 1.02; IC 95%: 1.01–1.03; p<0.01), diabetes tipo 2 (OR: 1.34; IC 95%: 1.05–1.72; p=0.017) y microalbuminuria (OR: 1.09; IC 95%: 1.01–1.18; p=0.032) (ver Figura 1A). Las características basales de la cohortes segun presencia de miocardiopatia hipertensiva se presentan en la (ver Tabla 1). En el análisis de Kaplan-Meier, los pacientes con hipertrofia moderada/severa presentaron una reducción significativa de la sobrevida libre de eventos cardiovasculares mayores en comparación con aquellos de grado leve o normal (p=0.0013) (ver Figura 1B).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes hipertensos, encontramos una elevada prevalencia de MCHTA. Distintos factores clínicos se asociaron de forma significativa con la presencia de la misma. A su vez, se comportó como un predictor independiente de desenlaces cardiovasculares en el seguimiento.

## 0377 - HIPERTENSIÓN DIASTÓLICA: UN RIESGO SUBESTIMADO

Hipertensión Arterial / Cardiología Clínica

Daniel MARTIN | Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Diego Martin ARLUNA | Santiago SIMONE | Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Alvaro SOSA LIPRANDI | Joaquin PEREA

*Sanatorio Güemes*

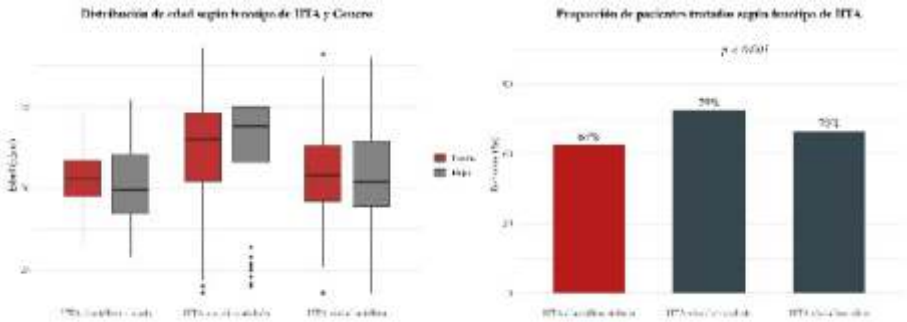
**Introducción:** La hipertensión arterial diastólica se ha considerado un subtipo menos prevalente de hipertensión. En la actualidad, estudios han demostrado que la misma puede ser un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares.

**Objetivos:** Identificar y comparar fenotipos de pacientes con hipertensión arterial, tanto hipertensión sistólica aislada, diastólica aislada y sistodiastólica

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis sobre una cohorte de pacientes con hipertensión arterial evaluados mediante presurometría ambulatoria de 24 horas. El objetivo fue caracterizar perfiles clínicos según distintos patrones de presión arterial elevada. A partir de los valores promedio de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en 24 horas, se definieron tres grupos mutuamente excluyentes: hipertensión sistodiastólica (HTA SD: PAS >130 mmHg y PAD >80 mmHg), hipertensión sistólica aislada (HTA SA: PAS >130 mmHg y PAD 80 mmHg) e hipertensión diastólica aislada (HTA DA: PAS <130 mmHg y PAD >80 mmHg). Se describió la distribución de estos fenotipos

| Variable | Hipertensión diastólica aislada (n=[illegible]) | Hipertensión sistólica aislada (n=[illegible]) | Hipertensión sisto-diastólica (n=[illegible]) | p |
|---|---|---|---|---|
| Mujeres | 42 (40%) | 388 (61.4%) | 147 (46.3%) | <0.001 |
| Edad (media (DE)) | 52.29 (10.99) | 63.67 (15.44) | 53.67 (13.07) | <0.001 |
| IMC (media (DE)) | 27.65 (4.21) | 29.77 (5.89) | 31.30 (5.85) | <0.001 |
| TA sistólica diurna (media (DE)) | 126.90 (5.98) | 145.15 (9.90) | 152.49 (13.24) | <0.001 |
| TA sistólica nocturna (media (DE)) | 117.37 (9.25) | 132.02 (13.88) | 140.13 (16.72) | <0.001 |
| TA sistólica en consultorio (media (DE)) | 133.22 (16.79) | 148.30 (17.04) | 141.36 (17.86) | <0.001 |
| Área auricular izquierda (media (DE)) | 24.77 (9.19) | 24.45 (6.74) | 23.79 (8.71) | 0.898 |
| Septum interventricular (media (DE)) | 10.78 (1.82) | 11.31 (1.79) | 11.44 (1.85) | 0.001 |
| TA 24hs (media (DE)) | 42.21 (7.70) | 57.67 (9.97) | 59.81 (12.22) | <0.001 |
| TA diurna (media (DE)) | 43.68 (8.14) | 60.42 (10.56) | 59.81 (11.58) | <0.001 |
| TA nocturna (media (DE)) | 42.09 (8.89) | 65.34 (12.27) | 59.37 (12.57) | <0.001 |
| Colesterol total (media (DE)) | 181.53 (38.11) | 176.40 (38.98) | 184.44 (45.29) | 0.008 |
| Colesterol LDL (media (DE)) | 104.60 (29.84) | 102.74 (40.35) | 106.85 (33.82) | 0.029 |
| Triglicéridos (media (DE)) | 143.27 (113.03) | 128.26 (73.02) | 141.30 (77.87) | 0.021 |
| Colesterol HDL (media (DE)) | 49.24 (14.50) | 50.16 (14.10) | 47.26 (13.17) | 0.002 |
| Clearance Cr (media (DE)) | 112.46 (28.36) | 104.43 (49.03) | 127.10 (38.38) | <0.001 |
| Microalbuminuria (media (DE)) | 2.44 (1.38) | 2.49 (1.61) | 2.42 (1.42) | 0.759 |
| Colesterol no HDL (media (DE)) | 133.46 (43.04) | 126.26 (41.82) | 139.19 (42.31) | 0.001 |
| Diabetes | 10 (9.5%) | 101 (21.5%) | 109 (19.2%) | 0.018 |
| Dislipemia | 23 (21.9%) | 153 (32.6%) | 143 (25.2%) | 0.018 |
| Uso de estatinas | 26 (24.8%) | 153 (32%) | 110 (19.4%) | <0.001 |
| Disfunción diastólica | 32 (30.5%) | 179 (38.2%) | 169 (29.8%) | 0.014* |
| Hipertrofia de VI (indexada a superficie corporal) | 32 (30.5%) | 215 (45.8%) | 267 (47%) | 0.007 |
| SAHOS | 5 (4.8%) | 19 (4.2%) | 35 (6.2%) | 0.305 |
| Clearance de Creatinina <60ml/min | 6 (5.7%) | 67 (14.3%) | 41 (7.2%) | <0.001 |
| Microalbuminuria >30mg/g | 27 (25.7%) | 149 (31.8%) | 164 (28.9%) | 0.379 |
| IRCE | 8 (7.6%) | 40 (8.5%) | 52 (9.2%) | 0.655 |
| Reciben tratamiento | 88 (84.6%) | 367 (78.8%) | 391 (68.7%) | 0.001 |

según deciles de edad y se compararon características clínicas entre grupos mediante pruebas de chi-cuadrado para variables categóricas y ANOVA o pruebas no paramétricas para variables continuas, según su distribución. El análisis se realizó utilizando RStudio.



**Resultados:** De la cohorte analizada con un n=1142 pacientes, el 9% (n=105) pertenecían al grupo de hipertensión diastólica aislada, 41% (n= 469) al grupo de hipertensión sistólica aislada y el 50% (n=568) al grupo de hipertensión sistodiastólica. Los pacientes con hipertensión diastólica aislada fueron significativamente más jóvenes (52.3 ± 10.9 años, p<0.001) y con menor proporción de mujeres (40%, p<0.001) en comparación con los otros grupos. También presentaron menor índice de masa corporal. La prevalencia de comorbilidades fue menor en el grupo hipertensión diastólica aislada: diabetes (9.5%), dislipemia (21.9%) y síndrome de apnea-hipopnea del sueño (5.4%), todas con diferencias significativas (p<0.001). También presentaron menor afectación de órganos blanco, con menor prevalencia de disfunción diastólica (30.5%), hipertrofia ventricular izquierda a traves de masa ventricular izquierda indexada a superficie corporal (30.5%), con diferencias estadísticamente significativas (p<0.001). En el perfil lipídico, los niveles de triglicéridos fueron menores en el grupo hipertensión diastólica aislada (143.3 ± 113.5 mg/dL, p=0.005), mientras que el colesterol total y fracciones mostraron diferencias menos marcadas. El uso de estatinas fue menor en este grupo (24.8%, p<0.001) y solo el 62.9% recibía tratamiento antihipertensivo (p<0.001).

**Conclusión:** Los diferentes fenotipos de hipertensión arterial mostraron perfiles clínicos y de daño de órgano blanco claramente diferenciados. La hipertensión sistólica aislada se asoció a mayor edad, mientras que la forma sistodiastólica presentó mayor presión arterial e índice de masa corporal. La hipertensión diastólica aislada, aunque vinculada a pacientes más jóvenes y con menor carga de comorbilidades, evidenció presencia de daño de órgano blanco, lo que resalta la necesidad de no subestimar y abordarla precozmente. Caracterizar adecuadamente el tipo de hipertensión puede mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular y guiar intervenciones más específicas y precoces.

## 0378 - ABLACIÓN DE ALETEOS ATÍPICOS: CARACTERIZACIÓN Y EFICACIA

Arritmias y Electrofisiología / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Mariel ALVAREZ CORREA | Guillermo CARNERO | Mauricio MYSUTA | Maria Eugenia SANTILLÁN | Yolanda ROCHE | Martina WANHSCHAFFE | Néstor GALIZIO | José Luis GONZÁLEZ

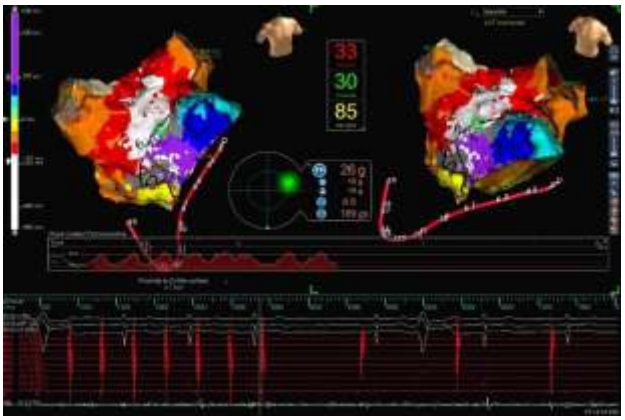
*Fundación Favaloro*

**Introducción:** El aleteo auricular atípico (AAA) es una taquicardia auricular macrorreentrante no dependiente del istmo cavotricuspídeo. Debido a las continuas innovaciones tecnológicas, como el mapeo con catéteres de alta densidad de puntos y la utilización del eco intracardiaco, la ablación con catéter se ha convertido en la mejor opción para tratar los AAA. Los datos relacionados con las características electrofisiológicas, la tasa de éxito y recurrencia son limitados.

**Objetivos:** Caracterizar los aleteos auriculares atípicos (AAA), así como describir la eficacia y recurrencia en la ablación con mapeo electroanatómico de alta densidad de puntos y eco intracardiaco.

**Materiales y Métodos:** Entre enero 2022 y diciembre 2024 se incluyeron 60 pacientes sometidos ablación por radiofrecuencia de AAA. Edad promedio: 61± 13 años, 60% de los pacientes eran hombres, con un diámetro de la AI promedio de 45± 9 mm, el 30% presentaba deterioro de la fracción de eyección. Se describió el origen del sustrato

| TABLA 1. Características Basales | N 60 (%) |
|---|---|
| Edad (años) | 61± 13 |
| Género | Masculino: 42 (70%) |
| HTA | 34 (57%) |
| Diabetes | 9 (15%) |
| CHASDVASc | 3 ±1 |
| FEVI % | 51 ±14 |
| AI mm | 45 ± 9 |




arrítmico en 4 grupos: post ablación de FA, post cirugía cardiaca, congénito o primario. Se realizó mapa de activación y voltaje con catéteres de alta densidad de puntos (HDGrid o Pentaray) para definir el circuito del aleteo y clasificarlos en: izquierdos (peripulmonar, perimitral, techo, anterior y posterior) o derechos (Insicional, Upper Loop, Lower Loop y de la pared libre). Después de la caracterización del AAA, se realizaron líneas con radiofrecuencia en el istmo crítico (IPP menor 30 ms) de la taquicardia hasta la terminación de la arritmia. En todos los pacientes se realizó comprobación del bloqueo y estimulación auricular posterior para confirmar la no inducibilidad. El éxito del procedimiento se definió como la terminación del aleteo y no inducción del mismo. Se consideró un periodo de blanking de 3 meses. El seguimiento se realizó con visitas médicas con electrocardiograma y holter de 48 horas a los meses: 1, 3, 6, 12, 18 y 24.

**Resultados:** Las características basales se describen en la tabla 1. De los 60 pacientes con AAA, 38% eran post FA (n 23), post cirugía cardiaca 27 % (n 16), primarios 27% (n 16) y congénitos 8 % (n 5). El procedimiento fue exitoso en el 81% de los pacientes (n 49). El circuito del aleteo fue izquierdo en 34 pts (57%), derecho en 23 pts (38%), biatrial en 1 pt (1.6%) e indeterminado en 2 pts (3.4%) por imposibilidad de acceder a cavidades izquierdas por el amplatzer. Los circuitos detallados por cavidad se describen en la tabla 2. La recurrencia durante el periodo de blanking fue de 5%. Con un seguimiento de 12±10 meses 70% de los pacientes se encontraba libre de arritmia. Ningún paciente tuvo complicaciones mayores.

**Conclusión:** En la era del mapeo de alta densidad y eco intracardiaco la mayoría de los AAA son post ablación de FA, con circuitos izquierdos. El éxito agudo del procedimiento se alcanzó en la mayoría de los pacientes, con una aceptable tasa libre de arritmia en el seguimiento.

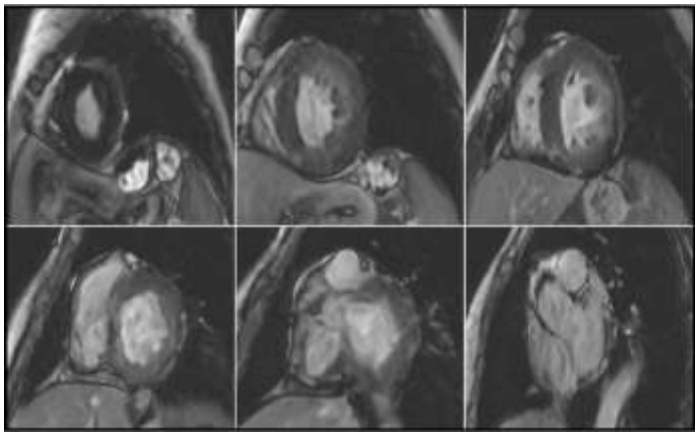
## 0381 - FIBROELASTOSIS ENDOMIOCÁRDICA, EL DIAGNÓSTICO MENOS ESPERADO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

Leonel MANTELLO SIRVENT | Guillermina SORASIO | Daniel Gaston CORNEJO | Pablo Luis COPPOLECCHIA | Diego Junior MELGAREJO | Florencia Danila DIAZ | Karem PARDO SOTO | Enrique DOMINE

*Hospital Rivadavia*

**Introducción:** La fibroelastosis endomiocárdica (FEM) es una entidad de suma infrecuencia en la población adulta, habituamente diagnosticada en la primera infancia, debido a su alta morbimortalidad. Se manifiesta con insuficiencia cardíaca, siendo un diagnóstico de exclusión. Se decribe como una miocardiopatía con dilatación e hipertrofia ventricular debido a proliferación del tejido fibroelástico.



**Objetivos:** Dar a conocer nuestra experiencia en un caso de muy baja prevalencia.

**Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 62 años de edad oriunda de Paraguay, sin antecedentes cardiovasculares propios, ni familiares conocidos a la fecha, ingresa a nuestro nosocomio por cuadro de insuficiencia cardíaca (IC) de novo; en edema agudo de pulmón hipertensivo, por lo cual recibe tratamiento respondiendo adecuadamente. Se realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció ventrículo izquierdo (VI) dilatado con hipertrofia concéntrica, fracción de eyección 33% y ventrículo derecho hipertrabeculizado, hipoquinesia global y aumento de las presiones de llenado. En plan de filiación de IC, se realiza cinecoronariografía sin lesiones angiográficamente significativas y resonancia magnética cardíaca constratada donde se observa captación de gadolinio en forma de parches en región septal y a nivel subedocárdico (patrón vinculado a fibroelastosis endomiocárdica) Paciente recibe tratamiento médico óptimo y a pesar de ello, se evidencia por monitoreo

episodios de arritmia ventricular frecuente. Por tal motivo y debido a la prevalencia de muerte súbita en dicha patología se decidió la colocación de un cardiodesfibrilador implantable (CDI). Paciente continúa con buena evolución y se decide su externación.

**Conclusión:** La IC aguda es un escenario que se presenta diariamente en cualquier servicio de emergencias. La FEM como diagnóstico de exclusión es un hallazgo de escasa prevalencia. Debido a su rareza, aprovechamos esta oportunidad para brindar conocimiento de la misma y tenerla en cuenta al momento en que las causas más frecuentes hayan sido descartadas.

## 0386 - VALIDACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DEL MODELO DE RIESGO ADHERE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.

Investigación Básica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Felix Agustin VEGA | Joaquin PEREA | María Inés SOSA LIPRANDI | Victoria RIZZO CISMONDO | Miguel LARRECHEA | Jorge Hernan AGUIRRE DE LA CAMARA | David CASTAÑEDA | Cristian Javier SILVA ESPINOZA

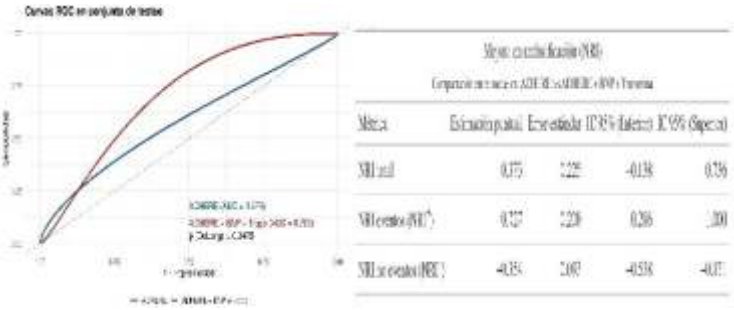
*Sanatorio Güemes*

**Introducción:** La estimación del riesgo de mortalidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) ayuda a los médicos a orientar el tratamiento. Los modelos de estratificación del riesgo durante la hospitalización por ICD aguda no están bien establecidos.

**Objetivos:** Validar el score de riesgo ADHERE para predecir mortalidad intrahospitalaria y evaluar si la incorporación de biomarcadores adicionales mejora su capacidad predictiva.

| Variable | | Muerte intrahospitalaria = NO | Muerte intrahospitalaria = SI | p |
|---|---|---|---|---|
| n | 300 | 250 | 50 | |
| Edad | 71.69 (13.82) | 70.91 (13.91) | 75.38 (12.98) | 0.037 |
| HTA | 232 (77.3) | 189 (75.9) | 42 (84.0) | 0.288 |
| Diabetes mellitus | 90 (30.0) | 74 (29.7) | 15 (30.0) | 1.000 |
| Insuficiencia cardiaca previa | 107 (35.7) | 89 (35.7) | 18 (36.0) | 1.000 |
| FA previa | 90 (30.0) | 78 (31.3) | 12 (24.0) | 0.389 |
| ERC | 53 (17.7) | 44 (17.7) | 9 (18.0) | 1.000 |
| Frecuencia cardiaca | 86.15 (22.85) | 86.21 (22.60) | 85.63 (24.47) | 0.872 |
| TAS (mmHg) | 124.91 (25.55) | 126.20 (25.57) | 117.78 (24.44) | 0.035 |
| TAD (mmHg) | 73.41 (13.46) | 74.10 (13.05) | 69.88 (15.15) | 0.045 |
| BUN | 30.52 (19.90) | 28.72 (18.29) | 39.63 (24.92) | <0.001 |
| Clearence creatinina | 56.66 (26.57) | 58.10 (25.91) | 49.18 (29.10) | 0.034 |
| BNP (pg/dl) | 4388.89 (6796.63) | 4161.05 (6481.18) | 5667.66 (8261.70) | 0.174 |
| Troponina US (pg/dl) | 4713.15 (34017.41) | 4387.49 (36461.48) | 6584.80 (16411.33) | 0.720 |
| Albumina (gr%) | 3.40 (0.48) | 3.44 (0.46) | 3.19 (0.51) | 0.007 |

**Materiales y Métodos:** Se analizó una cohorte de pacientes adultos internados por insuficiencia cardíaca aguda. Se calculó el score ADHERE original utilizando presión arterial sistólica, creatinina y nitrógeno ureico (BUN), y se evaluó su capacidad para predecir la mortalidad intrahospitalaria. La cohorte fue dividida aleatoriamente en un conjunto de entrenamiento (70%) y uno de testeo (30%). En el conjunto de entrenamiento se ajustó un modelo de regresión logística binaria con el score ADHERE, y se desarrolló un modelo ampliado que incorporó los biomarcadores BNP y troponina. Debido a su distribución sesgada, la troponina fue transformada mediante logaritmo natural, y se exploraron puntos críticos clínicamente relevantes. Ambos modelos fueron evaluados en el conjunto de testeo mediante el área bajo la curva ROC (AUC), prueba de DeLong para comparación entre curvas, y análisis de reclasificación neta (NRI). Todas las pruebas fueron bilaterales, con un valor de $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo. Los análisis se realizaron con RStudio (versión 2024.09.1).



**Resultados:** El análisis incluyó un total de 300 pacientes con una prevalencia de muerte intrahospitalaria del 16.7% (n=50). En el modelo multivariable ajustado que incorporó biomarcadores, el score ADHERE mantuvo una asociación significativa con la mortalidad intrahospitalaria (OR 1.88, IC95% 1.31–2.73). La presencia de BNP elevado (>825 pg/mL) se asoció con más del doble de riesgo de muerte (OR 2.58, IC95% 1.10–7.13), mientras que un aumento en la troponina (en escala logarítmica) también se vinculó con mayor riesgo (OR 1.21 por unidad log, IC95% 1.04–1.40), lo que resalta el valor pronóstico incremental de ambos biomarcadores.La capacidad discriminativa del modelo original (ADHERE) fue de 0.58 (IC95% 0.40–0.75), mientras que el modelo con BNP y troponina mostró una mejora significativa en la discriminación con AUC 0.70 (IC95% 0.56–0.85; p = 0.04 frente al modelo original). El

modelo extendido con BNP y troponina mejoró la identificación de pacientes que fallecieron (NRI = 0.73; IC95%: 0.29–1.00), aunque con mayor reclasificación incorrecta de sobrevivientes (NRI = −0.35; IC95%: −0.54 a −0.17). El NRI global fue de 0.37 (IC95%: −0.14 a 0.74), lo que implica una mejora neta del 37% en la reclasificación. La calibración interna, evaluada por bootstrap (B = 20.000), mostró buena concordancia entre la probabilidad predicha y la observada (error absoluto medio: 0.016; error cuadrático medio: 0.00044; percentil 90 del error absoluto: 0.031).

**Conclusión:** El score ADHERE mostró una asociación significativa con la mortalidad intrahospitalaria en nuestra cohorte, aunque con capacidad discriminativa limitada. La incorporación de los biomarcadores BNP y troponina mejoró significativamente la capacidad predictiva del modelo, con un aumento en el AUC y una mejora neta en la reclasificación de eventos. Estos hallazgos sugieren que la integración de biomarcadores puede mejorar la estratificación del riesgo en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.

## 0388 - ESTRATEGIAS DE REVASCULARIZACIÓN DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL CON ANÁLISIS DE SOBREVIDA A 5 AÑOS.

Cardiopatía Isquémica

Maria Belen BARBOSA | Evangelina LALLI MÜLLER | Paulina Patricia BARAHONA HUIRACOCHA | Anabel DALICANDRO | Bernardo Javier SERO | Maximiliano MUZZIO | Roberto D. CORONEL | Diego COSTA

*Sanatorio Sagrado Corazón*

**Introducción:** La enfermedad aterosclerótica del tronco coronario izquierdo (TCI) se encuentra en un porcentaje considerable de pacientes sometidos a una cinecoronariografía diagnóstica. La estrategia de revascularización de estas lesiones continúa siendo sido un tema de debate. La evidencia a lo largo del tiempo nos ha demostrado resultados dispares y opuestos respecto al mejor tratamiento en este tipo de pacientes. Entre los estudios más importantes a considerar, se encuentra el ensayo SYNTAX, el más relevante que compara cirugía de revascularización miocárdica y angioplastia en el cual no se observó una diferencia significativa en cuanto a mortalidad en los pacientes con enfermedad de TCI. Se obtuvieron resultados similares en el estudio EXCEL en el cual se incluyeron exclusivamente pacientes con lesión de TCI, pero en el estudio NOBLE los resultados de la CRM fueron superiores en cuanto a eventos cardiovasculares en seguimiento. Por tal motivo, nos propusimos llevar a cabo un análisis de pacientes sometidos a diferentes estrategias de revascularización en nuestro entorno.

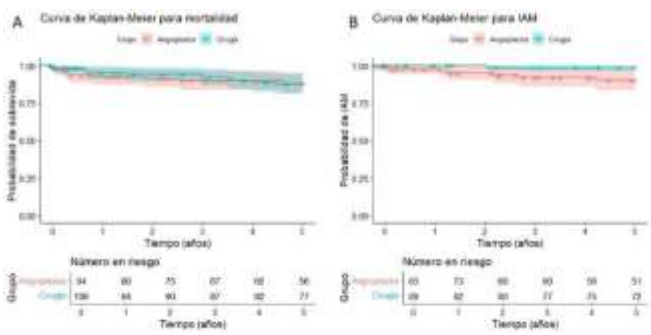
**Objetivos:** El objetivo del estudio fue conocer las características de la población estudiada y la sobrevida a 5 años de pacientes con lesión de tronco coronario izquierdo.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un centro de alta complejidad en la República Argentina, que comparó un grupo de 213 pacientes sometidos a tratamiento de tronco coronario izquierdo con un seguimiento a 5 años. Se dividió a los pacientes en 2 grupos; 96 pacientes sometidos a angioplastia coronaria percutánea (ATC) y 117 sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Se obtuvieron las características clínicas de la historia clínica electrónica, y se llevó a cabo un seguimiento tanto a través de la historia clínica, como de llamados telefónicos. Se consideraron como eventos la mortalidad por todas las causas y el infarto agudo de miocardio (IAM) tanto en la internación como en la evolución. Se llevó a cabo un modelo de Cox ajustado comparando a los eventos según los grupos con la prueba de likelihood ratio. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Todos los cálculos se llevaron a cabo con R v4.3.0.

**Tabla 1.** Características de los pacientes.

| Característica | Angioplastia, N = 96[1] | Cirugía, N = 117[1] | p[2] |
|---|---|---|---|
| Edad | 61 (53, 69) | 62 (57, 70) | 0.3 |
| Sexo | | | 0.074 |
| Mujeres | 17 (18%) | 11 (9.4%) | |
| Varones | 79 (82%) | 106 (91%) | |
| Diabetes | 26 (27%) | 13 (11%) | 0.003 |
| Insuficiencia renal crónica | 10 (10%) | 7 (6%) | 0.2 |
| Fracción de eyección: | | | 0.6 |
| Preservada | 70 (78%) | 87 (74%) | |
| Reducida | 20 (22%) | 30 (26%) | |
| Creatinina en mg/dl | 1.00 (0.80, 1.24) | 1.00 (0.80, 1.10) | 0.3 |
| Cantidad de vasos adicionales con lesiones graves | | | <0.001 |
| 0 | 7 (7.3%) | 0 (0%) | |
| 1 | 21 (22%) | 10 (8.5%) | |
| 2 | 27 (28%) | 22 (19%) | |
| 3 | 41 (43%) | 85 (73%) | |
| ArgenSCORE | 3 (2, 7) | 3 (2, 6) | 0.4 |

[1]Mediana (intervalo intercuartílico); n (%)
[2]Prueba de la suma de los rangos de Wilcoxon; Prueba de Pearson del chi cuadrado o exacta de Fisher



**Resultados:** Las características de ambos grupos de pacientes pueden ser visualizadas en la Tabla 1. La utilización de técnicas de imagen intravascular (IVUS) fue en el 94.8% de los casos en el grupo de ATC. La mortalidad global a 5 años para el grupo ATC fue del 13.5%, y para el grupo CRM de 13.7%. En la figura 1 panel A puede observarse la curva de Kaplan-Meier correspondiente. En el modelo de Cox ajustado, se constató una diferencia no significativa para este evento (HR 0.89, IC95% 0.44 – 2.77, p = 0.82). Por el otro lado, la incidencia global de IAM en el seguimiento fue de 9.4% en el grupo de ATC y de 3.0% en el grupo de CRM, como puede observarse en la figura 1 panel B, con una diferencia significativa en el modelo de Cox ajustado (HR 0.10, IC95% 0.01 – 0.87, p = 0.037).

**Conclusión:** El resultado de nuestro análisis es coincidente con los resultados de los metanálisis de estudios aleatorizados, que muestran que el riesgo de muerte es similar para la CRM y la ATC en pacientes con enfermedad de tronco común izquierdo, aunque con mayor riesgo de infarto en la evolución con ATC.

## 0390 - VALOR PRONÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA TIPO WILD TYPE

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Santiago DECOTTO | Pilar DOMENECH | Maria Lourdes POSADAS MARTINEZ | María Adela AGUIRRE | Elsa NUCIFORA | Rocio BLANCO | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** El estado nutricional y la inflamación sistémica tienen implicancias pronósticas reconocidas en diversas enfermedades cardiovasculares. La albúmina sérica es un indicador del estado nutricional, mientras que la razón neutrófilo/linfocito (NLR) se utiliza como marcador de inflamación sistémica. El valor pronóstico de estos marcadores en la amiloidosis cardíaca por transtiretina tipo wild type (ATTRwt) es desconocido.

**Objetivos:** Evaluar el valor pronóstico de la albúmina sérica y el NLR como marcadores del estado nutricional e inflamatorio, respectivamente, en pacientes con ATTRwt.

| | Análisis univariado | | Análisis multivariado | |
|---|---|---|---|---|
| | HR (IC 95%) | p valor | HR (IC 95%) | p valor |
| Edad al diagnóstico (v. continua) | 1.06 (1.003 - 1.11) | 0.04 | 1.005 (0.95 - 1.06) | 0.20 |
| **IC al diagnóstico (v. categórica)** | **8.67 (2.07 - 36.09)** | **0.003** | **6.15 (1.36 - 27.69)** | **0.018** |
| **Albúmina sérica (v. continua, invertida)** | **4.10 (2.12 - 7.93)** | **<0.001** | **3.61 (1.55 - 8.39)** | **0.003** |
| **NLR (v. continua)** | **1.13 (1.007 - 1.279** | **0.04** | 0.98 (0.85 - 1.13) | 0.78 |
| NT-ProBNP (c/ 1000 pg/mL,v. continua) | 1.11 (1.004 - 1.19) | 0.002 | 1.01 (0.91 - 2.46) | 0.78 |
| Clase funcional NYHA (v. ordinal) | 1.44 (1.06 - 1.95) | 0.02 | - | - |
| Troponina ultrasensible (v. continua) | 1.008 (1.003 - 1.012) | 0.001 | - | - |
| Volumen AI indexada (v. continua) | 1.02 (1.002 - 1.04) | 0.03 | - | - |
| Presión sistólica pulmonar (v. continua) | 1.044 (1.02 - 1.07) | 0.001 | - | - |

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con ATTRwt del registro institucional de amiloidosis de un centro de referencia entre 2008 y 2023. Se excluyeron pacientes con otras formas de amiloidosis, sin dosaje de albúmina o hemograma dentro del mes del diagnóstico, o sin seguimiento en la institución. Se recopilaron de la historia clínica electrónica los niveles de albúmina sérica y NLR (recuento absoluto de neutrófilos / recuento absoluto de linfocitos) medidos en el momento más cercano al diagnóstico de ATTRwt, junto con características clínicas y parámetros ecocardiográficos relevantes. El punto final primario fue mortalidad por cualquier causa, con un seguimiento máximo de 2 años. Se utilizaron modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox univariados y multivariados para evaluar las asociaciones con el punto final primario.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 129 pacientes. La edad media fue de 81 (±7) años, y el 86% fueron hombres. La mediana de los niveles de albúmina sérica fue de 3.97 g/dL [RIC 3.70 – 4.20 g/dL], y la mediana de NLR fue de 2.83 [RIC 2.00 – 4.22]. La tasa de mortalidad a 2 años fue del 26% (n=34). En el análisis univariado, tanto los niveles de albúmina sérica como de NLR tuvieron relación con el punto final primario. Otras variables relacionadas con el evento primario fueron la edad, la presencia de insuficiencia cardíaca al diagnóstico, la clase funcional, los niveles de NT-proBNP y troponina ultrasensible, el volumen auricular izquierdo y la presión sistólica pulmonar. En el análisis multivariado, sólo niveles más bajos de albúmina sérica (HR 3.61; IC 95%: 1.55 – 8.39; p = 0.003) y la insuficiencia cardíaca al diagnóstico (HR 6.15; IC 95%: 1.36 – 27.36; p = 0.018) se asociaron de forma independiente con la mortalidad (TABLA).

**Conclusión:** En pacientes con ATTRwt, niveles bajos de albúmina sérica, pero no el NLR, se asociaron de forma independiente con mayor mortalidad a 2 años. Estos resultados resaltan la importancia de un abordaje integral del estado nutricional en esta población.

# 0391 - ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE REVASCULARIZACION EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES PROPIOS VERSUS DERIVADOS ENTRE EL AÑO 2018 A 2024, EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Nilton Raul MÉNDEZ CHOQUE | Luciano MOZZINO | Mariela HERRERA | Ignacio GARRIDO | Tomas VALVERDE | Alicia Lorena TERRAGNO | Ruben KEVORKIAN | Sergio CENTENO

*Hospital General de Agudos F. Santojanni*

**Introducción:** El tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) consiste en la revascularización mediante fibrinolisis o angioplastia (ATC) primaria siendo esta ultima la terapéutica de elección. Las instituciones de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) están conectadas por una red de infarto que está conformada por un sistema de emergencias (SEM) y Hospitales de alta complejidad que cuentan con servicio de Hemodinamia las 24 horas del día con el fin de acelerar los tiempos de revascularización

**Objetivos:** Analizar los tiempos de ATC primaria de pacientes propios versus derivados que ingresaron al laboratorio de hemodinamia con diagnóstico de IAMCEST

**Materiales y Métodos:** Estudio unicentrico prospectivo observacional, se analizaron los resultados de 302 pacientes (p), que ingresaron con diagnóstico de IAMCEST y que fueron a cinecoronariografía de urgencia

**Resultados:** La edad media fue 60 años, pacientes masculinos 72%, factores de riesgo: HTA(63.4%), DLP (16.4%), TBQ (53.4%), DBT (55, 21.0%), Obesidad( 11.1%). Antecedentes Cardiovasculares: ATC previa ( 41.1%), CRM previa (8.9%), IAM previo (50.0%), ACV previo (10.7%), EPOC(14.3%), IRC (4%), EVP (14.3%), Fibrilación auricular (5.4%) El 26% de los pacientes consultaron dentro la primer hora de inicio del dolor precordial, el 88% de los pacientes fueron a angioplastia (97,7% ATC primaria; 4,1% ATC de rescate y 0,8% diferida); en el 98% de los casos se logró atravesar la lesión con cuerda, la ATC exitosa 93,5%; motivos de no realización de ATC: coronarias normales 52,8%, se derivaron a CRM 2,8%, IAM evolucionado 2,8%, otro motivo 41,7%; abordaje radial en el 86% de los casos, se realizó conversión a acceso femoral en el 2,2%; segundo antiagregante: clopidogrel en el 92%, prasugrel 7,1%, ticagrelor 0,8%; trombo aspiración 1,5%; tirofiban 16,9%. Primer contacto médico: 52,6% consultaron a nuestro hospital con hemodinamia (HCH), el tiempo dolor consulta global fue de 123"; p: no significativa (NS), p derivados de hospitales sin hemodinamia (HSH) fue de 122" minutos y en HCH fue 120"; tiempo primer contacto médico cuerda 125", p: NS (125" HCH y 122" HSH). tiempo primer contacto médico- primer ECG fue de 10", (p: NS); tiempo dolor-llamado SEM 265"; tiempo llamado SEM-llegada SEM 50", (p: NS); en el 100% de los casos SEM preactivó al centro con ATC y en el 58% de los casos la activación fue desde el HSH, el 99% de los casos se encontraba en un radio menor a 120 minutos; tiempo Door In Door out fue 70"; BYPASS guardia 91,3% de los casos; tiempo puerta-cuerda 56", p: NS (57" HCH, 55"HSH); sala lista 93,3% . El diagnostico por ECG fue: IAM Q anterior (51.8%), IAM Q inferior (27%), IAM Q lateral (22%); killip y kimball de ingreso: A (81.5%), B (27.9%), C (1.0%), D (9.6%). Eventos intrahospitalarios: Muerte cardiaca (50.8%), Muerte no cardiaca (1.6%),ACV (1.6%), Insuficiencia Cardiaca (44, 69.8%), Sangrado Mayor ( 3.2%), Trombosis Intrastent (3.2%). Problemas de logística 26%

**Conclusión:** La red de infarto es clave para optimizar resultados, limitar el daño y prevenir complicaciones a causa del IAMCEST. En el presente trabajo se demostró que no existen diferencias significativas en cuanto a tiempos de revascularización por ATC primaria en pacientes autóctonos versus derivados, por lo que se debe reforzar y actualizar conocimientos basados en las guías de práctica clínica al personal de salud

## 0392 - CONSIDERACIONES ACERCA DE LA MEMORIA CARDÍACA EN LA ESTIMULACIÓN HISIANA Y PARAHISIANA. GUIADA POR EL MÉTODO DE SINCRONÍA ELÉCTRICA.

Arritmias y Electrofisiología

Evelyn Mercedes GARCIA RODRIGUEZ | Emilio Ariel LOGARZO | Tomas MARINACCI | Daniel F. ORTEGA | Analia Gladys PAOLUCCI

*Clínica San Camilo*

**Introducción:** La modulación electrotónica de la onda T o memoria cardíaca se define como un cambio de la repolarización ventricular como consecuencia de un cambio en la despolarización. El fenómeno se hace evidente cuando la despolarización ventricular retorna a la normalidad o bien cuando sufre un cambio apropiado. Este fenómeno ha sido descripto en bloqueos de rama izquierda intermitentes y en la estimulación ventricular por marcapasos en ápex del VD. Los cambios de la repolarización han sido interpretados como una alteración pseudoprimaria de la onda T con cambios en el gradiente ventricular. Las alteraciones de la onda T con o sin cambios en su polaridad coinciden con la dirección del QRS que presentaba el trastorno de conducción. Este fenómeno no se ha descripto en relación a los cambios de la conducción intraventricular (QRS) inducidos por la estimulación ventricular desde la región parahisiana guiado por sincronía eléctrica.

**Objetivos:** Evaluar si la estimulación parahisiana guiada por método de sincronía eléctrica presenta memoria cardiaca en pacientes con bloqueo de rama izquierda (BRI) basal y luego del up grade de marcapasos en ápex de ventrículo derecho a estimulación parahisiana sincrónica.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 32 pacientes, divididos en dos grupos: grupo A: 17 pacientes: 15 con BRI y 2 pacientes con marcapasos en ápex de VD y bloqueo auriculoventricular completo (BAVC) que fueron sometidos a estimulación en la zona hisiana con onda de estimulación de alta energía Xstim ® y grupo B: 15 pacientes con estimulación crónica desde ápex de VD, en quienes se había demostrado deterioro de la función ventricular, por lo cual se indicó up grade a estimulación parahisiana sincrónica guiada mediante método Synchromax ®. En ambos grupos se evaluaron los cambios de la repolarización ventricular con cada forma de activación.

**Resultados:** En los 17 pacientes del grupo A, que se les realizó estimulación hisiana con Xstim® se logró normalización del complejo QRS y presentaron memoria cardiaca con la polaridad correspondiente al QRS previo. Todos los pacientes del grupo B, con estimulación parahisiana como up grade a estimulación fisiológica, presentaron el mismo fenómeno.

**Conclusión:** La estimulación hisiana con onda Xstim* normaliza el QRS en pacientes con BRI nativo o por marcapaseo en ápex de VD. La estimulación parahisiana demuestra el mismo fenómeno en pacientes con marcapaseo crónico en VD y up grade a estimulación fisiológica. Podría inferirse de estos resultados que la estimulación parahisiana guiada por Synchromax ® a pesar de presentar un QRS anormal y más ancho produce el mismo fenómeno eléctrico sobre la oda T que la normalización del QRS, ya sea por estimulación Xstim ® o parahisiana, siendo esta última la de elección de nuestro grupo así como la de otros investigadores.

## 0393 - PARO CARDIORRESPIRATORIO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. DATOS DEL ARGEN IAM ST

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Clínica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Rodrigo TORRICO NIEVES[2] | Víctor Miguel MAURO[2] | Adrian CHARASK[1] | Heraldo D' IMPERIO[1] | Stella Maris MACIN[3] | Juan GAGLIARDI[1]

*Áreas SAC: Área de Investigación[1]; GRUPO ARGEN IAM ST[2]; FAC - Federación Argentina de Cardiología[3]*

**Introducción:** El paro cardiorrespiratorio (PCR) en el contexto de un síndrome coronario agudo es una causa importante de muerte, tanto extra como intrahospitalaria. Algunos pacientes presentan PCR como forma de presentación del cuadro y si bien casi la mitad de ellos no llegan a los centros asistenciales y fallecen, otros pueden ser ingresados.

**Objetivos:** 1) Describir la prevalencia de PCR como forma de presentación en el infarto con supradenivel del segmento ST. 2) Analizar las características de los pacientes, el tratamiento y la mortalidad intrahospitalaria.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo de los pacientes incluidos en el registro ARGENIAM-ST. Se recaban datos acerca de las características de los pacientes, estrategias de reperfusión y evolución intrahospitalaria. La ficha de registro en redcap cuenta con un ítem llamado "forma de presentación" y allí los médicos consignan tanto el Killip y Kimbal (K-K) de ingreso como si hubo PCR (casillas de si/no). Se definió PCR a la brusca cesación de la actividad cardíaca que puede conducir a la muerte si no se toman medidas de reanimación o si estas no son exitosas.

**Resultados:** Se incluyeron 7505 pacientes entre marzo 2014 y abril 2025. Un 7,5% presentaron PCR como forma de presentación (564/7505p). Los p que se presentaron con PCR fueron más añosos (62 vs 61 años de edad mediana, p<0,001), más diabéticos (32 vs 26%, p<0,001), más hipertensos (61 vs 53%, p<0,001), tenían más antecedentes coronarios (16 vs 15%, p 0,02), de EPOC (5 vs 3%, p 0,01) y enfermedad vascular periférica (2,13 vs 1%, p 0,02). Asimismo, fueron menos reperfundidos (85 vs 90%, p<0,001), recibieron menos ATC primaria (75 vs 79%, p 0,004) y en la CCG tenían más lesión de tronco (6.68% vs 0.91%, p <0,001), DA (48.62% vs 47.62%, p <0.001) y múltiples vasos (41 vs 34%, p 0,005). No hubo diferencias en tiempo puerta balón de los que recibieron ATC (86 vs 78 min de mediana, p 0,2). 50% de los pacientes con PCR como forma de presentación tuvieron tambien K-K D al ingreso. El uso de ARM fue de 50.35% vs 5.11%, p<0.001) . La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes que presentaron PCR fue del 52% versus 5% de aquellos que no lo presentaron (p<0,001). La mortalidad de los p con PCR y K-K D fue del 71% y del 36% en los K-K D de ingreso pero sin PCR (p<0,001).

**Conclusión:** Uno de cada 7 pacientes con infarto que llega a los centros asistenciales presenta PCR como forma de presentación. Los p que se presentan con PCR tienen un perfil de riesgo más elevado, son menos reperfundidos y presentan más insuficiencia cardíaca, shock y uso de ARM que los que no lo presentan. La mitad de los p con PCR como forma de presentación fallecen durante la internación lo que se eleva a 7 de cada 10 pacientes si además se acompañan de K-K D de ingreso. Es vital contar con personal entrenado tanto en la atención del PCR como en los cuidados post paro para intentar disminuir la mortalidad.

## 0395 - DEMORAS EN LA ATENCIÓN DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DURANTE DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Clínica

Javier MARIANI | Maria Jose MARTINEZ | Ana Celina SILVA SIERRA | Mariano Alejandro ADAMOWSKI | Natalia VENSENTINI | Luciana MEZA | Raúl SOLERNO | Maximiliano DE ABREU

*Hospital El Cruce*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio es una entidad con elevada morbi-mortalidad. El diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales ya que mejoran el pronóstico del paciente. Durante el año 2020 y 2021, la pandemia por COVID-19 desbordó los sistemas de salud a nivel mundial y llevó a desatender otras patologías, entre ellas las cardiovasculares.

**Objetivos:** Evaluar demoras en la atención y evolución de los pacientes atendidos por síndrome coronario agudo (SCA) con elevación del ST en el período de pandemia.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de un registro observacional y continuo de pacientes con SCA admitidos a un hospital de alta complejidad. El registro cuenta con 2433 pacientes que fueron internados en la unidad coronaria por un SCA entre abril del 2009 y septiembre del 2023. Para este trabajo se seleccionaron los pacientes ingresados por SCA con elevación del ST. Para la comparación de períodos se definió como pre- pandemia al período comprendido desde el inicio del registro hasta el 20 de marzo del 2020. El período de pandemia se definió entre el 20 de marzo del 2020 -fecha de inicio de la cuarentena estricta en Argentina - y el 31 de diciembre del 2021. Finalmente, los pacientes incluidos entre enero del 2022 y septiembre del 2023 pertenecen al período post- pandemia.

**Tabla 1. Características basales de los pacientes**

| | N | Pre-pandemia | Pandemia | Post-pandemia | p |
|---|---|---|---|---|---|
| n | | 1204 | 187 | 147 | |
| Edad, media (DS) | 55,4 (+/- 9,2) | 55,4 (+/- 9,1) | 55,5 (+/- 9,3) | 55,0 (+/- 9,3) | 0,8 |
| Sexo femenino, n (%) | 230 (15,1%) | 197 (16,4%) | 21(11,4%) | 12 (8,3%) | <0,01 |
| Hipertensión, n (%) | 835 (54,3%) | 644 (53,5%) | 112 (59,9%) | 79 (53,7%) | 0,2 |
| Diabetes, n (%) | 329 (21,4%) | 249 (20,7%) | 46 (24,6%) | 34 (23,1%) | 0,3 |
| Hipercolesterolemia, n (%) | 432 (28,1%) | 352 (29,2%) | 40 (21,4%) | 40 (27,2%) | 0,07 |
| Tabaquismo (actual y pasado), n (%) | 1147 (82,1%) | 885 (81,9%) | 148 (84,1%) | 114 (81,4%) | 0,7 |
| Antecedentes familiares, n (%) | 196 (12,7%) | 164 (13,6%) | 20 (10,7%) | 12 (8,2%) | 0,1 |
| Antecedentes de SCA, n (%) | 258 (16,8%) | 196 (16,3%) | 35 (18,7%) | 27 (18,4%) | 0,5 |

**Resultados:** Se incluyeron 1547 pacientes. La edad media fue de 55,4 años (DS 9,2 años) y el 15,1% fueron mujeres. Durante la pandemia disminuyó el porcentaje de mujeres atendidas y esto se acentuó en el período post-pandemia. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los restantes factores de riesgo cardiovasculares tradicionales (Tabla 1). No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de reperfusión utilizada (Tabla 2). En el mismo período, se produjo un incremento en los tiempos hasta la primera consulta que se mantuvo posteriormente.

También se incrementó de forma significativa el tiempo puerta-aguja. No se observaron diferencias significativas en el tiempo puerta-balón (Tabla 2). La presencia de complicaciones durante la internación se acentuó durante el período de pandemia, especialmente a expensas de las complicaciones eléctricas y el accidente cerebro-vascular. No se observó un incremento estadísticamente significativo en la mortalidad durante la pandemia (Tabla 2).

**Conclusión:** Los pacientes consultaron de forma más tardía desde el inicio de la pandemia. Estas demoras en la consulta continúan en el período posterior. En centros de menor complejidad se incrementaron los tiempos de reperfusión durante la pandemia, hecho que puede haber sido influenciado por la atención prioritaria a pacientes con COVID-19. Paralelamente, se observó un incremento de las complicaciones cardíacas - mecánicas y eléctricas - y accidente cerebro-vascular.

**Tabla 2. Porcentajes de pacientes reperfundidos, tipo de reperfusión, tiempos de consulta, reperfusión y complicaciones según el período.**

| | Pre- pandemia | Pandemia | Post- pandemia | p |
|---|---|---|---|---|
| N | 1167 | 212 | 145 | |
| Pacientes reperfundidos, n (%) | 864 (71,8%) | 150 (80,2) | 123 (83,7%) | <0,01 |
| Tipo de reperfusión | | | | 0,1 |
| Trombolíticos, n (%) | 479 (55,7%) | 71 (47,7%) | 65 (52,8%) | |
| Angioplastia primaria, n (%) | 381(44,3%) | 78 (52,3%) | 58 (47,2%) | |
| Tiempo al PCM, mediana (RIC) | 75 (30 – 180) | 120 (60 – 240) | 120 (60 – 300) | <0,01 |
| Tiempo puerta-aguja, mediana (RIC) | 75 (45-130) | 120 (62-180) | 90 (48-161) | <0,01 |
| Tiempo puerta-balón HEC, mediana (RIC) | 60 (33-100) | 60 (35-90) | 65 (44-110) | 0,6 |
| Complicaciones | | | | |
| Óbitos, n (%) | 75 (6,2%) | 18 (9,6%) | 13 (8,9%) | 0,1 |
| Complicaciones, n (%) | 313 (26%) | 72 (38,5%) | 31 (21,2%) | <0,01 |
| Complicaciones mecánicas, n (%) | 16 (1,3%) | 6 (3,2%) | 7 (4,8%) | <0,01 |
| Complicaciones eléctricas, n (%) | 100 (8,3%) | 30 (16%) | 14 (9,6%) | <0,01 |
| Complicaciones isquémicas, n (%) | 50 (4,2%) | 7 (3,7%) | 6 (4,1%) | 1 |
| Insuficiencia cardíaca, n (%) | 82 (6,8%) | 12 (6,4%) | 14 (9,6%) | 0,4 |
| ACV isquémico, n (%) | 4 (0,3%) | 4 (2,1%) | 1 (0,7%) | 0,01 |

## 0400 - ¿PUEDE LA PRESENCIA DE UN ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL BAJO, ASOCIARSE CON MAYOR INESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y NECESIDAD DE REPERFUSIÓN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO Y ALTO?

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolás Arturo TORRES | Jose Maria BONORINO | Jorge BILBAO | Maria Victoria PIOVANO | Patricio GARCES | German BUSCH | Horacio Enrique FERNANDEZ | Sergio BARATTA

*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 < 0.295mm/mmHg (ACOPLAMIENTO-BAJO), se ha asociado con un pronóstico adverso en diversas patologías cardiovasculares. La utilidad de este índice para predecir inestabilidad hemodinámica y necesidad de reperfusión en el tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) de riesgo intermedio-alto o alto, es limitada en nuestro medio.

| Variable | TAPSE/PSAP> 0.295 (n=24) | TAPSE/PSAP< 0.295 (n=30) | Valor de p |
|---|---|---|---|
| Edad | 70 ± 11 | 68 ± 12 | NS |
| Femenino | 10 (42%) | 14 (47%) | NS |
| Hipertensión | 17 (71%) | 19 (63%) | NS |
| Diabetes | 4 (17%) | 7 (23%) | NS |
| EPOC | 0 | 2 (7%) | NS |
| Tabaquismo | 12 (50%) | 13 (43%) | NS |
| Dislipemia | 10 (42%) | 12 (40%) | NS |
| Cáncer | 10 (42%) | 8 (27%) | NS |
| FAST | 3 | 4 | NS |
| Bova | 5 | 5 | NS |
| REPERFUNDIDO | 12 (50%) | 24 (80%) | 0.04 |
| PESI-ECHO | 138 ± 32 | 173 ± 31 | <0.01 |
| DROGAS INOCONSTRICTORAS | 7 (29%) | 18 (60%) | 0.03 |
| ARM | 6 (25%) | 15 (50%) | NS |
| MUERTE IH | 4 (17%) | 8 (27%) | NS |

**Objetivos:** Determinar la utilidad de un ACOPLAMIENTO-BAJO, respecto de un índice TAPSE/PSAP > o = 0.295mm/mmHg (ACOPLAMIENTO-ALTO), para predecir inestabilidad hemodinámica y necesidad de reperfusión en pacientes internados con TEP de riesgo intermedio-alto y alto según la Clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2019.

**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 que cumplieron con los criterios seleccionados. Se analizó la asociación entre un ACOPLAMIENTO-BAJO con la ocurrencia de inestabilidad hemodinámica con necesidad de uso de drogas inoconstrictoras, necesidad de reperfusión, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y mortalidad intrahospitalaria (MIH). Asimismo, se analizaron las características clínicas y puntajes de riesgo tales como el FAST, Bova y PESI-ECHO (PESI-ECHO: puntaje PESI + PSAP - TAPSE).

**Resultados:** Sobre un total de 456 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 54 pacientes con los criterios seleccionados. Un 56% (n=30) presentaron ACOPLAMIENTO-BAJO. La edad promedio fue de 69 años y sexo femenino 43.5%. La MIH global fue del 22%. Los pacientes con ACOPLAMIENTO-BAJO respecto de aquellos con ACOPLAMIENTO-ALTO, tuvieron una mayor prevalencia de inestabilidad hemodinámica con requerimiento de drogas inoconstrictoras (29% vs. 60%; p=0.03) y recibieron terapia de reperfusión con mayor frecuencia (50% vs. 80%; p= 0.04). No se evidenciaron diferencias respecto del requerimiento de ARM ni en la MIH. Asimismo, los pacientes con ACOPLAMIENTO-BAJO presentaron un puntaje PESI-ECHO más alto, aunque sin diferencias los puntajes Bova y FAST. (Tabla 1).

**Conclusión:** Casi un cuarto de los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto y alto según la clasificación de la ESC 2019, que presentaron un ACOPLAMIENTO-BAJO (TAPSE /PSAP < 0.295), fallecieron durante la internación. Asimismo, esta condición se asoció con mayor inestabilidad hemodinámica con requerimiento de drogas inoconstrictoras y mayor necesidad de reperfusión, por lo que dicho parámetro podría ser útil en la estratificación de riesgo de pacientes con TEP.

## 0403 - EXPERIENCIA DE TRASLADO DE PACIENTES EN ECMO VENO-ARTERIAL ASISTIDOS POR SHOCK CARDIOGÉNICO, EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR.

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Ramiro ESPINOSA | Facundo Ezequiel VILLALBA | Juan Francisco FURMENTO | Juan Pablo COSTABEL | Juan Mariano VRANCIC | Lucrecia Maria BURGOS | Mirta DIEZ | Leonardo Adrián SEOANE

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-arterial (VA) es una asistencia circulatoria de corta duración, usada como salvataje en el shock cardiogénico refractario, asociada a alta mortalidad (cercana al 50%). El ECMO móvil permite que equipos especializados se desplacen a canular y trasladar pacientes a centros de alta complejidad como puente a recuperación o trasplante. Son escasos los centros que hacen ECMO, menos aún los que realizan ECMO VA móvil.

| Parámetro de laboratorio | Mediana [RIC] |
|---|---|
| Hematocrito (%) | 30 [26 - 36] |
| Creatinina (mg/dL) | 1.57 [1.1 - 1.98] |
| TP (%) | 44 [29 - 54] |
| KPTT (seg) | 123 [84 - >180] |
| Plaquetas (/mm3) | 160000 [102000 - 200000] |
| PCO2 (mmHg) | 27 [24 - 35] |
| PO2 (mmHg) | 234 [134 - 335] |
| SVO2 (%) | 71 [61 - 77] |
| pH | |
| Hora 0 | 7.44 [7.40 - 7.53] |
| Hora 1 | 7.37 [7.33 - 7.48] |
| Hora 6 | 7.40 [7.35 - 7.48] |
| Hora 12 | 7.42 [7.34 - 7.49] |
| HCO3 (mmol/L) | |
| Hora 0 | 18 [16 - 23] |
| Hora 1 | 20 [17 - 23] |
| Hora 6 | 23 [19 - 24] |
| Hora 12 | 24 [19 - 28] |
| Ácido Láctico (mM/l) | |
| Hora 0 | 4.21 [2.24 - 12.84] |
| Hora 1 | 7.41 [1.81 - 16.64] |
| Hora 6 | 3.2 [2.2 - 5.75] |
| Hora 12 | 2.13 [1.8 - 6] |
| Hora 24 | 5.9 [1.9 - 8] |

| Tipo de complicación | n (%) |
|---|---|
| Sangrado mayor | 5 (71.4) |
| Falla renal aguda | 6 (85.7) |
| Hemodiálisis | 5 (71.4) |
| Taponamiento cardiaco | 2 (28.6) |
| Arritmia ventricular | 2 (28.6) |
| HIT | 2 (28.6) |
| Infección | 6 (85.7) |
| ARM prolongada con traqueostomía | 3 (42.9) |
| ACV/convulsiones | 0 (0) |
| Complicaciones trombóticas | 4 (57.1) |
| Isquemia arterial aguda | 3 (42.9) |
| Fasciotomía | 2 (28.6) |
| Amputación de miembro | 0 (0) |

**Objetivos:** Describir y analizar las características y evolución de los pacientes adultos asistidos con ECMO VA por shock cardiogénico en el centro de origen, y trasladados hacia nuestro centro cardiovascular de alta complejidad (ECMO móvil). Se evaluó además la seguridad y eficacia del traslado.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, a partir de la base de datos informatizada de asistencia ventricular completada prospectivamente. Se incluyeron consecutivamente aquellos pacientes adultos a los que se les implantó ECMO VA en otra institución por shock cardiogénico refractario, y se trasladaron en ECMO a nuestro centro (ECMO móvil), entre julio de 2022 y julio de 2024. Se describieron las características de los pacientes y de la asistencia ventricular. Como punto final primario se analizó la seguridad del traslado, el destete de ECMO y la sobrevida intrahospitalaria. Como eventos secundarios se analizaron las complicaciones mecánicas del circuito, trombosis, sangrado, infecciones, falla renal, complicaciones neurológicas e isquémicas de miembros inferiores. Las variables cuantitativas se expresaron en mediana y rango intercuartil, y las categóricas en porcentajes.

**Resultados:** Se analizaron 7 pacientes. La mediana de edad fue de 54 años [RI 48 - 60], siendo la mayoría de sexo masculino (57,1%). Respecto a los factores de riesgo, 28,6% presentaron hipertensión arterial, 14,2% diabetes, 14,3% dislipemia y 28,6% tabaquismo. Respecto a las comorbilidades, un paciente presentó antecedente de infarto agudo de miocardio (IAM) previo (14,3%). En cuanto a las causas del shock cardiogénico, el 71,4% fueron post IAM y el 28,5% por miocarditis post infecciosa (uno asociado a dengue y otro a Influenza). En cuanto a la canulación, el 100% fue periférica fémoro-femoral, siendo el 57.1% percutánea y el 42.9% por disección. El 71,4% de los pacientes fueron asistidos en estadio D de la clasificación de SCAI, y los restantes en estadío E (28,6%). El 42.9% requirieron descompresión del ventrículo izquierdo (por vía percutánea), y el 85.7% requirió asistencia con balón de contrapulsación intraaórtico. La mediana de tiempo de asistencia fue de 6 días [RI 4 - 9], el 85.7% fueron puente a recuperación y el 14.3% a trasplante. Ningún paciente presentó complicaciones durante el traslado. La sobrevida intrahospitalaria fue del 57.1%, y la mediana de estadía hospitalaria fue de 17 días [RI 4 - 42]. Las complicaciones más frecuentes fueron la insuficiencia renal aguda y las infecciones (Tabla 1). Las características de los parámetros de laboratorio al ingreso, y durante la asistencia se resumen en la Tabla 2.

**Conclusión:** En nuestra población, el ECMO VA móvil fue una intervención segura durante el traslado. Si bien la tasa de complicaciones fue elevada, a expensas de infecciones e injuria renal, se observó un buen porcentaje de destete y de sobrevida intrahospitalaria (57,1%), comparable a registros internacionales.

## 0405 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON SUPRADESNIVEL DEL ST EN PACIENTES JÓVENES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMPACTO DEL CONSUMO DE COCAÍNA. VISIÓN RETROSPECTIVA DE 9 AÑOS EN UN HOSPITAL DE CABA

Cardiopatía Isquémica / Investigación Básica

Leslie Annaite RODAS MENDEZ | Facundo LOMBARDI | Yanina A. PASTORI | Carlos RUANO | Alejandra GONZALEZ | Sergio CENTENO | Rubén KEVORKIAN

*Hospital General de Agudos F. Santojanni*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio con supradesnivel del ST (IAMCEST) continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular. Aunque la prevalencia en menores de 45 años es baja, se plantean desafíos clínicos y epidemiológicos específicos, con diferencias en factores de riesgo y formas de presentación.

**Objetivos:** Describir características clínicas, angiográficas y evolución intrahospitalaria en pacientes con IAMCEST menores 45 años internados en una unidad coronaria de un hospital público de CABA durante un período de 9 años

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de cohorte. Se analizaron epicrisis de pacientes internados en una unidad coronaria de un hospital de CABA, entre marzo de 2016 y abril de 2025 con diagnóstico confirmado de IAMCEST. Se excluyeron infartos evolucionados e infartos sin supradesnivel del ST. En acuerdo con la bibliografía previa se estableció un punto de corte de 45 años, para la estratificación de ambos grupos. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), según su distribución. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación de variables continuas entre grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Se utilizó el software R (versión 4.2.2).

**Tabla 1. Características clínicas y factores de riesgo según grupo etario (<45 años vs ≥45 años).**

| Variable | <45 años (n=121) | ≥45 años (n=1072) | p-valor |
|---|---|---|---|
| | | | 0.015 |
| Masculino (%) | 106 (87.8%) | 831 (77.5%) | |
| Edad (media ± DE) | 39.3 ± 5.6 | 63.1 ± 2.3 | — |
| Hipertensión (%) | 34 (28.1%) | 622 (58.0%) | <0.001 |
| Diabetes (%) | 20 (16.5%) | 253 (23.6%) | 0.101 |
| Tabaquismo (%) | 93 (76.9%) | 788 (73.3%) | 0.466 |
| HTO (media ± DE) | 43.0 ± 4.8 | 41.9 ± 5.2 | — |
| Glucemia inicial (mg/dL) | 207.6 ± 54.1 | 201.9 ± 50.9 | — |
| Creatinina (mg/dL) | 1.37 ± 2.10 | 1.52 ± 5.90 | — |
| Dislipemia (%) | 25 (20.7%) | 299 (27.9%) | 0.112 |
| Enf. coronaria previa (%) | 6 (5.0%) | 154 (14.4%) | 0.006 |
| Nº de vasos afectados (%) | | | 0.001 |
| - 0 vasos | 5 (4.1%) | 47 (4.4%) | |
| - 1 vaso | 71 (58.7%) | 443 (41.3%) | |
| - 2 vasos | 23 (19.0%) | 366 (34.1%) | |
| - 3 vasos | 22 (18.2%) | 216 (20.1%) | |
| Killip-Kimball al ingreso (%) | | | 0.183 |
| - A | 107 (89.9%) | 847 (82.4%) | |
| - B | 10 (8.4%) | 130 (12.6%) | |
| - C | 1 (0.8%) | 18 (1.8%) | |
| - D | 1 (0.8%) | 33 (3.2%) | |
| Consumo de cocaína(%) | 22 (18.2%) | 18 (1.7%) | <0.001 |
| Óbito (%) | 4 (3.3%) | 90 (8.4%) | 0.073 |

**Resultados:** Se incluyeron 1.193 pacientes: 121 menores de 45 años (10,1%) y 1.072 mayores (89,9%). Los pacientes jóvenes fueron mayoritariamente hombres (87,6%) y presentaron menor prevalencia de hipertensión (28,1% vs. 58,0%, p<0,001) y enfermedad coronaria previa (5,0% vs. 14,4%, p=0,006), pero mayor consumo de cocaína (18,2% vs. 1,7%, p<0,001). La afectación de un solo vaso coronario fue más frecuente en menores de 45 años (58,7% vs. 41,3%, p=0,001). La mortalidad intrahospitalaria fue menor en este grupo (3,3% vs. 8,4%), sin alcanzar significancia estadística (p=0,073). Ver tabla 2. En el análisis multivariado, la clase Killip-Kimball al ingreso fue el principal predictor de mortalidad y el número de vasos

**Conclusión:** Los pacientes menores de 45 años con IAMCEST constituyen una minoría, presentan significativamente: mayor consumo de cocaína, menor prevalencia de factores de riesgo y carga de enfermedad coronaria. Además se observó una tendencia a la forma de presentación más benigna y menor mortalidad.

## 0406 - NUEVO MÉTODO PARA LA ESTIMACIÓN DEL VOLUMEN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA BASADO EN UN MODELO CILÍNDRICO DE BASE IRREGULAR: COMPARACIÓN CON EL MÉTODO DE ÁREA-LONGITUD

Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

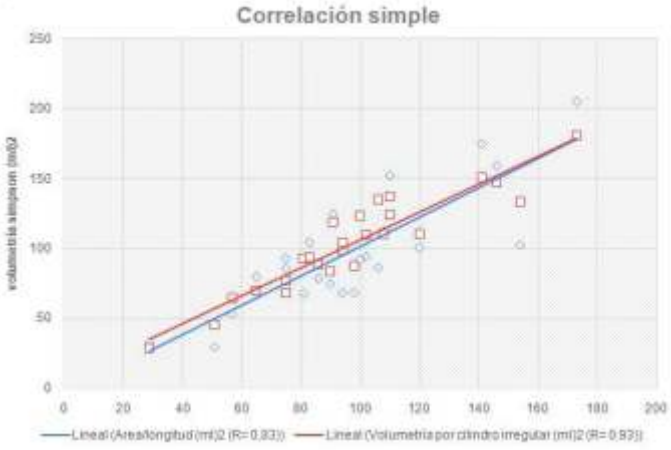
Guillermo JAIMOVICH | Julián CASTRO | Luciano DE STEFANO | Pablo Guillermo STUTZBACH

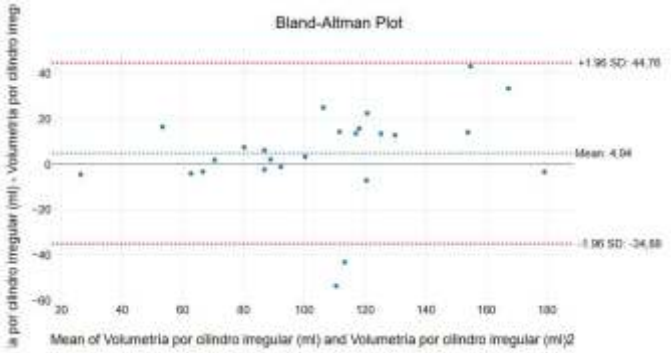
*Sanatorio Las Lomas De San Isidro*

**Introducción:** La aurícula izquierda (AI) desempeña un papel importante en la fisiología cardíaca, y su volumen se ha asociado con diversas condiciones clínicas como fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y riesgo cardiovascular. Su medición volumétrica constituye por este motivo, un parámetro esencial en estudios de imagen para la práctica clínica. El método más utilizado para estimar el volumen de la AI es el de área-longitud (AL), siendo una fórmula diseñada por ecocardiografía valiéndose de las mediciones accesibles a este método y luego se la adoptó desde la resonancia magnética cardíaca (RMC). Esta simplificación puede no reflejar con precisión la volumetría de la AI. Por su parte, la cuantificación directa del volumen de la AI requiere mayor cantidad de cortes para su adquisición en RMC con la consecuente prolongación del estudio y su cuantificación es más laboriosa. Con el objetivo de superar estas limitaciones, se propuso un nuevo método basado en el cálculo del volumen de un cilindro con base irregular (CBI), utilizando la ventaja de la resonancia magnética de poder obtener además de los ejes largos de la AI, sus ejes cortos.

**Objetivos:** Comparar la precisión y concordancia del método CBI respecto al método AL, utilizando como patrón de verdad la cuantificación directa por trazado volumétrico completo de la AI en estudios de RMC.

**Materiales y Métodos:** Se utilizaron imágenes de una base de datos de RMC seleccionando al azar a 25 pacientes. Por la sistemática de adquisición de los estudios en este centro, se cubrieron completamente las aurículas durante la adquisición del eje corto completo de ventrículos. Dos operadores con experiencia en RMC realizaron una doble lectura independiente de cada caso, aplicando los dos métodos de estimación volumétrica y además realizando la cuantificación directa volumétrica de la AI: Método de AL: Se utilizaron las vistas de 4 y 2 cámaras y se aplicó la fórmula 8/3 × (área en 2 cámaras x área en 4 cámaras)/longitud. Método del CBI: para la altura del cilindro se midió el largo de la AI tomada en el eje de 4 cámaras y para la base del cilindro el área tomada desde un eje corto de la AI en un punto entre la orejuela izquierda y la emergencia de las venas pulmonares. Se aplicó la fórmula: h x área de sección transversal. Cuantificación volumétrica directa: Se realizó el trazado de los cortes que abarcaron la AI en su totalidad, trazando los bordes endocárdicos y obteniendo de este modo su volumetría.



**Resultados:** Se analizaron las imágenes previamente adquiridas de 25 pacientes, edad media de 44+/-15 años, 52% de sexo masculino. Entre los diagnósticos más frecuentes se encontraban miocardiopatía hipetrófica (20%), arritmia ventricular (16%), cardiopatía isquémica (16%), miocardiopatía dilatada (12%) y otros. La fracción de eyección mediana fue de 57% (RIC 55-64%). El coeficiente de correlación de Pearson frente a la cuantificación directa fue mayor para el método CBI (r = 0.93; p < 0.001) que para el método AL (r = 0.83; p < 0.001). El análisis de Bland-Altman mostró sesgo bajo para ambos métodos y menor dispersión para el el método CBI {-5,73ml (18,6-(-30,11)} en comparación con el método A-L {-1.18 ml (43.82-(-46,17)}. La variabilidad interobservador fue menor para el método CBI {4.94ml (44,76-(-34,88)} en comparación con el método AL {19,7ml (65,91-(-26,51)}.

**Conclusión:** El modelo CBI observó mejor correlación con el estándar medición directa que el de AL. Representa por tal motivo una alternativa válida, igualmente simple y más precisa que el método habitualmente usado para la estimación del volumen de la aurícula izquierda.

## 0407 - IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO AERÓBICO COMBINADO CON FUERZA MUSCULAR DE ELEVADA INTENSIDAD SOBRE LA RESPUESTA CARDIOVASCULAR Y FUNCIÒN MUSCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Miguel Pablo J. RESNIK | Andrea GIL PLOZZER | Lorena BOLLATTI | Juan SIMEONE | Maria Florencia CONTE | Karin MORDOJ | Sol CIRONE

*Sanatorio Dr. Julio Méndez*

**Introducción:** El entrenamiento físico empleando la fuerza muscular en rehabilitación cardiovascular es subutilizado debido al escaso conocimiento sobre sus beneficios. La mayoría de los trabajos muestran que el entrenamiento combinado (aeróbico + musculación) es superior al aeróbico sólo sobre el consumo de oxigeno pico (VO2p) y fuerza muscular, con cargas leves a moderadas de trabajo. Por otro lado, hay varios estudios comparativos entre el entrenamiento aeróbico continuo (EAC) y el intervalado de alta intensidad (HIIT), con algunos resultados disimiles con respecto a la capacidad funcional específicamente. Escasas referencias bibliográficas analizan la respuesta hemodinámica sólo con el entrenamiento de musculación (EM).

**Objetivos:** la propuesta de nuestro estudio fue evaluar el efecto del entrenamiento de la fuerza muscular de elevada intensidad (EMAI) combinado con el entrenamiento aeróbico en sus diferentes modalidades, sobre la respuesta cardiovascular, capacidad funcional y fuerza muscular máxima en miembros inferiores.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes, analítico, observacional, sobre 314 pacientes (p): edad promedio 62,08 ± 8,90 años; 246 hombres y 68 mujeres con enfermedad coronaria documentada, clínicamente estables, con tratamiento médico y en ritmo sinusal. Todos los p desarrollaron una PEG empleando un protocolo de rampa de Bruce con cálculo de VO2p teórico (fórmula ACSM) y su corrección con apoyo en barra (formula de Mc Connell). Se tomaron como variables en la respuesta cardiovascular: frecuencia cardiaca (FC), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) en reposo, a carga submáxima y máxima. Se determinó la fuerza muscular máxima para extensión de cuádriceps (1RMc), previa adaptación a las maquinas. Entrenamiento: Realizaron 2 sesiones semanales durante 3 meses y se distribuyeron los grupos por modalidad de entrenamiento en forma homogénea de acuerdo a: edad, sexo, FE, índice de masa corporal y VO2 máx. 65 p HIIT sólo; 55 p EAC solo; 46 p HIIT+ EM; 88 p EAC + EM; 30 p HIIT + EMAI; 30 p EAC + EMAI. EAC: 70-75% de la FC máxima en la PEG. EM: 50%1RM 2 series 10-15 reps.. HITT: series de 4 x 3: 90-95% FC máx. / 70-75% FC máx. EMAI: 70-80%1RM 2 series 6 a 8 reps.. Se reevaluaron los p a los 3 meses. Análisis estadístico: se calculó la variación porcentual de las variables analizadas pre y postentrenamiento. Empleamos ANOVA de un factor, con análisis post-hoc d para diferencias entre grupos. Se utilizó el software IBM SPSS v 24, considerándose una diferencia estadísticamente significativa un valor de P menor o igual a 0.05.

**Resultados:** se observó una reducción estadísticamente significativa entre grupos (p menor 0,05) en los parámetros cardiovasculares a carga submáxima en quienes realizaron HIIT + EMAI, con atenuación de las variables en reposo. Test de 1RMc: variación % promedio fue: EAC-EMAI (20,36), HIIT-EMAI (19,48), EAC-EM (12,37), HIIT-EM (11,51), HIIT (7,99), EAC (3,69), con cambios significativos para EMAI en sus diferentes combinaciones respecto al EA sólo y una tendencia similar respecto al EM (menor %1RM). variación%VO2p: sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos (P NS), con mejoría para el entrenamiento intervalado (combinado o no), con un efecto adicional a mayor intensidad en el EM. .

**Conclusión:** el EMAI demostró ser seguro y bien tolerado, con implicancias favorables en la adaptación cardiovascular, capacidad funcional y fuerza muscular, particularmente con HIIT.

## 0410 - NUEVAS OBSERVACIONES DE CLINICAS, INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE CARDIO-ONCOLOGÍA

Cardioncología

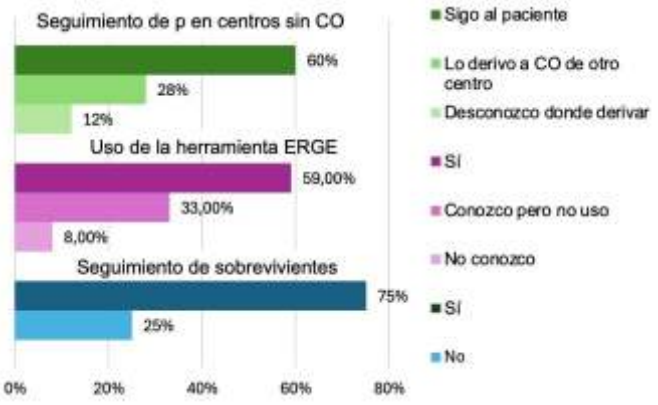
Rita Beatriz TEPPER | Maria Paola RENES | Florencia Natali CURRAO | Maria de La Cruz MEZZADRA | Maria Jimena GAMBARTE | Florencia PERAZZO | Natalia Del Carmen ZAREBA | Silvia Susana MAKHOUL

*Consejos: Cardio-Oncología*

**Introducción:** El abordaje de la cardio-oncología (CO) se modificó después de la publicación de la guía europea (GE) 2022. Previamente se había realizado un registro de CO en nuestro país.

**Objetivos:** Analizar nuevas variables y actualizar el abordaje de la CO en nuestro país a partir de la GE 2022 en centros que participaron en el registro previo.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta telefónica compuesta por 17 preguntas estructuradas a cardiólogos y oncólogos/hematólogos (O/H) de instituciones públicas o privadas que participaron en el registro previo. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.




**Resultados:** Se encuestaron 38 cardiólogos y 12 O/H en 50 centros, 42% de O/H siempre derivan a CO a los pacientes (p) que lo requieren, 26% a veces y 32% nunca. En los 26 centros sin servicios de CO, 60% de los cardiólogos siguen a los p con cáncer activo (Figura); 59% de cardiólogos usan la herramienta de estratificación de riesgo (ER) de la GE y 75% sigue a los sobrevivientes (Figura); 61% considera que no evalúa a todos los p que lo requieren, 54% cree que es por falta de derivación y 11% por demora en los turnos. 100% cree importante el control de factores de riesgo, y la mayoría indica cambios en el estilo de vida (cesación tabáquica 90%, actividad física 96%, bajar de peso 98%). En p con cáncer y enfermedad coronaria 94% de los encuestados coinciden en que el manejo multidisciplinario es la mejor estrategia y 90% considera importante tomar en cuenta ambas patologías en la toma de decisiones.

**Conclusión:** La mayoría de los cardiólogos conocen y utilizan la herramienta de ERGE, siguen a los p con cáncer activo y a los sobrevivientes, creen en el manejo multidisciplinario de p con cáncer y enfermedad coronaria e indican cambios en el estilo de vida. Si bien la mayoría de los O/H derivan sus p a CO, aún queda un porcentaje significativo que no lo hace y que obliga a seguir trabajando para mejorar el control del riesgo de toxicidad cardiovascular relacionada con el tratamiento del

## 0414 - VALORES DE COLESTEROL LDL Y USO DE ESTATINAS PREVIO A UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿INFLUYEN LOS ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA?

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ezequiel LERECH | Maria Jose MARTINEZ | Agustina Lilén PARMIGIANI | Ignacio MARTINEZ RUZLENDER | Heraldo D' IMPERIO | Laura ANTONIETTI | Javier MARIANI | Maximiliano DE ABREU

*Hospital El Cruce*

**Introducción:** El tratamiento con estatinas y el logro sostenido de los objetivos terapéuticos de colesterol LDL (cLDL) son pilares fundamentales para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares ateroscleróticos (ECVA). No obstante, en la práctica clínica la proporción de pacientes que alcanzan dichas metas continúa siendo marcadamente baja. Esto tiene una especial relevancia en aquellos que se encuentran en prevención secundaria.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

| | Total | ECVA | Sin ECVA | p |
|---|---|---|---|---|
| N | | 925 | 1638 | |
| Edad, mediana (DS) | 56,1 (9,3) | 57,6 (8,3) | 55,3 (9,7) | <0,01 |
| Sexo femenino, % (n) | | 14,7% (135) | 15,9% (258) | 0,5 |
| Hipertensión, % (n) | 59,6% (1527) | 77,6% (718) | 49,4% (809) | <0,01 |
| Dislipemia, % (n) | 31,3% (801) | 45% (416) | 23,5% (385) | <0,01 |
| Diabetes, % (n) | 24,9% (638) | 35,5% (328) | 18,9% (310) | <0,01 |
| Tabaquismo activo, n (%) | 58,7% (1357) | 49,1% (415) | 64,3% (942) | <0,01 |
| Tabaquismo actual o pasado, n (%) | 82,3% (1901) | 83,4% (705) | 81,6% (1196) | 0,28 |

Tabla 2. Tratamiento farmacológico y perfil lipídico en pacientes con ECVA y sin ECVA al ingresar a unidad coronaria

| | ECVA | Sin ECVA | p |
|---|---|---|---|
| Aspirina, n (%) | 577 (62,4%) | 181 (11,1) | <0,01 |
| Estatinas, n (%) | 488 (52,8%) | 127 (7,8%) | <0,01 |
| IECA^, n (%) | 465 (50,3%) | 340 (20,8%) | <0,01 |
| Betabloqueantes, n (%) | 553 (59,8%) | 147 (9%) | <0,01 |
| Anti HTA^^, n (%) | 580 (62,7%) | 454 (27,7%) | <0,01 |
| ***Perfil lipídico*** | | | |
| Col total, mediana (RIC) | 173 (139-209) | 190 (158-223) | <0,01 |
| cLDL, mediana (RIC) | 113 (82-146) | 129 (99-156) | <0,001 |
| cLDL <70, n (%) | 128(17,4%) | 111 (8,2%) | <0,01 |
| cLDL < 55, n (%) | 60 (4,4%) | 53 (7,2%) | 0,01 |
| cHDL, mediana (RIC) | 33 (29-39,5) | 36 (30-42) | <0,01 |
| TG^^^, mediana (RIC) | 150 (110-209,2) | 147 (108-203) | 0,47 |

ECVA: Enfermedad cardiovascular aterosclerótica.
Las mediciones del cLDL, cHDL y triglicéridos se encuentran realizadas en mg/dl
^IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina
^^ Anti HTA: Incluye a Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina, Antagonistas del receptor de Angiotensina II, Bloqueantes cálcicos
^^^Triglicéridos

**Objetivos:** Comparar el uso de estatinas y los niveles de LDL entre pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA) con o sin antecedentes de ECVA.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis de un registro prospectivo y continuo de pacientes que ingresaron por SCA a la unidad coronaria de un hospital público de alta complejidad entre abril del 2009 y diciembre del 2024. Se comparó el uso de estatinas al ingreso y los valores de LDL dentro de las 24hs en pacientes con ECVA previa (antecedentes de enfermedad coronaria y/o vascular periférica) y sin ECVA.

**Resultados:** Se incluyeron 2563 pacientes, con una edad media de 56,1 años (+/- 9,3). El 15,5% (n=393) fueron mujeres. En la tabla 1 se muestran las características basales. El 36% (n = 925) presentaron antecedentes de ECVA. Los pacientes con ECVA mostraron una mayor edad (57,6 vs. 55,3 años; p < 0,01) y una mayor prevalencia de hipertensión (77,3% vs. 49,1%; p < 0,01), dislipemia (44,6% vs. 23%; p < 0,01) y diabetes (35% vs. 18,6%; p < 0,01), en comparación con aquellos sin ECVA .La prevalencia de tabaquismo activo fue menor en el grupo con ECVA (49,1% vs. 64,3%; p < 0,01). En cuanto al tratamiento farmacológico, fue mayor entre los pacientes con ECVA (tabla 2). El porcentaje que utiliza estatinas fue del 53,1% en el grupo con ECVA y del 7,6% en el grupo sin ECVA (p < 0,01). Los niveles de cLDL fueron menores en el grupo con ECVA 111 mg/dl (RIC 82-146) contra 129 mg/dl (RIC 99-156) en el grupo sin ECVA (p < 0,001). El 17,9% de los p con ECVA alcanzó los valores objetivos de cLDL de 70 mg/dl o menos, y 4.4% valores menores de 55 mg/dl.

**Conclusión:** Los pacientes con SCA y ECVA presentaron mayor uso de estatinas y niveles más bajos de cLDL. Sin embargo, los niveles de LDL alcanzados se encuentran lejos de los valores objetivos. La prevalencia de tabaquismo activo fue menor en el grupo ECVA pero continúa siendo elevado. Persiste una importante brecha en el control lipídico, incluso en prevención secundaria.

## 0416 - USO DE BENCHMARKING STS EN CIRUGÍA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN ARGENTINA: ¿ES POSIBLE COMPARARSE?

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Benjamin CHIOSTRI | Daniel KLINGER | Rafael FRAIRE | Mariana Alejandra LOPEZ DANERI | Augusto Jorge GUTIÉRREZ | Silvio Fabio TORRES | Thomas IOLSTER | Christian KREUTZER

*Hospital Universitario Austral*

**Introducción:** La base de datos de cirugía cardíaca de la Sociedad de Cirujanos Torácicos de los Estados Unidos (STS) es la más importante de América del Norte, reportando los resultados de procedimientos Benchmark (punto de referencia) en cirugía cardíaca de adultos (STS-ACSD) y pediátrica (STS–CHSDB). La base de datos de cirugía cardíaca pediátrica incluye a los más importantes programas de cirugía cardiaca infantil de los Estados Unidos, teniendo 623,907 cirugías registradas hasta 2022. El objetivo principal del STS-CHDB es facilitar la mejora de la calidad de los programas de cirugía cardíaca pediátrica en América del Norte, al evaluar y reportar desde 2012, en periodos de 5 años, sus resultados de mortalidad hospitalaria con rango intercuartil (RIQ) para 9 procedimientos Benchmark definidos por consenso. Sus últimos resultados reportados, en 2024, fueron: 1. Coartación de Aorta sin CEC= 0.89 % (0.0% to 1,71%), 2. Cierre de CIV= 0,35 % (0 a 0.78 %), 3. Corrección de Fallot= 1,09 % (0 a 1.96%), 4. Corrección de Canal AV completo= 1,38 % (0 a 1.75), 5. Cirugía de Switch en TGA + CIV= (2,85 % (0 a 7.14 %), 6. Procedimiento de Glenn= 1.99% (0.0% to 2.53%), 7. Operación de Fontan= 1,08 % (0 a 1.84%), 8. Corrección de Tronco Arterioso= 8.1% (0 a 18.75 %) y 9. Cirugía de Norwood= 11.68 % (5,77 a 15 %).

**Objetivos:** Comparar los resultados de una unidad de Cirugia Cardiovascular pediatrica argentina en esos 9 procedimientos con los resultados reportados por la (STS-CHSDB)

**Materiales y Métodos:** Mediante el uso de la base de datos de la unidad de CCV de nuestro hospital en los últimos 15 años, se identificó a la totalidad de casos realizados con los procedimientos utilizados como Benchmarks de STS-CHSDB

**Resultados:** En total se identificaron 412 pacientes intervenidos con esos procedimientos, con 7 fallecidos, y los siguientes resultados: 1. Coartación de Aorta sin CEC, n=37, mortalidad= 0 % (RIQ STS 0.0% to 1,71%), 2. Cierre de CIV, n=80, mortalidad= 0 % (RIQ STS 0 a 0.78 %), 3. Corrección de Fallot, n=55, mortalidad=1,8 % (RIQ STS 0 a 1.96%), 4. Corrección de Canal AV completo, n=53, mortalidad= 1,88 % (RIQ 0 a 1.75), 5. Cirugía de Switch en TGA + CIV n=31, mortalidad=3,2 % (RIQ 0 a 7.14 %), 6. Procedimiento de Glenn, n=59, mortalidad= 1.69% (RIQ STS 0.0% to 2.53%), 7. Operación de Fontan, n=57, mortalidad= 1,75 (RIQ STS 0 a 1.84%), 8. Corrección de Tronco Arterioso n=10, mortalidad 0%, (RIQ 0 a 18,75 y 9. Cirugía de Norwood, n=30, mortalidad 6,66% % (RIQ STS 5,77 a 15 %).

**Conclusión:** Los resultados obtenidos en nuestro servicio en los últimos 15 años para 9 procedimientos benchmark STS, se encuentran por debajo de la mortalidad reportada por la STS-CHSDB en 5 procedimientos (cirugías de Coartación, CIV, Glenn, Tronco Arterioso y Norwood), estando dentro del RIQ en 3 (cirugías de Fallot, Switch y Fontan) y solo en un procedimiento (Canal AV completo) a solo 0,11 % por encima el RIQ, demostrando la posibilidad de utilizar el Benchmarking STS en el país con excelentes resultados.

## 0420 - EVALUACIÓN FUNCIONAL DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DESPUÉS DEL INTERVENCIONISMO CORONARIO CUTÁNEO.

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Nelson CAMPOS

*Universidad Técnica de Manabí*

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) comprenden un grupo de patologías que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, las cuales pueden ser diferentes en su etiología, en sus manifestaciones clínicas y en su impacto sobre la salud, ellas tienen un sustrato genético, pero son los factores ambientales, principalmente una dieta menos saludable y una disminución en la práctica de actividad física, las que han incidido en mayor medida en su evolución y desarrollo. Dentro de las medidas preventivas, antes de sufrir un evento cardiovascular, se insiste en la adopción de hábitos de vida cardiosaludables como son una alimentación adecuada (la dieta mediterránea) y la práctica de actividad física regular. Pero los éxitos de la rehabilitación cardiaca no solo se ciñen a los beneficios en la reducción del riesgo de un nuevo episodio o de los reingresos, sino que en diferentes estudio, como los aportados por una revisión Cochrane6 o como los arrojados por un meta-análisis reciente, demostraron la disminución de la morbimortalidad obtenida mediante estos programas

| | Inicial | 2 meses | 6 meses | 12 meses | P |
|---|---|---|---|---|---|
| Prueba ergométrica |  ± DE (Min, Max) |  ± DE (Min, Max) |  ± DE (Min, Max) |  ± DE (Min, Max) | |
| Minutos de entrenamiento | 7.2± 0.7 (4.5,8.4) | 9.3 ± 1.5 (6.2,11.5) | 9.8 ± 1.1 (6.5,11.5) | 10.6± 1.6 (6.6,14.2) | < 0.0001 |
| Pulso de entrenamiento | 104.4± 3.1 (88,109) | 117.7± 5.3 (92,129) | 119.4± 8.342 (98,129) | 122.7± 8.0 (100,130) | < 0.0001 |
| Frecuencia máxima alcanzada | 133.8±10.5 (97,152) | 144.3±10.8 (108,159) | 148.8±10.3 (120,179) | 154.2±13.3 (125,179) | < 0.0001 |
| Doble producto | 23499.4±1127.8 (19980,25080) | 24619.6±986.4 (21460,25986) | 25176.4±1129.2 (21698,25990) | 25699.2±1642.1 (15518,28984) | < 0.0001 |
| METS | 4.1± 0.6 (1.9,5.0) | 5.3± 1.0 (3.0,6.9) | 6.0±0.8 (3.9,7.0) | 6.5± 1.1 (4.2,10.3) | < 0.0001 |

**Objetivos:** Evaluar la factibilidad de aplicar programa de rehabilitación cardiovascular en pacientes después de la angioplastia coronaria percutánea transluminal en la provincia de Manabí, Ecuador.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en la investigación durante dos años siete meses 170 pacientes portadores de cardiopatía isquémica de todos los géneros sin límite de edad que se les realizó intervencionismo coronario percutáneo (ICP) con implantación de stent y que no presentaron contra indicaciones para incorporarlos al programa de rehabilitación cardiovascular. Se incorporaron al programa de rehabilitación con ejercicios físicos supervisados 21 días después de la intervención coronaria y se mantuvieron en el programa durante 56 semanas. Se realizaron pruebas ergométricas periódicas y exámenes de laboratorio clínico, antes de iniciar el programa de rehabilitación, al final del mismo, seis meses y al año del ICP

**Resultados:** A medida que los pacientes se incorporaron al Programa de Rehabilitación Cardíaca y a las charlas educativas, los factores de riesgo cardiovasculares comenzaron a modificarse positivamente como el hábito de fumar que fue erradicado en los pacientes. Las diferentes fracciones lipídicas se midieron al inicio de la incorporación, a los dos, seis y 12 meses. Todas las variables ergométricas tuvieron un comportamiento ascendente progresivo, pues fueron incrementándose de un momento de medición a otro con diferencias estadísticamente significativas.

| CLASE FUNCIONAL INICIAL | I | II | III | IV | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| I | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| II | 4 | 2 | 0 | 0 | 6 |
| III | 4 | 137 | 21 | 0 | 162 |
| IV | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 9 | 139 | 22 | 0 | 170 |

**Conclusión:** La rehabilitación cardiaca está siendo infrautilizada en el Ecuador; la implementación de la rehabilitación presentó resultados positivos, donde factores de riesgo cardiovascular se modificaron positivamente, disminuyendo el uso de fármacos hipolipemiantes, mejorando la capacidad funcional del paciente después de un SCA sometidoa ICP

## 0424 - HIPOCLOREMIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: UN MARCADOR SUBESTIMADO DE GRAVEDAD Y REQUERIMIENTO TERAPÉUTICO. ANÁLISIS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Juan Jose BACIGALUPE | Santiago TORROBA | Natalia VENSENTINI | Karen Yamila GRECCO | Adriano Marcelo STABILE | María Cecilia GARCÍA LEÓN | Diego KYLE | Javier MARIANI

*Hospital de Alta Complejidad El Cruce*

| | | Cloro sérico | | |
|---|---|---|---|---|
| | Todos N = 287[1] | <96mmol/l N = 43[1] | >96mmol/l N = 244[1] | p-value[2] |
| **Sexo masculino** | 222 (77%) | 34 (79%) | 188 (77%) | 0.8 |
| **Edad (mediana)** | 55.0 (44.0, 62.0) | 53.5 (40.0, 61.0) | 56.0 (46.0, 62.0) | 0.080 |
| **Hipertensión** | 142 (50%) | 16 (37%) | 126 (52%) | 0.10 |
| **Diabetes** | 71 (25%) | 5 (12%) | 66 (27%) | 0.034 |
| **Insuficiencia renal** | | | | 0.9 |
| No | 249 (87%) | 39 (91%) | 210 (87%) | |
| Dialítica | 4 (1.4%) | 0 (0%) | 4 (1.7%) | |
| **Antecedentes de ICC** | | | | 0.4 |
| No | 77 (27%) | 13 (30%) | 64 (26%) | |
| II | 131 (46%) | 19 (44%) | 112 (46%) | |
| **Internación por IC en el último año** | 108 (38%) | 20 (47%) | 88 (36%) | 0.2 |
| **Diagnóstico etiológico** | | | | 0.2 |
| isquémico-necrótica | 73 (27%) | 6 (15%) | 67 (29%) | |
| idiopática | 63 (23%) | 13 (33%) | 50 (22%) | |
| chagásica | 17 (6.3%) | 4 (10%) | 13 (5.7%) | |
| valvular | 49 (18%) | 5 (13%) | 44 (19%) | |
| **FEy (%) (mediana)** | 25.0 (19.0, 39.0) | 20.0 (17.0, 25.0) | 25.0 (19.0, 41.0) | <0.001 |
| **FEVI < 40%** | 197 (75%) | 34 (89%) | 163 (73%) | 0.043 |
| **Peso (kg)** | 82.8 (23.3) | 74.2 (17.7) | 84.3 (23.8) | 0.005 |
| **IMC** | 28.4 (6.4) | 26.3 (4.3) | 28.8 (6.6) | 0.007 |
| **Presión arterial** | 116.7 (26.3) | 104.7 (16.3) | 118.7 (26.8) | <0.001 |
| **Frecuencia cardíaca** | 91.2 (23.4) | 90.7 (24.1) | 91.2 (23.3) | 0.9 |
| **Ritmo cardíaco (sinusal)** | 208 (79%) | 31 (72%) | 189 (79%) | >0.9 |
| **Betabloqueantes** | 193 (68%) | 27 (63%) | 166 (69%) | 0.5 |
| **IECA/ARA** | 146 (52%) | 19 (44%) | 127 (52%) | 0.3 |
| **Antialdosterónicos** | 140 (49%) | 25 (58%) | 115 (48%) | 0.2 |
| **Diuréticos** | | | | 0.066 |
| Tiazidas solas | 2 (0.7%) | 0 (0%) | 2 (0.8%) | |
| Furosemida | 153 (53%) | 31 (72%) | 122 (50%) | |
| Furosemida y tiazidas | 19 (6.6%) | 1 (2.3%) | 18 (7.4%) | |

[1] n (%); Mean (SD)

[2] Fisher's exact test; Wilcoxon rank sum test; Welch Two Sample t-test

**Introducción:** El cloruro es un electrolito fundamental en la modulación de los sistemas cardiorrenal y neurohormonal. La hipocloremia (Cl menor a 96 mmol/L) ha demostrado ser un predictor independiente de peores desenlaces clínicos tanto en la insuficiencia cardíaca aguda como crónica. El valor pronóstico del cloruro al ingreso en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda no ha sido completamente explorado en poblaciones locales.

**Objetivos:** Analizar la asociación entre hipocloremia y características clínicas, evolución intrahospitalaria y necesidad de soporte inotrópico, en una cohorte contemporánea de pacientes ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca aguda en la institución.

**Materiales y Métodos:** Registro prospectivo, unicéntrico, que incluyó a todos los pacientes ingresados al servicio de cardiología de un hospital público con diagnóstico de primera internación por insuficiencia cardíaca (IC) aguda en la institución, entre agosto de 2016 y mayo de 2023. Se recolectaron variables clínicas relevantes, antecedentes, información sobre procedimientos realizados y evolución intrahospitalaria.

**Resultados:** Se analizaron 287 pacientes, de los cuales 43 (15 %) presentaban hipocloremia (cloro sérico  96 mmol/L). No se observaron diferencias por sexo ni por etiología, y la edad fue ligeramente menor en el grupo con hipocloremia. Este grupo mostró menor prevalencia de diabetes (p = 0,03), fracción de eyección más reducida (mediana 20 % vs. 25 %, p < 0,001) y mayor proporción de FEVI <40 % (89 % vs. 73 %). Además, presentaron menor peso, índice de masa corporal y presión arterial. El uso de furosemida fue más frecuente (72 % vs. 50 %), sin diferencias en otros tratamientos. En laboratorio, se observaron niveles más bajos de cloro y sodio, y más altos de bilirrubina total (p = 0,009) y NT-proBNP (p = 0,008), sin diferencias en potasio, bicarbonato, creatinina ni filtrado glomerular.Los días de internación fueron levemente mayores en los pacientes con hipocloremia (mediana 10,5 vs. 9,0 días), aunque sin diferencias estadísticamente significativas (p = 0,2). El requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) fue comparable entre grupos (p = 0,4), al igual que la mortalidad intrahospitalaria (p > 0,9). Sin embargo, el uso de

inotrópicos fue significativamente más frecuente en los pacientes con hipocloremia (p = 0,003). El análisis univariado mostró una odds ratio (OR) de 2,89 (IC95 %: 1,46–5,68; p < 0,002) para el uso de inotrópicos en este grupo. En el modelo multivariado, la hipocloremia se asoció de forma independiente con mayor uso de inotrópicos (OR 2,62; IC95 %: 1,11–6,21; p = 0,027), aun en presencia de hiponatremia. También se identificaron como factores asociados: menor edad, menor presión arterial, sodio <145 mmol/L y mayor bilirrubina total. La fracción de eyección y el sexo no mostraron asociación significativa.

**Conclusión:** La hipocloremia al ingreso se asoció de forma independiente con mayor requerimiento de inotrópicos durante la internación, lo que resalta su valor como marcador de gravedad clínica. Además, los pacientes con hipocloremia presentaron desde el ingreso características basales más severas, lo que refuerza su utilidad pronóstica.

| Evolución intrahospitalaria | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Cloro sérico | | |
| Variable | Todos N = 287[a] | <96mmol/l N = 43[1] | >96mmol/l N = 244[1] | p-value[2] |
| Días de internación | 9.0 (6.0, 15.0) | 10.5 (7.0, 17.0) | 9.0 (6.0, 14.0) | 0.2 |
| Dosis de Furosemida al alta | 40.0 (40.0, 80.0) | 80.0 (40.0, 80.0) | 40.0 (40.0, 80.0) | 0.5 |
| Requirió ARM | | | | 0.4 |
| Sí | 26 (9.1%) | 2 (4.7%) | 24 (9.8%) | |
| Recibió inotrópicos | | | | 0.003 |
| Sí | 71 (25%) | 19 (44%) | 52 (21%) | |
| Muerte intrahospitalaria | | | | >0.9 |
| Sí | 22 (7.7%) | 3 (7.0%) | 19 (7.8%) | |

[1]Test Wilcoxon (Dosis furosemida, diasint), Fisher (cateplónicas).
[2]Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test.

| Modelo de regresión logística para uso de inotrópicos | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Variables | OR | IC 95% Inferior | IC 95% Superior | Valor de P |
| Cloro <96 mmol/L | 2.62 | 1.11 | 6.21 | 0.027 |
| Fracción de eyección (%) | 1.00 | 0.97 | 1.02) | 0.9 |
| Sexo masculino | 1.49 | 0.64 | 3.69 | 0.4 |
| Edad | 0.97 | 0.95 | 0.99 | 0.043 |
| Presión arterial (mmhg) | 0.98 | 0.96 | 0.99 | 0.038 |
| Sodio <145 mmol/L | 2.08 | 1.02 | 4.29 | 0.044 |
| Bilirrubina total (mg/dl) | 1.56 | 1.27 | 1.96 | <0.001 |

Abbreviations: IC = Intervalo de confianza, OR = Odds Ratio
Log-likelihood: -106.21
Número de observaciones: 234

## 0426 - FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA VS PRESERVADA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Mariano Gaston BERGIER | Juan Maria IROULART | Fernando Damián GARAGOLI | Santiago DECOTTO | Juan Augusto CARPANI | Ezequiel LILLO | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una condición heterogénea que plantea un importante desafío clínico. Dentro de esta población, se distinguen dos fenotipos principales: la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (FEVIr) y la preservada (FEVIp).

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio fue comparar las características clínicas, analíticas e ecocardiográficas, así como la evolución a 6 meses -rehospitalización y la mortalidad- entre los pacientes con FEVIr y FEVIp en una cohorte de pacientes hospitalizados por ICA.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años internados de un Hospital Universitario de Buenos Aires con diagnóstico de ICA entre diciembre del 2022 y agosto del 2024. Se excluyeron síndromes coronarios agudos, valvulopatías con indicación quirúrgica, trasplantes cardíacos y trastornos pulmonares graves. Se realizó un análisis descriptivo comparando las características clínicas, bioquímicas y ecográficas al ingreso hospitalario, así como su evolución a 6 meses (incidencia acumulada del combinado de muerte y rehospitalización por insuficiencia cardíaca), entre los pacientes con FEVIr y aquellos con FEVIp. Se consideró FEVIr aquella <50% y FEVIp a una > o = 50%.

| Variable | FEVIr (n=91) | FEVIp (n=84) | p-valor |
|---|---|---|---|
| Edad, mediana [RIC] | 79.6 [55.0 – 83.1] | 83.4 [79.9 – 86.9] | <0.001 |
| Sexo masculino, n (%) | 64 (70) | 31 (37) | <0.001 |
| Hipertensión arterial, n (%) | 74 (81) | 74 (88) | 0.22 |
| Dislipemia, n (%) | 55 (60) | 50 (60) | 0.98 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 25 (27) | 21 (25) | 0.71 |
| Fibrilación auricular crónica, n (%) | 35 (38) | 41 (49) | 0.17 |
| Insuficiencia cardíaca previa, n (%) | 58 (64) | 33 (39) | 0.001 |
| Enfermedad coronaria previa, n (%) | 35 (38) | 21 (25) | 0.066 |
| Presión arterial sistólica, media (mmHg) | 127 ( 29) | 139 (28) | 0.008 |
| Edemas periféricos, n (%) | 64 (70) | 58 (69) | 0.92 |
| Ingurgitación yugular, n (%) | 59 (65) | 39 (46) | 0.014 |
| ProBNP, mediana (RIC, pg/mL) | 9,135 [3,510 – 18,400] | 4,680 [2,010 – 11,200] | <0.001 |
| Creatinina, media (DS, mg/dL) | 1.46 (0.55) | 1.28 (0.40) | 0.11 |
| Sodio urinario, media (DS, mEq/L) | 77.97 (34.7) | 77.84 (35.2) | 0.98 |
| FEVI Simpson, media (DS, %) | 33.4 (8.75) | 57.0 (5.5) | <0.001 |
| Llenado transmitral - Alteración relajación, n (%) | 10 (11%) | 21 (25%) | 0.008 |
| Llenado transmitral - Restrictivo, n (%) | 14 (16%) | 3 (4%) | |
| Relación E/E' septal, media (DS) | 21.8 (7.1) | 17.8 (7.4) | <0.001 |
| Relación E/E' lateral, media (DS) | 17.9 (6.1) | 14.0 (5.2) | <0.001 |
| Insuficiencia mitral moderada o severa, n (%) | 44 (48%) | 24 (29%) | 0.009 |

**Resultados:** Se incluyeron 175 pacientes, 91 pacientes con FEVIr y 84 FEVIp. Los pacientes con FEVIp fueron significativamente de mayor edad (83,4 [RIC 79-86] vs. 79,6 RIC [65-83] años; p<0,001) y en su mayoría mujeres (70% vs. 37%; p<0,001), en comparación con aquellos con FEVIr. La prevalencia de insuficiencia cardíaca previa fue significativamente mayor en el grupo con FEVIr (64% vs. 39%; p<0.001). La sobrecarga de volumen fue la forma de presentación clinica más frecuente en ambos grupos, por sobre el edema agudo de pulmón y el shock cardiogénico. En cuanto a variables bioquímicas, los niveles de NT-proBNP y creatininemia fueron significativamente superiores en el grupo con FEVIr (9135 pg/mL vs. 4680 pg/mL; p<0.001 y 1.46 ml/dL vs. 1.28 mg/dL; p=0.11, respectivamente). En la evaluación ecocardiográfica el patrón restrictivo fue más frecuente en FEVIr (16% vs. 4%; p=0.008). Además, las relaciones E/E´ septal y lateral fueron significativamente mayores en el grupo FEVIr, (E/E´ septal: 21.6 vs. 17.6 ; E/E´ lateral: 17.9 vs. 14.0; p<0.001 respectivamente). La insuficiencia mitral moderada o severa fue más prevalente en el grupo FEVIr (48% vs. 29%; p=0.009), al igual que la dilatación de la vena cava inferior con colapso <50% (81% vs. 55%; p<0.001). En cuanto al tratamiento inicial, la infusión continua de furosemida hubo una tendencia de mayor uso en el grupo FEVIr (45% vs. 33%; p=0.11), y el balance hídrico negativo fue significativamente mayor en este grupo (-3321 [+/- 1981] vs. -2693 ml [+/-1388]; p=0.018). La duración de estadía hospitalaria fue similar entre los grupos con una mediana de 5 dias en ambos grupos. La incidencia del evento combinado tuvo una tendencia a presentarse más frecuentemente en el grupo con FEVI reducida, sin diferencias estadísticamente significativas (42% vs. 32%, p=0.19) (Gráfico).

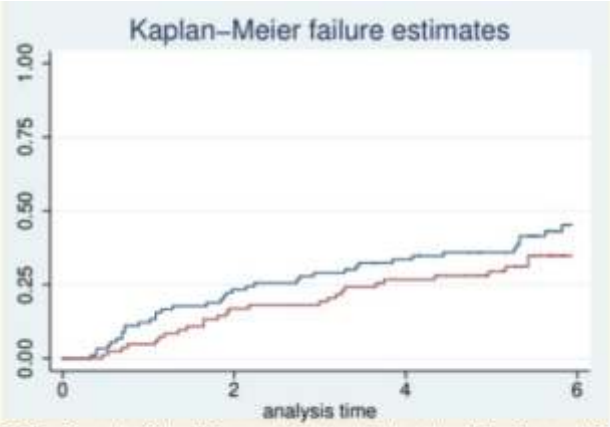


**Gráfico**. Curva de Kaplan-Meier, evento final combinado (rehospitalización y mortalidad total) según fracción de eyección <50% (FEVI reducida en celeste) o ≥50% (FEVI preservada en rojo).

**Conclusión:** La población con FEVIr presentó mayor carga de comorbilidades y signos de congestión más marcados durante la internación índice, evidenciados por parámetros bioquímicos y ecocardiográficos. Si bien esta condición no se asoció con una mayor duración de la hospitalización, pareciera vincularse a un peor pronóstico a 180 días, reflejado en una tendencia de mayor incidencia del combinado de mortalidad y rehospitalización.

## 0438 - SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON DILATACIÓN DE AORTA TORÁCICA DE 40 A 45 MM

Medicina Vascular / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Maria Natalia PELLEGRINI | Ana Carolina PIRES | Rodrigo BAGNATI | Eugenia POMERAANTZ | Rodolfo PIZARRO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La dilatación de la raíz y aorta ascendente entre 40 y 45 mm suele manejarse con vigilancia periódica, dado su bajo riesgo inmediato de eventos adversos. Estudios actuales demuestran que la velocidad con la que progresa la dilatación en estos pacientes es menor a la que se creía inicialmente. Sumado a esto, la relevancia clínica de las dilataciones por debajo de 55 mm sigue siendo motivo de debate. En este contexto, resulta relevante caracterizar la evolución y los factores asociados a eventos de esta población, para optimizar las estrategias de seguimiento y tratamiento.

**Objetivos:** Describir la incidencia de síndrome aórtico agudo (SAA), mortalidad (punto final clínico compuesto), y necesidad de cirugía profiláctica en pacientes con dilatación leve de aorta de raíz y aorta ascendente.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con primer diagnóstico ecocardiográfico de dilatación de aorta no sindrómica entre 40 y 45 mm, entre los años 2011 y 2013. Se recopilaron datos clínicos, ecocardiográficos y evolutivos de la historia clínica electrónica, incluyendo incidencia de complicaciones y necesidad de cirugía hasta la actualidad.

**Resultados:** Se incluyeron 291 pacientes consecutivos, con una mediana de edad de 68 años (RIC 62–75); el 82.8% fueron hombres. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 81% (n=236) y 36.7% (n=107) presentaban antecedente de tabaquismo. Los diámetros aórticos basales fueron: raíz aórtica 40.6 mm (DE 2.4 mm), aorta ascendente 40.6 (DE 2.2

mm). El resto de las características clínicas y ecocardiográficas basales se exponen en la tabla 1. El tiempo de seguimiento promedio fue de 12.2 años (RIC 11.9 - 12.3). En ese período, un paciente (0.3%) presentó un síndrome aórtico agudo (Úlcera aórtica penetrante) y fallecieron otros siete, de los cuales solo uno presentó una causa cardiovascular no relacionada con la dilatación aórtica (Insuficiencia cardiaca).Entre los antecedentes, la presencia de enfermedad vascular periférica fue más prevalente en el grupo con eventos clínicos (12.5% vs 1.1% p <0.01), al igual que la presencia de insuficiencia aórtica mayor a moderada (37.5% vs 9.9% p 0.01). Llamativamente, el diámetro basal de la raíz aórtica fue menor en el grupo con eventos (38 vs 41 mm p 0.03), no observándose diferencias a nivel de la aorta ascendente. Seis pacientes (2%) fueron sometidos a cirugía profiláctica. En la totalidad de los casos, la indicación quirúrgica se definió por la disfunción valvular con diámetro aórtico mayor a 45 mm. El tamaño prequirúrgico por tomografía fue 47.5 mm (DE 3.5). No se encontraron variables clínicas asociadas a este evento. Lógicamente la presencia insuficiencia aórtica significativa (67% vs 10% p<0.01) y un diámetro mayor de la aorta ascendente en el estudio basal (43 mm vs 40 mm, p=0.05), si lo hicieron. La probabilidad de necesitar una cirugía profiláctica se estimó en 1.8 eventos cada 1000 personas-año.

**Conclusión:** En esta cohorte, la dilatación de aorta entre 40 y 45 mm mostró un comportamiento clínico benigno, con baja incidencia de eventos mayores y necesidad de cirugía, que se determinó principalmente por la coexistencia de patología valvular aórtica. Estos hallazgos respaldan un enfoque de manejo conservador.

| Características generales de la población (n = 291) | |
|---|---|
| Variables clínicas | |
| Edad, mediana (RIC) | 68 (62-75) |
| Sexo masculino, n (%) | 241 (82.8) |
| BMI, media (DS) | 28.5 (4.3) |
| Superficie corporal, m2 (DS) | 1.98 (0.20) |
| Hipertensión arterial, n (%) | 236 (81.1) |
| Dislipemia, n (%) | 179 (61.5) |
| Diabetes mellitus, n (%) | 32 (11.1) |
| Tabaquismo, n (%) | 107 (37.2) |
| Infarto agudo de miocardio, n (%) | 33 (11.3) |
| Insuficiencia cardiaca, n (%) | 6 (2.1) |
| Accidente cerebrovascular, n (%) | 5 (1.7) |
| Enfermedad vascular periférica, n (%) | 4 (1.4) |
| Enfermedad renal crónica, n (%) | 10 (3.4) |
| Betabloqueantes, n (%) | 124 (42.6) |
| IECA, n (%) | 99 (34.0) |
| ARA II, n (%) | 65 (22.3) |
| Características ecocardiográficas basales | |
| Insuficiencia aórtica<br>Sin insuficiencia, n (%)<br>Leve, n (%)<br>Leve a moderada, n (%)<br>Moderada, n (%)<br>Moderada-Severa, n (%)<br>Severa, n (%) | <br>130 (44.7)<br>111 (38.1)<br>19 (6.5)<br>25 (8.6)<br>4 (1.4)<br>2 (0.7) |
| Estenosis aórtica significativa, n (%) | 3 (0.9) |
| Insuficiencia mitral significativa, n (%) | 9 (3) |
| Fracción de eyección, % (DS) | 61.7 (6.37) |
| Raíz aórtica, mm (DS) | 40.6 (2.6) |
| Aorta ascendente, cm (DS) | 40.6 (2.2) |
| Raíz aórtica indexada a superficie corporal, mm/m2 (DS) | 20.7 (2.1) |
| Aorta ascendente indexada a superficie corporal, mm/m2 (DS) | 20.7 (2.6) |

Tabla 1 - Características clínicas y ecocardiográficas basales

## 0439 - ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y STRAIN AURICULAR IZQUIERDO EN PACIENTES CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA.

Multimagen

Carolina Elizabeth FOGAR[1] | Ariel Karim SAAD[1] | Verónica Inés VOLBERG[1] | Barbara Gabriela LUX[1] | Carolina CHAVIN[1] | Juan Manuel CAPARROS[1] | Andrea NAKAMA[1] | Max DAVIDSON[2]

*Hospital de Clínicas José de San Martín[1]; Universidad de Buenos Aires[2]*

**Introducción:** El strain auricular izquierdo (LAS, por sus siglas en inglés left auricular strain) se ha consolidado como un marcador sensible de disfunción mecánica auricular subclínica. Su deterioro demostró asociación con mayor riesgo de desarrollo de patologías como fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y eventos cardiovasculares, incluso en pacientes con fracción de eyección preservada (FEp). Diversos factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la obesidad (definida como índice de masa corporal mayor a 30), pueden inducir remodelado estructural y funcional cardíaco, afectando a la mecánica auricular. Sin embargo, la relación específica entre estos factores de riesgo y el deterioro del LAS en pacientes con FEp no ha sido completamente establecida, por lo que la evaluación de dicha asociación, podría permitir una detección más temprana de la disfunción auricular izquierda y orientar estrategias preventivas más eficaces.

Tabla 1. Regresión logística, coeficientes y sus p valores asociados.

| | coef | std err | z | P>/z/ | (0,025 | 0,975) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| constante | -1,4177 | 0,298 | -4,758 | 0,000 | -2,002 | -0,834 |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 1,0396 | 0,342 | 3,036 | **0,002** | 0,369 | 1,711 |
| DIABETES MELITUS TIPO 2 | 0,4566 | 0,422 | 1,083 | 0,279 | -0,37 | 1,283 |
| DISLIPEMIA | 0,6926 | 0,422 | 1,643 | 0,100 | -0,134 | 1,519 |
| TABAQUISMO | 0,9552 | 0,591 | 1,616 | 0,106 | -0,203 | 2,113 |
| OBESIDAD | 0,2605 | 0,384 | 0,679 | 0,497 | -0,492 | 1,013 |

Coeficiente significativo p >0,05

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre factores de riesgo cardiovascular tradicionales y la presencia de disfunción auricular izquierda, determinada por la medición de strain auricular izquierdo, en pacientes con función sistólica preservada.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal sobre una cohorte de pacientes mayores de 18 años que concurrieron al servicio de Ecocardiografía entre Enero de 2024 y Mayo de 2025. Se incluyeron aquellos pacientes con función sistólica preservada, sin cardiopatía estructural ni patologías agudas y con diferente perfil de riesgo. Se midió el strain auricular izquierdo por la técnica de 2D Speckle Tracking. Para el análisis estadístico se utilizó regresión logística binaria para evaluar la asociación entre los factores de riesgo y la presencia de strain auricular izquierdo disminuído. Las variables independientes fueron codificadas como binarias y se reportaron los coeficientes, errores estándar, valores p y odds ratios con intervalos de confianza del 95%. Se consideraron significativos aquellos valores $p < 0,05$. La bondad de ajuste del modelo fue evaluada mediante el pseudo R-cuadrado de McFadden. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico statsmodels en Python 3.11.

**Resultados:** Se incluyeron 181 pacientes edad promedio 56 años, sexo femenino el 72%, con los siguientes factores de riesgo: HTA en el 53% de los casos, DM2 en el 20,4%, dislipemia en 19,9%, tabaquismo en un 8,3% y obesidad en el 26% de los casos. La curva ROC arrojó como resultado un valor normal de strain de reservorio de 26,7% (ABC 0.80 IC 95% 0,71-0,89). Del total de los pacientes, el 26% presentó strain auricular izquierdo disminuído. En el modelo de regresión logística, la HTA fue el único factor de riesgo significativamente asociado al strain disminuído (OR: 2.83; IC95%: 1.45–5.53; p=0.002). Otras variables como diabetes, obesidad y dislipemia no mostraron asociación estadísticamente significativa. El modelo presentó un pseudo $R^2$ de 0.10, indicando una capacidad explicativa adecuada para este tipo de estudios clínicos.

**Conclusión:** La HTA se asoció de forma significativa e independiente con la presencia de strain auricular izquierdo disminuído. Este hallazgo refuerza el rol de la HTA como factor de impacto funcional precoz sobre la mecánica auricular y sugiere que la evaluación del strain podría ser una herramienta útil para la estratificación de riesgo en estadios subclínicos, por lo que podría ser un predictor de strain auricular izquierdo disminuído. La ausencia de asociación significativa con otros factores de riesgo tradicionales podría reflejar un efecto específico de la carga de presión sobre la aurícula izquierda.

## 0443 - REPARACIÓN NEONATAL DE AGENESIA DE RAMA PULMONAR PROXIMAL AISLADA

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Benjamin CHIOSTRI | Daniel KLINGER | Mariana Alejandra LOPEZ DANERI | Rafael FRAIRE | Agustin Patricio CHOZAS | Christian KREUTZER

*Hospital Universitario Austral*

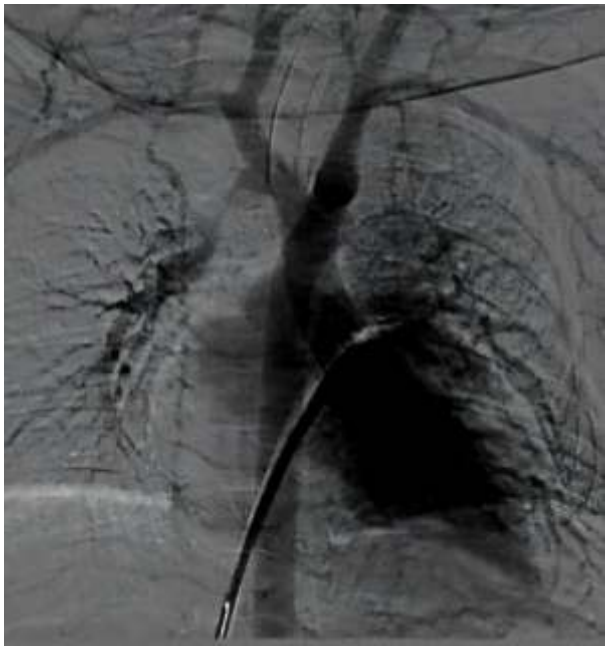
**Introducción:** La agenesia unilateral de la arteria pulmonar proximal es un defecto cardíaco poco frecuente (I 0,39% de todas las cardiopatías congénitas) y puede presentarse como una lesión aislada o asociada a otras malformaciones como Fallot, tronco arterioso, coartación aórtica, etc. Si no se trata, pueden desarrollarse complicaciones como hipertensión pulmonar (44%), insuficiencia cardíaca congestiva y hemoptisis severa (20%), con una tasa de mortalidad reportada del 7%.

**Objetivos:** Analizar el resultado de la reparación en un estadio de la agenesia de rama pulmonar central en etapa neonatal.

**Materiales y Métodos:** Se revisó en nuestra base de datos los casos de agenesia de rama pulmonar central. Se excluyeron los pacientes con anomalías cardíacas congénitas significativas asociadas. Se incluyeron pacientes con lesiones cardíacas menores, como comunicación interauricular (CIA) y ductus arterioso persistente (DAP). Se revisaron los datos clínicos de los pacientes, incluyendo ecocardiografía, cateterismo cardíaco y evolución postoperatoria.

**Resultados:** Entre 2006 y 2024 se identificaron tres pacientes que cumplían con los criterios de selección. A la presentación, la edad media fue de 12 días (rango de 10 a 28 días). Todas eran de sexo femenino. Dos pacientes presentaban agenesia de rama pulmonar central en el lado derecho y una en el lado izquierdo. Todos fueron operados en etapa neonatal con reconexión de rama a tronco pulmonar con parche de pericardio autólogo no tratado. Mortalidad 0%. No requirieron reintervenciones. En un seguimiento medio de 4.5 años desde la cirugía las ramas reconectadas tienen el tamaño correspondiente por superficie corporal y presión normal estimada en ventrículo derecho.

**Conclusión:** La reparación neonatal de la ausencia proximal unilateral aislada de la arteria pulmonar puede realizarse de manera segura en una sola etapa en pacientes neonatales, evitando así en el futuro complicaciones severas como hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva y hemoptisis.



## 0444 - VALIDACIÓN TEMPORAL Y EXTERNA DEL SCORE DETECTTAR

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Magali GOBBO[1] | Maria Victoria CARVELLI[2] | Alejandro Horacio MERETTA[2] | Neiva MACIEL[3] | Luciano COGNIGNI[4] | Jorge CAMILLETTI[5] | Hector Enrique SUEIRO[6] | Osvaldo H. MASOLI[3]

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía[1]; ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires[2]; Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich[3]; Hospital El Cruce[4]; Hospital Italiano de La Plata[5]; Sanatorio Finochietto[6]*

**Introducción:** Para diagnosticar en forma precoz la amiloidosis cardíaca por trastiretina AC-TTR, recientemente se publicó el score deteCTTAR, una escala de puntuación que demostró una alta sensibilidad (76%) y especificidad (85%) para el diagnóstico de esta patología. Una puntuación total del score deteCTTAR >=3 puntos, se considera de ALTO riesgo para padecer la enfermedad, mientras que de 0-2 puntos, el riesgo es BAJO. Si bien los resultados de este score son alentadores, el estudio fue realizado con 342 pacientes de un único centro, por lo que es necesario su validación en otros grupos de pacientes para considerar su aplicación en la práctica clínica diaria.

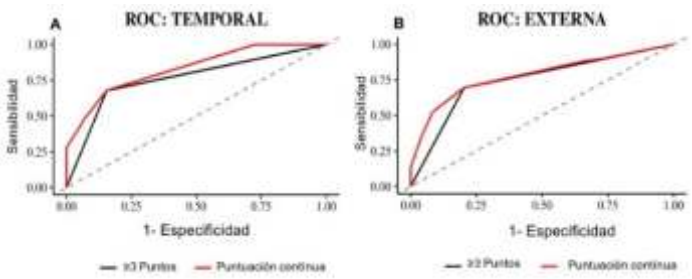
**Objetivos:** Evaluar la validez y rendimiento diagnóstico del score deteCTTAR para el diagnóstico de AC-TTR mediante: 1-Validación temporal: pacientes de la misma institución donde se desarrolló la escala, pero que se sometieron a CC con fosfonatos por sospecha de AC-TTR, después del período de inclusión del estudio original. 2-Validación externa: en una cohorte independiente de pacientes con sospecha de AC-TTR de otros centros.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma retrospectiva, 343 pacientes (n=141 para la validación temporal y n=202 para la externa) con sospecha de AC-TTR, a los cuales se les realizó CC con fosfonatos en 5 centros. Se consideró diagnóstico positivo de AC-TTR a la captación cardíaca del CC grado 2 ó 3 (en ausencia de cadenas livianas en suero y orina) y diagnóstico negativo (no AC-TTR), a la captación cardíaca

| | Validación temporal | | | | Validación externa | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total (n= 141) | AC-TTR (n= 25) | no AC-TTR (n=116) | p | Total (n=202) | AC-TTR (n= 59) | no AC-TTR (n=143) | p |
| **Variables Clínicas** | | | | | | | | |
| Edad ( ± DE) | 80.14 (± 6.39) | 79.76 (± 8.58) | 80.22 (± 5.86) | 0.743 | 67.84 (± 14.46) | 77.93 (± 9.94) | 65.68 (± 14.00) | <0.001 |
| Sexo masculino (n,%) | 94 ( 66.7) | 18 ( 72.0) | 76 ( 65.5) | 0.697 | 128 (63.4) | 44 (74.6) | 84 (58.7) | 0.05 |
| Hipertensión arterial (n,%) | 113 ( 80.1) | 19 ( 76.0) | 94 ( 81.0) | 0.767 | 149 (73.8) | 46 (78.0) | 103 (72.0) | 0.486 |
| Diabetes (n,%) | 27 ( 19.1) | 2 ( 8.0) | 25 ( 21.6) | 0.2 | 68 (33.8) | 7 (11.9) | 41 (28.7) | 0.018 |
| Dislipemia (n,%) | 103 ( 73.0) | 15 ( 60.0) | 88 ( 75.9) | 0.17 | 88 (43.6) | 24 (40.7) | 64 (44.8) | 0.707 |
| Tabaquismo (n,%) | 55 ( 39.0) | 6 ( 24.0) | 49 ( 42.2) | 0.142 | 56 (27.7) | 12 (20.3) | 44 (30.8) | 0.183 |
| Antecedentes coronarios (n,%) | 93 (66) | 20 (80) | 73 (63) | 0.102 | 68 (33,6) | 21 (35,5) | 47 (32,8) | 0,709 |
| Canal medular estrecho (n,%) | 2 ( 1.4) | 1 ( 4.0) | 1 ( 0.9) | 0.786 | 1 ( 0.5) | 1 ( 1.7) | 0( 0.0) | 0.647 |
| Fibrilación auricular (n,%) | 69 ( 48.9) | 15 ( 60.0) | 54 ( 46.6) | 0.318 | 52 (25.7) | 28 (47.5) | 24 (16.8) | <0.001 |
| Ruptura del bicepsi (n,%) | - | - | - | - | 3 ( 1.5) | 3 ( 5.1) | 0( 0.0) | 0.038 |
| Túnel carpiano bilateral (n,%) | 10 ( 7.1) | 8 ( 32.0) | 2 ( 1.7) | <0.001 | 21 (10.4) | 14 (23.7) | 7( 4.9) | <0.001 |
| ICFEY ≥ 50% (n,%) | 89 ( 63.1) | 16 ( 64.0) | 73 ( 62.9) | 1 | 93 (46.0) | 37 (62.7) | 56 (39.2) | 0.004 |
| ICFEY <50% | 29 ( 20.6) | 3 ( 12.0) | 26 ( 22.4) | 0.37 | 62 (30.7) | 15 (25.4) | 47 (32.9) | 0.381 |
| Hipotensión - normotensión (n,%) | 2 ( 1.4) | 1 ( 4.0) | 1 ( 0.9) | 0.786 | 22 (10.9) | 11 (18.6) | 11 ( 7.7) | 0.043 |
| Disfunción autonómica (n,%) | 2 ( 1.4) | 2 ( 8.0) | 0 ( 0.0) | 0.033 | 23 (11.4) | 10 (16.9) | 13 ( 9.1) | 0.175 |
| Polineuropatía periférica (n,%) | 1 ( 0.7) | 0 ( 0.0) | 1 ( 0.9) | 1 | 29 (14.4) | 12 (20.3) | 17 (11.9) | 0.181 |
| Antec de MCP (n,%) | 19 ( 13.5) | 3 ( 12.0) | 16 ( 13.8) | 1 | 20 ( 9.9) | 9 (15.3) | 11 ( 7.7) | 0.168 |
| Antecedente familiar (n,%) | - | - | - | - | 16 ( 7.9) | 3 ( 5.1) | 13 ( 9.1) | 0.501 |
| Hematomas en piel (n,%) | - | - | - | - | 2 ( 1.0) | 1 ( 1.7) | 1 ( 0.7) | 1 |
| **Variables electrocardiográficas** | | | | | | | | |
| Microvoltaje (n,%) | 13 ( 9.2) | 5 ( 20.0) | 8 ( 6.9) | 0.094 | 23 (11.4) | 7 (11.9) | 16 (11.2) | 1 |
| Patrón de pseudoinfarto (n,%) | 36 ( 25.5) | 8 ( 32.0) | 28 ( 24.1) | 0.572 | 25 (12.3) | 13 (22.0) | 12 (8.4) | 0.014 |
| BAV (n,%) | 14 ( 9.9) | 5 ( 20.0) | 9 ( 7.8) | 0.137 | 26 (12.9) | 10 (16.9) | 16 (11.2) | 0.379 |
| **Variables ecocardiográficas** | | | | | | | | |
| SIV (mm) | 13.62 (3.26) | 16.12 (3.40) | 13.09 (2.98) | <0.001 | 13.70 (3.73) | 16.85 (3.95) | 12.74 (3.45) | <0.001 |
| SIV ≥16mm (n,%) | 28 ( 19.9) | 12 ( 48.0) | 16 ( 13.8) | <0.001 | 55 (27.2) | 29 (49.2) | 26 (18.2) | <0.001 |
| AI (n, %) | | | | 0.002 | | | | <0.001 |
| normal | 15 ( 10.6) | 0 ( 0.0) | 15 ( 12.9) | | 46 (22.8) | 5 ( 8.5) | 41 (28.7) | |
| dilatación leve | 39 ( 27.7) | 7 ( 28.0) | 32 ( 27.6) | | 40 (19.8) | 10 (16.9) | 30 (21.0) | |
| dilatación moderada | 43 ( 30.5) | 3 ( 12.0) | 40 ( 34.5) | | 39 (19.3) | 17 (28.8) | 22 (15.4) | |
| dilatación severa | 44 ( 31.2) | 15 ( 60.0) | 29 ( 25.0) | | 53 (26.2) | 13 (22.0) | 40 (28.0) | |
| E/e' ( ± DE) | 12.79 (7.67) | 13.22 (3.96) | 12.71 (8.17) | 0.797 | 15.66 (6.81) | 19.36 (7.56) | 14.12 (5.87) | <0.001 |
| FEY ( %± DE) | 55.72 (11.11) | 56.76 (10.43) | 55.49 (11.28) | 0.606 | 52.07 (13.35) | 54.02 (11.71) | 51.27 (13.93) | 0.184 |
| Eao severa (n, %) | 32 ( 22.7) | 2 ( 8.0) | 30 ( 25.9) | 0,095 | 30 (14.9) | 9 (15.3) | 21 (14.7) | 1 |
| Patrón de relajación (n,%) | | | | <0.001 | | | | <0.001 |
| normal | 4 ( 2.8) | 0 ( 0.0) | 4 ( 3.4) | | 39 (19.3) | 4 ( 6.8) | 35 (24.5) | |
| prolongado | 62 ( 44.0) | 5 ( 20.0) | 57 ( 49.1) | | 109 (54.0) | 18 (30.5) | 91 (63.6) | |
| pseudonormal | 21 ( 14.9) | 9 ( 36.0) | 12 ( 10.3) | | 23 (11.4) | 14 (23.7) | 9 ( 6.3) | |
| restrictivo | 8 ( 5.7) | 6 ( 24.0) | 2 ( 1.7) | | 18 ( 8.9) | 13 (22.0) | 5 ( 3.5) | |
| monofásico | 39 ( 27.7) | 2 ( 8.0) | 37 ( 31.9) | | 12 ( 5.9) | 9 (15.3) | 3 ( 2.1) | |
| indeterminado | 7( 5.0) | 3 ( 12.0) | 4 ( 3.4) | | 1 ( 0.5) | 1 ( 1.7) | 0 ( 0.0) | |
| **Puntaje deteCTTAR ( ± DE)** | 2.16 (1.67) | 4.08 (2.06) | 1.74 (1.24) | <0.001 | 2.27 (1.78) | 3.61 (2.02) | 1.71 (1.32) | <0.001 |

BAV: Bloqueo auriculo-ventricular DE: desvío estandar Eao : estenosis aórtica FEY: fracción de eyección IC: insuficiencia cardíaca MCP: marcapasos

grado 0. Se analizaron las características basales, antecedentes, datos electrocardiográficos y ecocardiográficos de ambos grupos (AC-TTR y no AC-TTR) y de cada una de las cohortes de validación (temporal y externa). Posteriormente, a cada uno de los pacientes se les calculó el riesgo de padecer AC-TTR mediante el score deteCTTAR, otorgando: 2 puntos: al sexo masculino 3 puntos: al antecedente de túnel carpiano bilateral 1 punto: al septum interventricular a 16mm 2 puntos: patrón de relajación pseudonormal o restrictivo Para cada variable cuantitativa, se calcularon media y desvío estándar y se compararon mediante la prueba de t de Student. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y fueron comparadas mediante Chi-square test múltiple. Para determinar el rendimiento del score, se generó la curva ROC y se calculó el área bajo la curva (AUC) con su IC del 95% en cada una de las fases de validación. Se evaluó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del score deteCTTAR para el puntaje 3 en cada una de las cohortes. Se estableció el nivel de significancia estadística como p <0.05.El software utilizado fue R (Version 4.4.1).




**Resultados:** Las características basales de ambas cohortes se muestran en la Tabla 1. Para una puntuación >=3 del score deteCTTAR, el análisis de la curva ROC mostró para la validación temporal, un AUC 0,76 (IC 95% 0,66-0,86) (Fig 1A). Mientras que, para la validación externa, un AUC de 0,74 (IC 95% 0,68-0,82) (Fig 1B). La sensibilidad, especificidad y VPN fueron, respectivamente, del 70%, 85% y 92% para la primera cohorte y del 70%, 80% y 87% para la segunda.

**Conclusión:** La utilización del score deteCTTAR en ambas cohortes de validación, demostró una alta sensibilidad y especificidad para la determinación del riesgo de padecer AC-TTR, siendo similares a las obtenidas en el estudio original. El score deteCTTAR es la primera escala de predicción para la clasificación de riesgo de padecer AC-TTR, desarrollada y validada en nuestro país.

## 0446 - REEMPLAZO PERCUTÁNEO DE VÁLVULA PULMONAR EN TRACTO DE SALIDA NATIVO. TÉCNICA DE IMPLANTE EN "UN PASO" CON VÁLVULA BALÓN EXPANDIBLE: EXPERIENCIA INICIAL EN ARGENTINA

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Alejandro Román PEIRONE | Alejandro CONTRERAS | Marcelo Sebastián CABRERA | Alejandro ALLUB | Ernesto JUANEDA | Nora Alicia BUENO | Edgardo BANILLE | Ignacio JUANEDA

*Hospital Privado Universitario de Córdoba*

**Introducción:** El impacto adverso de la incompetencia valvular pulmonar (IVP) ha sido ampliamente estudiado en pacientes con tetralogía de Fallot (TOF) después de la reparación quirúrgica. El reemplazo percutáneo de válvula pulmonar (RPVP) con válvulas expandibles con balón es una alternativa establecida a una reintervención quirúrgica y su uso está limitado a pacientes con conductos disfuncionantes entre ventrículo derecho (VD) y arteria pulmonar. En Argentina, la mayoría de los pacientes con TOF han sido operados con técnica de colocación de parche transanular. Esta anatomía es desafiante para la colocación de válvulas balón expandibles con técnica de "un paso".

**Objetivos:** Presentar la experiencia inicial en nuestro país de implante de válvula pulmonar balón expandible Myval® (Meril) en tracto de salida nativo (TSN) incluyendo resultados inmediatos y a mediano plazo

**Materiales y Métodos:** Todos los pacientes mostraron IVP de grado severa asociado a dilatación significativa de VD y/o disfunción de VD. Se seleccionaron caso por caso bajo un protocolo de estudio pre establecido. Se consideró técnica de "un paso" el implante en TSN sin "preparación previa" (pre dilatación y/o colocación de stent como zona de anclaje). Se revisaron variables como la demografía y los datos de seguimiento previos al procedimiento, intraprocedimiento y de corto/mediano plazo.

**Resultados:** Desde julio de 2023 hasta abril de 2025, 10 pacientes (8 varones) fueron intervenidos para RPVP. La edad y peso medios fueron 20,2 años (10-46) y 61,3 kg (27-103) respectivamente. Todos los pacientes estaban en clase funcional II según NYHA y tenían IVP severa después de la reparación con parche transanular por TOF. El tiempo medio desde de la última reparación quirúrgica fue de 13 años (7-26). La duración media de QRS fue de 143,4 mseg (130-183). Por

ecocardiografía Doppler color transtorácica la IVP fue de grado 4 en todos los casos, con un diámetro medio de "anillo" pulmonar de 24,5 mm (22-31). Por RNM, la valor medio del volumen de VD telediastólico indexado fue de 151,4 ml/m2 (133-202), el telesistólico indexado de 81,6 ml / m2 (68-92), la fracción de regurgitación pulmonar de 52,4% (39-66) y la fracción de eyección del VD de 47% (39 -56). El éxito de la implantación valvular se logró en todos los casos con un tiempo medio de fluoroscopía de 26,58 min (23,7-39,4). La presión diastólica media de la arteria pulmonar aumentó de 11 mm Hg (7-15) a 21.2 mm Hg (16-28). Ninguno de los pacientes tuvo un gradiente significativo del TSVD o IVP inmediatamente después del implante de la válvula. La duración media de internación fue de 36 hs (24-72). En un seguimiento medio de 6,7 meses (1-21), la IVP permanece en grado 0 en todos los pacientes y el gradiente pico sistólico medio por Doppler color a través de la válvula fue de 21,8 mm Hg (12-66). No se registraron desplazamientos y/o fracturas de las válvulas como tampoco episodios de arritmias, endocarditis infecciosa, necesidad de explante valvular ni fallecimientos durante el seguimiento a corto y mediano plazo.

**Conclusión:** El RPVP en TSN con técnica de "un paso" utilizando la válvula balón expandible Myval® (Meril) es posible, seguro y eficaz. Se observó restauración inmediata de la competencia valvular pulmonar post implante. La selección apropiada de los pacientes y del tamaño de la válvula a implantar, son variables cruciales para el resultado adecuado del procedimiento.

## 0447 - A 5 AÑOS DEL ESTUDIO ISCHEMIA: QUÉ HACEMOS LOS CARDIÓLOGOS ARGENTINOS CON LA ISQUEMIA MIOCÁRDICA?

Cardiopatía Isquémica

Jessica Anahi HERRERO[1] | Maria Victoria CARVELLI[2] | María Jorgelina MEDUS[3] | Lucas SAN MIGUEL[4] | Jorge Francisco CASUSCELLI[2] | Laura BRODSKY1 | Magali GOBBO[2] | Osvaldo H. MASOLI[2]

*Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich[1]; ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires2; Instituto Balseiro[3]; TCba Salguero - Centro de Diagnóstico[4]*

**Introducción:** El estudio ISCHEMIA, publicado en marzo de 2020, comparó el tratamiento invasivo inicial frente al tratamiento conservador en pacientes con cardiopatía isquémica estable. Los resultados de este trabajo, no mostraron diferencias significativas en el compuesto de eventos cardiovasculares a favor de una u otra estrategia con un seguimiento medio de 3,2 años. Estos datos, se contraponen fuertemente a los criterios de revascularización guiados por el monto isquémico hallado en las pruebas funcionales, utilizados en este grupo de pacientes, durante más de dos décadas. Sin embargo, tras varios años de su publicación, no existen datos disponibles que hayan evaluado la influencia de los resultados del estudio en la práctica clínica de los cardiólogos de nuestro medio.

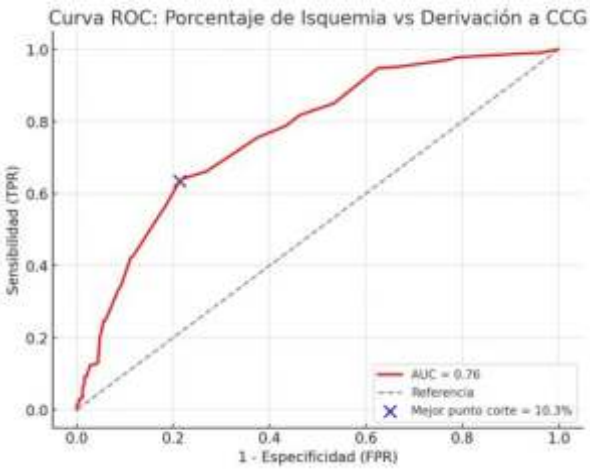
**Objetivos:** Evaluar la conducta de los cardiólogos de dos centros argentinos (uno público y otro privado) en pacientes con isquemia miocárdica diagnosticada por GATED SPECT luego de la publicación del estudio ISCHEMIA, analizando: 1-El umbral de carga isquémica que se relaciona con la elección de una estrategia invasiva. 2-Factores asociados a la derivación a cinecoronariografía (CCG). 3-Diferencias de conducta según el tipo de centro (público vs privado).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes >=18 años con isquemia miocárdica diagnosticada por GATED SPECT (definida como score diferencial >=2) entre enero de 2021 y abril de 2024. Se excluyeron aquellos pacientes con revascularización o síndrome coronario agudo en el último año, contraindicación para revascularización, estudios no evaluables o sin

| | Total (n=561) | Privado (n=354) | Público(n=207) | p |
|---|---|---|---|---|
| **CARACTERÍSTICAS BASALES** | | | | |
| Edad (DE) | 68,4 ± 10,3 | 70,7± 9,8 | 64,4± 9,1 | 0,00 |
| Sexo masculino (n,%) | 479 (85,4) | 304 (86) | 174 (84) | 0,74 |
| Diabetes (n,%) | 186 (33,1) | 107 (30,1) | 79 (38,3) | 0,05 |
| Hipertensión (n,%) | 431 (76,8) | 270 (76) | 161 (78,1) | 0,63 |
| Dislipemia (n,%) | 407 (76,8) | 291 (81,9) | 116 (56,3) | 0,00 |
| Tabaquismo (n,%) | 86 (15,3) | 38 (10,7) | 48 (23,3) | 0,00 |
| Ex tabaquismo (n,%) | 189 (33,7) | 159 (44,7) | 80 (38,8) | 0,21 |
| Antecedenets familiares (n,%) | 168 (30) | 50 (14) | 15 (7,3) | 0,02 |
| Menopausia | 28 (5) | 5 (33,3) | 23 (11,2) | 0,03 |
| Enfermedad coronaria previa (n,%) | 357(63,6) | 229 (67,1) | 128 (61,8) | 0,49 |
| **GATED SPECT** | | | | |
| Prueba de esfuerzo | 349 (62,2) | 190 (53,5) | 159 (78,3) | 0,00 |
| Apremio con Dipiridamol | 167 (29,8) | 125 (35,2) | 42 (20,6) | 0,00 |
| Apremio con Dobutamina | 1 (0,18) | 1 (0,3) | 0 | 1,00 |
| Combinado (esfuerzo + Dipiridamol) | 39 (6,95) | 39 (11) | 0 | 1,00 |
| IST en ergometría | 62 (11) | 38 (19,6) | 24 (6,8) | 0,75 |
| Angina no limitante | 30 (5,35) | 6 (1,7) | 24 (12,3) | 0,00 |
| Angina limitante | 18 (3,21) | 8 (2,3) | 10 (5,1) | 0,00 |
| FEY reposo( %) | 58.55± 14,4 | 60.3 ± 14.6 | 55.4 ± 14.3 | 0,00 |
| Miocardio isquémico medio (% ± DE) | 10,2 (± 6,2) | 9,6± 5,9 | 11,4± 6,6 | 0,00 |
| Cinecoronariografía | 305 (54,3) | 201 (57) | 104 (50) | 0,12 |
| Tratamiento invasivo | 199 (35,4) | 145(41) | 54 (26) | 0,00 |

DE: DESVÍO ESTANDAR. FEY:FRACCIÓN DE EYECCIÓN. IST: INFRADESNIVEL DEL SEGMENTO ST

seguimiento disponible. Se realizó un análisis de curva ROC para identificar el punto de corte óptimo de miocardio isquémico asociado a estrategia invasiva, y se identificaron predictores independientes de derivación a CCG mediante análisis multivariado por regresión logística. Se estableció el nivel de significancia estadística como p <0.05.




**Resultados:** Se incluyeron 561 pacientes (n=354 del centro privado y n=207 del público) con isquemia miocárdica diagnosticada por GATED SPECT. La caracteristicas basales de los pacientes y los resultados de la perfusión miocárdica se muestran en la Tabla 1. El análisis mediante curva ROC identificó un punto de corte óptimo del 10.3% de miocardio isquémico para predecir la derivación a CCG (AUC: 0.76; sensibilidad: 63.5%; especificidad: 78.7%) (Figura 1). En el análisis multivariado, las variables que se asociaron de forma independiente a una mayor probabilidad de indicación de estrategia invasiva fueron: isquemia >= 10,3% (OR: 3.57; IC95%: 2.25–5.69; p<0.01), atención en un centro privado (OR: 2.14; IC95%: 1.36–3.37; p<0.01) y edad <=66 años (OR: 2.09; IC95%: 1.36–3.23; p<0.01). Por el contrario, la presencia de enfermedad coronaria conocida se asoció significativamente a una menor probabilidad de estrategia invasiva (OR: 0.28; IC95%: 0.18–0.44; p<0.01).

**Conclusión:** En esta cohorte contemporánea de dos centros de Argentina, posterior al estudio ISCHEMIA, la conducta de los cardiólogos estuvo fuertemente influenciada por el monto isquémico hallado en el GATED SPECT. La presencia de isquemia >= 10,3% y, en menor medida, la atención en un centro privado así como la edad, se asociaron con una mayor probabilidad de derivación a CCG, mientras que la enfermedad coronaria previamente conocida, se vinculó con una estrategia más conservadora.

## 0449 - VARIABLES CLÍNICAS Y ECOCARDIOGRÁFICAS ASOCIADAS A PEOR PRONÓSTICO EN PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCION DE EYECCION PRESERVADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

Juan Augusto CARPANI | Santiago DECOTTO | Juan Maria IROULART | Mariano Gaston BERGIER | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Cesar BELZITI | Emiliano ROSSI | Rodolfo PIZARRO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La ICFEp (insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada) es un síndrome clínico prevalente y complejo, frecuentemente asociado a múltiples comorbilidades, que impactan negativamente en el pronóstico y dificultan su manejo. Por otro lado, el ecocardiograma cumple un rol central en la estratificación del riesgo de estos pacientes.

**Objetivos:** Identificar variables clínicas y ecocardiográficas asociadas a mayor mortalidad y reinternaciones por insuficiencia cardiaca en una población seleccionada de pacientes añosos con ICFEp.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes 75 años hospitalizados por ICFEp (fracción de eyección >50%) entre septiembre de 2019 y mayo de 2024. Se excluyeron aquellos con dispositivos cardiacos, valvulopatías izquierdas significativas o intervenciones valvulares previas, enfermedad renal avanzada (requerimiento de diálisis o clearance a 30 ml/min), enfermedades terminales con expectativa de vida < 12 meses o infarto agudo de miocardio en los últimos 3 meses. El punto final fue un combinado de mortalidad y reinternaciones por

| | Pacientes sin evento (n=93) | Pacientes con evento (n=77) | p valor |
|---|---|---|---|
| Edad, años (RIC) | 83 (78-86) | 85 (78-88) | 0.03 |
| Masculino, % (n) | 39 (36) | 27 (21) | 0.12 |
| HTA, % (n) | 89 (83) | 86 (66) | 0.49 |
| Dislipemia, % (n) | 45 (42) | 38 (29) | 0.32 |
| Diabetes, % (n) | 26 (24) | 17 (13) | 0.16 |
| Coronariopatía previa, % (n) | 15 (14) | 12 (9) | 0.6 |
| ICC previa, % (n) | 22 (20) | 31 (24) | 0.15 |
| **PRESENTACIÓN CLÍNICA** | | | |
| FA/aleteo, % (n) | 54 (50) | 42 (32) | 0.65 |
| NT-proBNP, pg/ml (RIC) | 2948 (1096-6300) | 3770 (1956-7257) | 0.31 |
| Troponinas US pg/ml (RIC) | 33 (18-52) | 45 (23-81) | 0.13 |
| **ECOTT DE INGRESO** | | | |
| FEVI, % (DE) | 57 (+/-5) | 55 (+-4) | 0.06 |
| Espesor septal, mm (DE) | 12 (+/-2) | 13 (+-3) | 0.23 |
| Volumen AI, ml (DE) | 77 (+/-34) | 79 (+-30) | 0.61 |
| Relación E/E' promedio, % (DE) | 9.7 (+-3) | 10.8 (+-3) | **0.02** |
| Dif. diastólica definida, % (n) | 49 (46) | 66 (51) | **0.03** |
| Disfunción de VD, % (n) | 13 (12) | 27 (21) | **0.02** |
| TAPSE, mm (DE) | 21 (+/-3) | 19 (+-3) | **0.007** |
| FAC VD, % (DE) | 45 (+-6) | 41 (+-7) | **0.001** |
| IT significativa, % (n) | 26 (28) | 43 (50) | **<0.001** |
| PSP, mmHg (DE) | 44 (+/-9) | 50 (+-13) | **<0.001** |
| VCI, cm (DE) | 2 (+/-0.4) | 2 (+-0,4) | 0.23 |

insuficiencia cardiaca dentro del primer año tras el evento índice. Se calculó su incidencia y se compararon las características clínicas y ecocardiográficas entre los pacientes con y sin eventos. Se aplicaron modelos de regresión de Cox univariados y multivariados para identificar predictores del punto final combinado.

| | Regresión univariada HR (IC 95%) | p valor | Modelo multivariado HR (IC 95%) | p valor |
|---|---|---|---|---|
| Edad (v. continua) | 1.02 (0.99 - 1.04) | 0.19 | 1.006 (0.98 - 1.03) | 0.64 |
| Sexo femenino | 1.46 (0.88 - 2.41) | 0.14 | 1.74 (1.03 - 2.94) | **0.04** |
| Fibrilación auricular/aleteo auricular | 0.88 (0.56 - 1.39) | 0.59 | – | |
| Fracción de eyección de VI | 0.95 (0.90 - 1.0009) | **0.05** | 0.97 (0.92 - 1.03) | 0.38 |
| Dist. diastólica definida | 1.80 (1.12 - 2.88) | **0.01** | 1.62 (0.93 - 2.82) | 0.09 |
| Disfunción de VD | 1.97 (1.19 - 3.25) | **0.008** | 1.24 (0.70 - 2.20) | 0.46 |
| PSP (v. continua) | 1.03 (1.01 - 1.05) | **<0.001** | 1.02 (0.99 - 1.04) | 0.07 |
| NT-ProBNP (v. continua cl 1000 pg/mL) | 1.05 (1.007 - 1.09) | **0.02** | 1.01 (0.96 - 1.06) | 0.67 |
| IT significativa | 2.24 (1.43 - 3.51) | **<0.001** | **Variable mediadora** | – |

**Resultados:** Se incluyeron un total de 170 pacientes, con una mediana de edad de 84 [RIC 77-88] años, 66% mujeres. Durante el primer año de seguimiento, el 45% (n=77) presentó el punto final combinado. Los pacientes con eventos fueron más añosos que los pacientes sin eventos (85 vs 83 años; p=0.03), sin diferencias significativas en las demás variables clínicas basales. Con respecto a las características ecocardiográficas, los pacientes con eventos mostraron una tendencia a menor fracción de eyección (55% vs 57%; p=0.06), mayor relación E/E´ (10.8 vs 9.7; p=0.02), disfunción diastólica definida más frecuente (66% vs 49%; p=0.03), valores más bajos de TAPSE (19 mm vs 20.5 mm; p=0.007), menor fracción de acortamiento del ventrículo derecho (41% vs 45%; p=0.001), mayor prevalencia de insuficiencia tricuspídea significativa (46 vs 23%; p<0.01), y presión sistólica pulmonar más elevada (50 mmHg vs 44 mmHg; p<0.001) comparado con los pacientes sin eventos (TABLA 1). En los modelos univariados de Cox, se asociaron significativamente al punto final primario: la relación E/e', la disfunción diastólica definida, la disfunción sistólica del ventrículo derecho, la insuficiencia tricuspídea significativa y la presión sistólica pulmonar. En el analisis multivariado, solo el sexo femenino mostró asociación independiente. (TABLA 2)

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes añosos hospitalizados por ICFEp, la relacion E/e', la disfunción del ventrículo derecho, la insuficiencia tricuspídea significativa y la presión sistólica pulmonar elevada se asociaron a mayor riesgo de mortalidad o reinternación por insuficiencia cardiaca en el primer año. Sin embargo, estas asociaciones no persistieron en el análisis multivariado, posiblemente debido a un poder estadístico insuficiente. El sexo femenino se asoció de manera independiente con mayor riesgo de eventos, subrayando la necesidad de estudios específicos en población femenina con ICFEp.

## 0455 - PREVALENCIA DE VARIANTES GENÉTICAS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA EN PEDIATRICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Dolores BULLO | María Mercedes SAENZ TEJEIRA | Beatriz VILLA

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** Las miocardiopatías en pediatría presentan un curso clinico heterogéneo. El diagnóstico molecular permite diferenciar fenocopias y dirigir el tratamiento

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de variantes genéticas en pacientes con miocardiopatía atendidos en un centro de tercer nivel entre el año 2023-25

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo basado en la revisión de HCE de pacientes entre 0-18 años con diagnóstico de miocardiopatía . Se analizaron múltiples variables y presencia de eventros asociados a la enfermedad (Cirugía de Morrow, colocación de CDI, trasplante y /o MS) . Previa aprobación por el comité de ética del Hospital.

| | MCH | MCD | NDLVC | MCR |
|---|---|---|---|---|
| Edad media al diagnóstico | 3.5 a | 2.2 a | 5 a | 10 a |
| Número de pacientes | n = 23 | n 17 | n 9 | n 5 |
| Familiar + | 8 (34%) | 1 | 3 | 1 |
| Genético | 13(56%) | 8 | 5 | 2 |
| Genético + | 7 | 4 | 3 | 1 |
| | MYH7<br>KRAS<br>LZTR<br>GAA<br>PTPN11<br>LAMP2<br>FLNC | MYH7<br>TNNI3<br>TTN<br>LBNA<br>TAZ<br>MYBPC3 | TNNT2<br>SCN5A<br>MYBPC3 | FLNC |
| Metabolismo | 2 Pompe<br>neonatal-infantil | 2 pacientes en estudio | | |
| Arritmias graves | 3 | | 1 MCF (BAVC) | |
| Cirugía/ Morrow | 4 (17%) | 0 | 0 | 0 |
| Asistencia ventricular | 2 | 0 | 0 | 1 |
| CDI | 3 (13%) | 1 | 0 | - |
| Trasplante cardíaco | 3 (13%) | 1 (33%)<br>1 lista de espera | | 2 lista de trasplante |
| Mortalidad | 2 previo de trasplante | 1 previo trasplante | 0 | 1 en lista de espera |
| | Rasopatías 3<br>Pompe 2 A.Fisiológica 1<br>S.Williams 1 Turner 1 | | | |

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes, 23 (37.7%) presentaron diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica, 17 diagnóstico de miocardiopatía dilatada (27.8%), 9 miocardiopatía no compactada (14.7%) y 5 miocardiopatía restrictiva (8.1%). MCH: edad media 3.5 años. 7 pacientes obtuvieron una variante patogénica, mayor frecuencia MYH7 (LZTR1, LAMP2, FLNC).

MCD: edad media 2.2 años. 4 pacientes variante patogénica (MYH7, TNNI3, TTN y LMNA). MCNC: edad al diagnóstico 5 años. 3 pacientes variante patogénica en TNNT2, SCN5A, TAZ, MYBPC3. MCR: diagnóstico 10 años, 1 paciente FLNC

**Conclusión:** Este estudio proporciona una perspectiva sobre la prevalencia de las miocardiopatías y la heterogeneidad genética de las mismas en pediatría. Se destaca la importancia de difenciar fenocopias para identificar pacientes beneficiarios de un tratamiento específico.

## 0456 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CONGESTIÓN EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: CÓMO ACERTAR SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Giuliana CAMINOTTI | Giuliana Ayelén TRESENZA | Ana Inés María VINUESA | Gustavo Gabriel CASTIELLO | Guillermo LINIADO | Juan Alberto GAGLIARDI

*Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich*

**Introducción:** El examen clínico (EC), es decir la evaluación de los síntomas y signos, constituye la base inicial del diagnóstico y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). La utilidad de estos hallazgos podría variar según la presencia o no de fracción de eyección reducida.

**Objetivos:** Identificar los elementos clínicos asociados a congestión y evaluar si su rendimiento diagnóstico se modifica según la fracción de eyección (FE).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 227 pacientes consecutivos (edad media: 64 ± 11.7 años, 27.2% mujeres) con sospecha de IC y evaluación ecocardiográfica disponible. De acuerdo a la FE se definió IC con FE reducida (ICFEr) cuando la FE <=40% e IC con FE levemente reducida o preservada (ICFEp) con FE >40%. La congestión se definió por criterios ecocardiográficos, considerados como estándar de referencia (Nagueh SF, et al., J Am Soc Echocardiogr 2016;29:277–314). La evaluación clínica se realizó previa al ecocardiograma y de manera ciega, el mismo día o en un plazo menor a 7 días. No hubo cambios clínicos ni terpéuticos entre ambas evaluaciones. Se empleó el Score de Framingham (SFr) asignando 1 punto a ortopnea y/o disnea paroxística nocturna, R3, rales y yugular y/o reflujo hepatoyugular positivo (RHY+); y 0.5 a disnea, hepatomegalia, edemas y FC >100. Se analizaron también combinaciones: iYo (índice yugular/ortopnea) e iRO (índice R3/ortopnea). Se calcularon sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud y prueba de chi² para evaluar asociaciones. Se consideró significativa una p <= 0.05.

Tabla. Desempeño diagnóstico por combinación y fracción de eyección

| Combinación clínica | FE reducida (≤40%) n=154 | FE preservada (>40%) n=73 | Toda la población n=227 |
|---|---|---|---|
| Ortopnea + RHY | LR+ = 14.5<br>1 cada 7<br>(n=22)<br>p < 0.0001 | LR+ = 0.91<br>1 cada 9.1<br>(n=8)<br>p = NS | LR+ = 3.57<br>1 cada 7.6<br>(n=30)<br>p = 0.003 |
| Ortopnea + R3 | LR+ = 4.7<br>1 cada 3.9<br>(n=39)<br>p < 0.0001 | LR+ = 9.1<br>1 cada 5.2<br>(n=14)<br>p < 0.0001 | LR+ = 4.7<br>1 cada 4.3<br>(n=53)<br>p < 0.0001 |
| SFr ≥2 | LR+ = 1.96<br>1 cada 2.2<br>(n=69)<br>p < 0.0001 | LR+ = 2.43<br>1 cada 2.8<br>(n=26)<br>p = 0.055 | LR+ = 2.1<br>1 cada 2.4<br>(n=95)<br>p < 0.0001 |
| SFr <1 | LR+ = 3.1<br>1 cada 3.8<br>(n=41)<br>p = 0.113 | LR+ = 2.3<br>1 cada 2.7<br>(n=27)<br>p = 0.211 | LR+ = 2.9<br>1 cada 3.2<br>(n=68)<br>p = 0.018 |

**Resultados:** Los síntomas aislados no discriminaron adecuadamente congestión, salvo la ortopnea en ICFEr (p = 0.012). El iYo, presente en 1 c/7 p (n=22) en ICFEr (p = 0.0027) y e iRO, presente en 1 c/5 p (n=39) con ICFEp (p < 0.0001), mostraron altísima probabilidad para detectar congestión. Además, un score clínico SFr <= 1 presente en 1c/3 p permite descartar congestión, con alta probabilidad (p < 0.0001). El clásico SFr >=2 discrimina con menor certeza (Tabla)

**Conclusión:** El rendimiento del examen clínico varía según cambia la FE. En casi la mitad de la población, el examen clínico permitió detectar congestión con altísima probabildad, ya sea por la presencia de ortopnea combinada con RHY en ICFEr u ortopnea con R3 en ICFEp; o descartar congestión con un SFr < 1 con alta probabilidad, independientemente de la FE. Para la otra mitad, el score SFr >=2 representa un enfoque razonable para orientar el juicio clínico.

# 0464 - ENSAYO PILOTO DE ACETAZOLAMIDA ORAL EN PACIENTES INTERNADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiología Clínica

Maria Laura MARTINEZ | Oscar Alejandro SALOMONE | Alejandro CONTRERAS | Matias Agustín ROGGERO | Rosario CIVALLERO | Emilio ZINGERLING | Constanza CRAVERO | Maria Cielo CRIVELLO

*Hospital Privado Universitario de Córdoba*

**Introducción:** La acetazolamida (ACTZ) es un diurético que actúa en el túbulo proximal renal. Aunque su uso en la insuficiencia cardíaca (IC) data de los años 50, fue desplazada por fármacos más potentes como los diuréticos de asa. Estudios recientes, incluido el ensayo ADVOR, demostraron que la adición de ACTZ endovenosa (EV) al tratamiento estándar mejora la descongestión en IC descompensada (ICD). En Argentina no se dispone de la forma EV. Se plantea evaluar la utilidad de su administración vía oral (VO) en ICD con el uso de herramientas diagnósticas como ecografía pulmonar, medición de vena cava inferior (VCI) y biomarcadores (BNP/NT-proBNP) para guiar el tratamiento durante la internación.

**Objetivos:** Primario: evaluar si la administración oral de ACTZ reduce la congestión en pacientes con IC descompensada al tercer día de internación, en comparación con el tratamiento habitual (TH). Secundarios: Comparar el tiempo de internación, tasa de reinternación y mortalidad por IC entre ambos grupos. Evaluar la relación entre el uso de ACTZ y fallo renal durante la internación por ICD.

| Variable | ACTZ (n = 8) | TH (n = 13) | Valor p |
|---|---|---|---|
| Edad, mediana (RIC), años | 76 (75–83) | 82 (80–86) | 0.291 |
| Diabetes | 6 (75%) | 5 (38.5%) | 0.183 |
| Uso de ISGLT2 pre internación (%) | 5 (62) | 4 (30) | 0.203 |
| BNP al ingreso, mediana (RIC), pg/ml | 5001 (3998–28907.5) | 3686.5 (2826–4823.5) | 0.167 |
| Creatinina ingreso, mediana (RIC) | 1.7 (1.1–2.1) | 1.2 (1.1–1.3) | 0.192 |
| FEVI, mediana (RIC) | 43.5 (34.5–51.2) | 45.0 (35–52) | 0.885 |
| Días de internación, mediana (RIC) | 8 (5.5–12.5) | 5 (4–8) | 0.398 |
| Dosis de furosemida inicial en mg, mediana (RIC) | 70 (40–80) | 40 (40–60) | 0.064 |
| Score de congestión al ingreso, mediana (RIC) | 7.5 (5–10) | 9.0 (8–15) | 0.244 |
| Bicarbonato al ingreso, mediana (RIC) | 23.9 (23-24.9) | 23.9 (22.6-27.3) | 0.8 |
| IC conocida (%) | 6 (75) | 7 (53.8) | 0.400 |

**Materiales y Métodos:** Estudio piloto, descriptivo, prospectivo de tipo comparativo que evaluó dos estrategias de tratamiento (ACTZ versus TH) en pacientes internados por ICD. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años, con NT-proBNP >1000 y fracción de eyección evaluada en el último año. Al ingreso y previo al inicio de tratamiento se realizó score clínico de congestión, dosaje de BNP, medición de VCI y ecografía pulmonar. Se administró Furosemida EV al doble de la dosis oral habitual (ejemplo: pacientes que recibían 40 mg VO habitualmente recibieron 40 mg EV) y según criterio médico, la primera dosis de ACTZ 375 mg VO. En los días 1 y 2 de internación la dosis de furosemida EV calculada se administró en dos dosis separadas por >=6 horas, acompañada de ACTZ 375 mg VO una vez al día en el grupo ACTZ. Este esquema se mantuvo durante dos días consecutivos. Se reevaluó score clínico de congestión, dosaje de BNP, medición de VCI y ecografía pulmonar al tercer día de internación. Se realizó seguimiento a tres meses en registros de historia clínica. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las variables continuas en mediana y rango intercuartílico (25-75). Para la comparación de las variables categóricas se utilizó test de Fisher y para las variables continuas test de Mann-Withney. Se realizó el análisis estadístico con herramientas de inteligencia artificial (ChatGPT) con el recurso Python. Se consideró estadísticamente significativo a un valor de p menor a 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes desde enero 2024 a abril 2025, con una mediana de edad de 76 años (75 - 83). De ellos, 8 recibieron ACTZ y 13 recibieron TH. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características basales de ambos grupos (tabla 1) ni en los parámetros de congestión evaluados a las 72 hs (BNP, score de congestión, líneas B, vena cava). La mediana de días de internación fue 8 días para el grupo con ACTZ y 5 días para el grupo de TH (p: 0,886). En el seguimiento a 3 meses, se reinternó el 25% de los pacientes en el grupo ACTZ y 25% en el grupo con TH (p NS), y falleció el 12% y 17% en cada grupo respectivamente (p:1). Tampoco se encontró relación entre el uso de ACTZ y el fallo renal durante la internación. El delta de creatinina fue 0.41 [0,32 - 0,55] mg/dL en el grupo ACTZ y 0.26 [0,09-0,31] mg/dL en el grupo con TH (p=0,47).

**Conclusión:** En este estudio piloto, el uso de ACTZ oral en pacientes con ICD fue seguro y bien tolerado, pero no se observaron diferencias significativas en la descongestión ni en los eventos clínicos a corto plazo frente al TH. Se requieren estudios más amplios para confirmar estos hallazgos y explorar su utilidad en subgrupos específicos.

## 0465 - ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON ENFERMEDAD DE EBSTEIN EN UN HOSPITAL GENERAL

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Emilio Alejandro NOVARINO | Barbara Rocio RIEDER BAZAN | María Cecilia CASTELLANOS | Gabriela Romina DAL FABBRO | Patricia KAZELIAN

*Hospital Nacional Profesor A. Posadas*

**Introducción:** La anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita poco frecuente, representa el 0.5% de todas las cardiopatías congénitas, con una prevalencia estimada de 1 en 20,000 nacidos vivos. Su presentación clínica varía desde pacientes (p) asintomáticos a formas graves de cianosis e insuficiencia cardíaca. Se define por el desplazamiento apical anómalo de las valvas septal y posterior de la válvula tricúspide, generando una atrialización del ventrículo derecho. El diagnóstico de confirmación se realiza por ecocardiografía.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de anomalía de Ebstein atendidos en un hospital general.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico ecocardiográfico de anomalía de Ebstein atendidos en los últimos 25 años. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes. Se analizaron variables demográficas, clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Los datos se presentaron como mediana y rango para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes, 65% de sexo femenino. La mediana de edad al diagnóstico fue de 14 meses (rango: 0.03 - 216 meses). De los 23 pacientes estudiados, 14 fueron menores de 2 años (60%). La forma de presentación más frecuente fue asintomática (52.1%), seguida de cianosis (30.5%) y arritmias e insuficiencia cardíaca (17.4%). En el electrocardiograma, 52.2% presentó bloqueo de rama derecha y 8.7% preexcitación tipo Wolff-Parkinson-White. El ecocardiograma mostró insuficiencia tricuspídea severa en el 39%, moderada en el 35% y leve en el 26%. El 74% presentó cardiopatías asociadas; comunicación interauricular (CIA) 9p (39.2%), comunicación interventricular (CIV) 4p (17.4%); CIA+CIV 4p (17.4%). Obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho 4p (17.4%), estenosis pulmonar 2p (8.7%) y atresia pulmoar funcional 2p (8.7%).

**Conclusión:** La enfermedad de Ebstein se presentó en nuestra cohorte con variabilidad clínica. Las formas de presentación más severas correspondieron a pacientes neonatales con cianosis, insuficiencia cardíaca y arritmia. Al momento del diagnóstico el 60.9% tenía electrocardiograma patológico. En la evaluación ecocardiográfica predominó la insuficiencia tricuspídea severa y la mayoría de los pacientes no tuvieron obstrucción al tracto de salida del ventrículo derecho. La cardiopatía asociada más frecuente fue la CIA. Los hallazgos encontrados en la población estudiada son coincidentes tanto desde el punto de vista clínico, electrocardiográfico y ecocardiográfico con lo que está publicado en la bibliografía. El análisis de esta serie de pacientes permitió no sólo caracterizar la enfermedad, sino también demostrar la importancia del abordaje de las cardiopatías congénitas en un hospital general de la provincia de Buenos Aires.

## 0466 - PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA CON Y SIN HORMONOTERAPIA. UNA ESTRATEGIA MULTIDISCIPLINARIA

Cardioncología / Cardiología Clínica

Vanessa VERON DE OÑA | Macarena ALCIVAR | Ismael Antonio GIMENEZ | Daniel Alejandro SANTOS | Carolina Augusta CHACON | Federico LOSCO | Angel MARTIN | J. Pablo SADE

*Instituto Alexander Fleming*

**Introducción:** Los pacientes con cáncer de próstata (CP) actualmente tienen una sobrevida a 5 años del 100%. Sin embargo, este grupo etario tiene un alto riesgo cardiovascular (RCV) debido a sus factores de riesgo y antecedentes de enfermedad

cardiovascular (CV), siendo esta última la principal causa de muerte en Argentina. En aquellos expuestos a hormonoterapia (HT), el RCV aumenta hasta un 75%, asociado al desarrollo de síndrome metabólico, sedentarismo y cambios en la composición corporal. En el presente trabajo, se describe el perfil de RCV en la práctica clínica real de pacientes con CP que ingresaron voluntariamente al servicio de Cardio-Oncología para soporte uro-oncológico en el manejo de sus FRCV.

**Objetivos:** 1) Analizar el perfil de RCV de los pacientes con diagnóstico de CP. 2) Comparar la prevalencia de FRCV en pacientes con y sin HT.

**Materiales y Métodos:** Se desarrolló un programa multidisciplinario de seguimiento voluntario con evaluación prospectiva en pacientes con CP derivados a Cardio-Oncología en el IAF, entre 2018 y enero del 2025. Se incluyeron aquellos que deseaban control cardiovascular, relevando los FRCV y antecedentes CV, y se los comparó según exposición a HT.

**Resultados:** Se incluyeron 133 pacientes con un promedio de seguimiento de 21 meses. El 97% con FRCV al inicio, con una media de 3 FRCV. Las comorbilidades más frecuentes fueron sobrepeso/obesidad (91%), HTA (66%), dislipemia (63%), sedentarismo (62%) y DBT (23%). El 29% tenía antecedentes CV. En el análisis del subgrupo con HT vs sin HT, se evidenció prevalencia significativa de DBT (28% vs 11% p<0,05) Sobrepeso/obesidad (93% vs 82% p<0,05) (y Tabaquistas (18% vs 4% p<0,05). En un análisis adicionalmente, el grupo con HT presentó un mayor riesgo de desarrollar nuevos FRCV (RR 1,3; IC95: 1,03–1,72) y eventos CV (RR 1,2; IC95: 1,06–1,3), en comparación con el grupo sin HT en el seguimiento por cardio-oncología

| Caracteristicas de la Población | |
|---|---|
| Muestra N-(%) | 133 |
| Edad (media) | 70 ± 8 |
| Seguimiento (media) | 20 ± 23 |
| FRCV | 129 (97) |
| NFRC (media) | 3±1 |
| HTA | 88 (66) |
| DBT | 33 (23) |
| DLP | 84 (63) |
| TBQ | 20 (15) |
| Sedentario | 83 (62) |
| Sobrepeso/Obesidad | 121 (91) |
| Antecedentes CV | 38 (29) |
| FEVI preservada | 108 (95) |
| *IAM | 19 (14) |
| *Revascularización | 19 (14) |
| *ICC | 1 (1) |
| *ACV | 3 (2) |
| *Vascular periférico | 9 (7) |
| *Arritmias | 11 (8) |
| *Valvulopatías | 4 (3) |

| Pacientes con CP con y sin HT | | | |
|---|---|---|---|
| | CON HT | SIN HT | P |
| Muestra (N) | 106 | 27 | - |
| Edad (media) | 70 ± 8 | 71 ± 7 | - |
| Seguimiento (media) | 20 ± 23 | 21 ± 23 | - |
| FRCV | 102(96) | 27 (100) | NS |
| NFRC (media) | 3±1 | 3±1 | - |
| HTA | 70 (66) | 18 (67) | NS |
| DBT | 30 (28) | 3 (11) | P<0,05 |
| DLP | 64 (60) | 20 (74) | NS |
| TBQ | 19 (18) | 1 (4) | P<0,05 |
| Sedentario | 66 (62) | 17 (63) | NS |
| Sobrepeso/Obesidad | 99 (93) | 22 (82) | P<0,05 |
| Antecedentes CV | 28 (26) | 10 (37) | NS |
| FEVI preservada | 86 (81) | 22 (82) | NS |
| *IAM | 12 (11) | 7 (26) | P<0,05 |
| *Revascularización | 14 (13) | 5 (19) | NS |
| *ICC | 1 (1) | - | - |
| *ACV | 2 (2) | 1 (4) | NS |
| FRCV seg | 44 (42) | 6 (22) | P<0,05 |
| Evento CV totales | 21(20) | 1 (4) | P<0,05 |
| MACE | 6 (7) | 3 (4) | NS |

**Conclusión:** La prevalencia de sobrepeso/obesidad y diabetes fue significativamente mayor en la población con HT, con una media de tres FRCV por paciente. La prevalencia de diabetes (23%) superó a la de la población general Argentina (13%). La prevalencia de ECV en el seguimiento fue significativamente mayor en el grupo con HT. Si bien los resultados sugieren una tendencia, se debe ampliar la muestra.Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje multidisciplinario en la prevención primaria y secundaria del RCV en pacientes con CP, especialmente en aquellos bajo tratamiento hormonal.

## 0469 - CLASIFICACIÓN DE PACIENTES JÓVENES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MEDIANTE MALDI-TOF-MS Y MACHINE LEARNING. UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO Y TRASLACIONAL.

Investigación Básica / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Martin LEDESMA | Dario GODOY | Maximiliano DE ABREU | Carlos Daniel TAJER | Miriam BLANCO | Vivana FANESSI GUTIERREZ | Laura ANTONIETTI | Javier MARIANI

*Hospital El Cruce*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio (IAM) en jóvenes representa un problema de salud pública relevante, difícil de predecir con las escalas de riesgo convencionales. El análisis peptidómico es una técnica moderna que puede colaborar en la comprensión de mecanismos moleculares que subyacen a las enfermedades cardiovasculares, ofreciendo información para el descubrimiento de biomarcadores, targets farmacológicos y medicina personalizada.

**Objetivos:** Generar un modelo predictivo a partir del análisis peptidómico de muestras de plasma de pacientes jóvenes con diagnóstico de IAM y controles sanos.

**Materiales y Métodos**: Se desarrolló un estudio prospectivo, de casos y controles (casos: adultos <55 años con IAM y controles sanos pareados por sexo y edad), que incluyó la recolección y almacenamiento de muestras de plasma. Se utilizó un espectrómetro de masas MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption Ionization – Time of Flight) para el estudio peptidómico de las muestras. Se procesaron por triplicado experimental muestras de plasma de 94 pacientes en un equipo Shimadzu Axima Assurance en 3 lotes: b1: N = 8 para prueba inicial; b2: N = 61 para desarrollo del modelo y b3: N = 25 para desafío del modelo). Se desarrollaron dos algoritmos in house con el software RStudio v2024.4.2; algoritmo 1): regularización

de espectros para utilizar el paquete MALDIquant v1.22.3; y 2): se utilizó el paquete sva v3.52.0 para mitigar el efecto batch. El b2 se utilizó para entrenar y probar modelos de machine learning (Random Forest, RF, Support Vector Machines y Extreme gradient boosting): Se realizó una división aleatoria en 90% (n = 54) para entrenamiento y 10% (n = 7) para prueba. En el grupo de entrenamiento se determinaron los picos (señales espectrales) que mostraron estabilidad de binarización (54 picos de 102 totales) con el paquete binda v1.0.4. Con estos picos estables se realizó el entrenamiento y la optimización de los modelos por validación cruzada. La selección final de los modelos se realizó en el grupo de prueba (n = 7).

**Resultados:** El modelo seleccionado (lote b2) mostró una exactitud (Ex) = 71,4%; sensibilidad (S) = 75 %; especificidad (Es) = 66,7%; Kappa (K) = 0,42; área bajo la curva (AUC) = 0,71; LR+ = 2,25 y LR- = 0,375 para la clasificación de infartos y controles sanos, mostrando una capacidad discriminativa moderada. Este mismo modelo se desafió contra las muestras b1 (Ex = 62,5%; S = 75%; Es = 50 %; K = 0,25; AUC = 0,63; LR+ = 1,5 y LR- = 0,5) con discriminación moderada y b3 (Ex = 84%, S = 92,9%; Es = 72,7%; K = 0.67; AUC = 0,83 y LR+ = 3,4 y LR- = 0,098) con una buena capacidad discriminativa. Figura 1: A) Picos estables por BDA. En el eje x se encuentra el valor de la prueba de Student multivariada. En el eje y los m/z de los picos (péptidos) detectados. CNT = Controles sano; ID = pacientes IAM. B) Curvas ROC del modelo de RF en los tres lotes bajo estudio.

**Conclusión:** El modelo generado a partir de las muestras de peptidoma en plasma de pacientes con infarto y de pacientes sanos mostró una capacidad discriminativa moderada a buena. A su vez, la estabilidad de la performance del modelo entre los distintos lotes es aceptable para este tipo de estudio. El modelo propuesto podría tener un valor adicional a los instrumentos de predicción clínica, aunque debería ser validado en estudios de mayor envergadura.

## 0471 - SEGUIMIENTO A 10 AÑOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: EVALUACIÓN CLÍNICA, GENÉTICA E IMAGENOLÓGICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Analia Gladys PAOLUCCI | Maria Victoria CARVELLI | Rocío Del Cielo VILLA FERNÁNDEZ | Gabriela MURONI | Angel Fernando INTRIAGO DELGADO | Hyun Sok YOO | Mario PRINCIPATO | Justo CARBAJALES

*Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*

**Introducción:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad primaria del miocardio caracterizada por una presentación clínica y una evolución altamente heterogéneas. Se han desarrollado múltiples estrategias de seguimiento con el objetivo de optimizar su manejo. Sin embargo, la mayoría de estas recomendaciones se basan en estudios con períodos de seguimiento clínico inferiores a 10 años. Son escasos los trabajos que analizan la evolución a largo plazo de la enfermedad en relación con esquemas sistematizados de seguimiento

**Objetivos:** Describir las características clínicas, genéticas e imagenológicas de una cohorte de pacientes con MCH con seguimiento prolongado a 10 años. Evaluar si un modelo de seguimiento estrecho y protocolizado impacta favorablemente en la evolución clínica y pronóstica

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de una cohorte de 58 pacientes con diagnóstico de MCH, seguidos en el Área de Cardiopatías Hereditarias de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 2015 y 2025. Los pacientes contaron con un seguimiento clínico estrecho, con controles presenciales cada 2 meses. Los estudios complementarios se realizaron según protocolo: ecocardiograma, resonancia cardíaca con gadolinio y prueba de esfuerzo, de forma anual; Holter de 24 horas cada 6 meses (o con mayor frecuencia según evolución clínica); y control de cardiodesfibrilador implantable (CDI) cada 4 meses. En un subgrupo de pacientes se realizó estudio genético mediante panel ampliado para MCH, y test de gota gruesa para el diagnóstico diferencial con enfermedad de Fabry, a fin de descartar fenocopias. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva, y se aplicaron pruebas no paramétricas para la comparación de medianas, considerando significativa una $p < 0,05$. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana con su correspondiente rango intercuartilo (RIC), de acuerdo a su distribución. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes.

**Resultados:** Se evaluaron 58 pacientes con MCH, con una media de edad de 52 ± 8 años, de los cuales el 57 % eran de sexo masculino. El seguimiento se realizó desde marzo de 2025 en el consultorio de Cardiopatías Hereditarias. El score de riesgo HCM tuvo una mediana 2.05 (RIC 1,3-3,45) , y el espesor parietal 17 (RIC 14-21) . El 10 % de los pacientes presentaba antecedentes de muerte súbita en familiares de primer grado, mientras que un 20 % tenía antecedentes familiares de MCH. Durante el seguimiento, el 10 % de los pacientes presentó episodios de síncope y otro 10 % refirió angor. La indicación de CDI

se realizó en el 14 % de los casos, principalmente como medida de prevención primaria, guiada por el score de riesgo HCM. El monitoreo Holter reveló arritmias ventriculares complejas, incluyendo taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) y sostenida (TVS), en el 12 % de los pacientes. Se realizó test genético en 30 pacientes: 20 (66 %) fueron positivos, 4 (13 %) de significado incierto y 6 (20 %) negativos. No se observó correlación entre el resultado genético y el espesor parietal. Se diagnosticaron tres casos de fenocopias de MCH (dos PRKAG2 y una rasopatía). Asimismo, se realizó test de gota gruesa para enfermedad de Fabry en todos los pacientes, con resultados negativos. Durante el seguimiento, se produjeron dos muertes: un paciente de 25 años falleció por muerte súbita durante el ejercicio, tras rechazar la implantación de un CDI y sin controles posteriores; el segundo, de 62 años, falleció por neumonía atípica.

**Conclusión:** A pesar de la evolución heterogénea que caracteriza a la MCH, el pronóstico a 10 años en nuestra cohorte fue favorable. Un esquema de seguimiento personalizado y basado en la evidencia contribuyó a una evolución clínica satisfactoria.

## 0472 - EFECTO DEL ENTRENAMIENTO FÍSICO COMBINADO O AERÓBICO SÓLO SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL, FUERZA MUSCULAR Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: DIFERENCIAS ENTRE EL ENTRENAMIENTO CONTINUO VS. INTERVALADO.

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Miguel Pablo Jorge RESNIK | Andrea GIL PLOZZER | Maria Florencia CONTE | Lorena BOLLATTI | Juan Carlos SIMEONE | Karkna Valeria MORDOJ | Maria Sol CIRONE | Rosana Lilian VIZCARRA

*Sanatorio Dr. Julio Méndez*

**Introducción:** En los últimos años han surgido numerosos trabajos comparativos entre el entrenamiento aeróbico intervalado de alta intensidad (HIIT) y el entrenamiento continuo de moderada intensidad (ECM) aplicable no solamente a quienes tienen enfermedad cardiovascular, sino también en factores de riesgo conocidos (diabetes, hipertension, obesidad, dislipemia, sme metabólico, etc). Hay cierta disparidad en sus resultados, con una tendencia favorable para el HIIT en cuanto a capacidad funcional, función vascular periférica y calidad de vida, y sus contraindicaciones no difieren sustancialmente de las habituales.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo fue el de comparar metodologías de entrenamiento en forma combinada o aislada, y evaluar su impacto sobre el VO2 máx., fuerza muscular máxima (FMC) y composición corporal en pacientes con enfermedad coronaria que participaron de un programa de rehabilitación cardiovascular en el Sanatoro Dr Julio Mendez de la Ciudad de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes, analítico, observacional sobre 300 pacientes (p), con una edad promedio de 62,08 ± 8,9 años. De ellos 235 eran hombres y 64 mujeres, con enfermedad coronaria documentada, clínicamente estables, con tratamiento médico optimo y en ritmo sinusal. Todos los p realizaron una PEG aplicando un protocolo de rampa en cinta con el cálculo teórico del VO2 máx. (Fórmula ACSM) y su corrección con apoyo en barra (Fórmula Mc Connell); una prueba de caminata de los 6 minutos (P6M); un ECO 2D con análisis de fracción de eyección (FE) por método de Simpson; análisis de porcentaje de grasa corporal por plicometría YMCA (%GC) y medicion de fuerza máxima en cuádriceps (FMC) con un test de 1RM. En cuanto al entrenamiento, los p realizaron 2 sesiones semanales durante 3 meses y se distribuyeron los grupos por modalidad de entrenamiento en forma homogénea de acuerdo a: edad, sexo, FE, índice de masa corporal y VO2 máx. Las modalidades de entrenamiento fueron las siguientes: EAC: 70-75% de la FC máxima en la PEG (35 minutos), HITT: series de 4 x 3: 90-95% FC máx. alternando con 70-75% FC máx. (35minutos), EM: 60% de 1RM con aumento en repeticiones e intensidad de acuerdo a evolución clínica.

Se calculó la variación porcentual (ð%) de las variables analizadas pre y postentrenamiento. Las diferencias entre grupos fueron medidas por ANOVA de un factor, con análisis post-hoc de Bonferroni. Se empleó el software IBM SPSS v 24, considerándose una diferencia estadísticamente significativa un valor de P < 0.05.

**Resultados:** Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre grupos en FMC y %GC y P6M (P 0.001) afavor dell entrenamiento combinado en sus dos variantes (EAC + EM; HIIT+ EM) vs entrenamiento aeróbico sólo (EAC; HITT). Con respecto a la variación porcentual del VO2 máx., la diferencia que se encontro no fue estadísticamente significativas entre los grupos (P NS), con una tendencia positiva a favord el entrenamiento intervalado (combinado o no): EAC + EM ð% 19,28; HIIT + EM ð% 22,34; EAC ð% 20,68 ; HIIT ð% 23,04 (IC 95%).

**Conclusión:** De acuerdo con los datos obtenidos, el EM sumado al trabajo aeróbico tienen un impacto favorable sobre la fuerza muscular, composición corporal y capacidad aeróbica submáxima. El HIIT por sí sólo genera una mayor potencia aeróbica, con buena tolerancia y sin complicaciones.

## 0479 - PREVALENCIA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES CON REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATETER EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Giuliana CORNA | Cristian GARMENDIA | Sebastian PIÑEL | Martin DENICOLAI | Fernando COHEN | Alejandro Diego FERNANDEZ | Ignacio Miguel SEROPIAN | Carla Romina AGATIELLO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La endocarditis infecciosa (EI) constituye una complicación infrecuente, pero de alto impacto clínico tras el reemplazo valvular aórtico por vía transcatéter (TAVR), caracterizada por un perfil clínico y microbiológico distintivo, con una evolución generalmente adversa. Hasta la fecha, disponemos de escasa información regional sobre su prevalencia, características y evolución clínica en el seguimiento.

**Objetivos:** Describir la prevalencia, características y evolución clínica intrahospitalaria de la EI en pacientes sometidos a un TAVR.

**Materiales y Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo, que incluyó adultos portadores de EA severa sintomática sometidos a TAVR entre marzo de 2015 y mayo de 2025. Se analizaron las características clínicas, microbiológicas e imagenológicas al diagnóstico, el tratamiento recibido y la evolución clínica intrahospitalaria. El diagnóstico de EI se definió según los criterios de Duke modificados, y se clasificó según el momento del diagnóstico post TAVR como "precoz" (dentro del primer año), o "tardía" (después del primer año).

| VARIABLES | N = 12 |
|---|---|
| **Endocarditis según criterios de Duke modificados** | |
| Endocarditis definida | 9 (75%) |
| Endocarditis probable | 3 (25%) |
| **Características clínicas** | |
| Edad, años [RIC] | 83 [78-86] |
| Sexo, Masculino (%) | 9 (75%) |
| Índice de masa corporal [RIC] | 30 [25-33] |
| Diabetes mellitus (%) | 1 (8%) |
| Insuficiencia renal crónica (%) | 5 (42%) |
| Cirugía de revascularización previa (%) | 2 (17%) |
| Tiempo desde TAVR a EI [RIC], días | 598 [90-1.162] |
| Tiempo desde TAVR a EI precoz [RIC], días | 87 [66-114] |
| **Características ecocardiográficas** | |
| Vegetación >10mm (%) | 3 (25%) |
| Disfunción protésica (%) | 1 (8%) |
| Compromiso anular (%) | 1 (8%) |
| FEVI > 55% (%) | 11 (92%) |
| **Presentación clínica** | |
| Hemocultivos positivos (%) | 11 (92%) |
| Leucocitos/mm3 al ingreso [RIC] | 8.990 [6.827-12.900] |
| Plaquetas/mm2 al ingreso [RIC] | 153.850 [87.125-203.600] |
| Proteína C reactiva [RIC] | 64 [30-84] |
| **Evolución** | |
| Embolia (%) | 4 (33%) |
| Parámetros de shock (%) | 2 (17%) |
| Requerimiento de ARM (%) | 2 (17%) |
| Reintervención quirúrgica (%) | 1 (8%) |

**Resultados:** Se incluyeron 521 pacientes. La mediana de edad fue de 84 [RIC 79-87] años y el 65% fueron mujeres. La mayoría recibió prótesis autoexpandibles (77%), siendo el acceso femoral el más frecuente (72%), principalmente realizado mediante un abordaje quirúrgico (69%). La mediana de seguimiento fue de 620 [RIC 142-1288] días. La prevalencia de EI fue del 2.3% (n=12); de los cuales el 42% (n=5) fueron EI precoces (Tabla 1). El acceso femoral (92%) y, en contraste con la cohorte total, las prótesis balón-expandibles (67%) fueron más frecuentes entre los pacientes que desarrollaron EI. El Enterococcus Faecalis fue el microorganismo más común, tanto en los casos de endocarditis precoces (n=2) como en las tardías (n=3). El 75% (n=9) presentó vegetaciones en el ecocardiograma transesofágico, el 33% (n=4) fenómenos embólicos y sólo un paciente tuvo disfunción protésica. Cuatro pacientes tuvieron indicación quirúrgica, pero solo uno fue operado, con buena evolución. La mortalidad intrahospitalaria fue del 16% (n=2), ambos en

pacientes con indicación quirúrgica no realizada por futilidad. Todos los pacientes que sobrevivieron recibieron tratamiento antibiótico ajustado según antibiograma durante 6 semanas y un 33% (n=4) recibió posteriormente tratamiento antibiótico supresivo.

**Conclusión:** En nuestra cohorte de pacientes con EA severa sometidos a TAVR se observó una prevalencia no despreciable de EI (2.3%). Considerando que el TAVR representa una estrategia terapéutica en expansión con un número creciente de casos, resulta fundamental conocer las características y evolución de esta población para implementar medidas diagnósticas y terapéuticas precoces y eficaces que reduzcan su impacto clínico.

## 0487 - MORTALIDAD Y NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO QUIRÚRGICO VS. TRANSCATÉTER EN POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Guillermo GUTIÉRREZ | Nestor Manuel CLUSA | Juan Manuel TELAYNA (H) | Juan Ignacio DAMONTE | Victoria Paola GALLEGO | Juan Manuel TELAYNA | Ricardo Andrés COSTANTINI | Guillermo VACCARINO

*Hospital Universitario Austral*

**Introducción:** La estenosis aórtica severa es una valvulopatía prevalente en adultos mayores con pronóstico desfavorable sin tratamiento. Si bien el reemplazo valvular aórtico quirúrgico (SAVR) fue el tratamiento estándar, el reemplazo transcatéter (TAVR) ha surgido como una alternativa eficaz, expandiendo las opciones terapéuticas para diversas poblaciones de riesgo. A pesar de los resultados comparables en mortalidad entre ambos procedimientos, la TAVR se asocia consistentemente con una mayor incidencia de implante de marcapasos definitivo (MPD), influenciada por factores como el tipo de válvula y las características del sistema de conducción.

**Objetivos:** Comparar la mortalidad a 30 días y la necesidad de implante de MCD entre pacientes mayores de 75 años sometidos a SAVR vs TAVR.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 90 pacientes con estenosis aórtica severa, intervenidos en un hospital de alta complejidad. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según el procedimiento realizado: SAVR mayores de 75 años (Grupo1, N42), con datos recolectados entre 2015 y 2020 y TAVR (Grupo2, N48), con datos recolectados entre 2020 y 2025. Se recopilaron y compararon variables demográficas, comorbilidades, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), dislipemia (DLP), EPOC, insuficiencia renal (IRC), cirugía previa, Euroscore, y características ecocardiográficas preoperatorias, área valvular, FEY, FEY <50% y calcificación aórtica. Los resultados postoperatorios a 30 días incluyeron la incidencia de óbito, accidente cerebrovascular (ACV), diálisis y, específicamente, la necesidad de implante MPD.

| Variable | Grupo 1 (n = 42) | Grupo 2 (n = 48) | Total (n = 90) | Valor p |
|---|---|---|---|---|
| Edad (años) | 78.8 ± 3.75 | 80.42 ± 7.7 | 79.7 ± 6.0 | ≈ 0.20 |
| Masculino | 27 (64.2%) | 26 (54.1%) | 53 (58.9%) | ≈ 0.33 |
| HTA | 40 (95.2%) | 41 (85.4%) | 81 (90.0%) | ≈ 0.13 |
| IMC | 26.9 ± 3.2 | 23.6 ± 5.0 | 25.1 ± 4.4 | < 0.001 |
| Diabetes mellitus | 14 (33.3%) | 14 (29.2%) | 28 (31.1%) | ≈ 0.68 |
| Dislipidemia | 34 (81.0%) | 24 (50.0%) | 58 (64.4%) | < 0.01 |
| EPOC | 6 (13.0%) | 2 (4.2%) | 8 (8.9%) | ≈ 0.15 |
| IRC | 5 (10.8%) | 7 (14.6%) | 12 (13.3%) | ≈ 0.56 |
| Cirugía previa | 5 (10.8%) | 3 (6.3%) | 8 (8.9%) | ≈ 0.47 |
| No electivo | 11 (23.9%) | 15 (31.3%) | 26 (28.9%) | ≈ 0.45 |
| Calcio Aorta | 22 (47.8%) | 16 (33.3%) | 38 (42.2%) | ≈ 0.16 |
| Área valvular | 0.76 ± 0.20 | 0.82 ± 0.16 | 0.79 ± 0.18 | ≈ 0.08 |
| FEY | 58.7 ± 9.0 | 61.8 ± 11.0 | 60.3 ± 10.2 | ≈ 0.09 |
| FEy <50% | 7 (15.2%) | 7 (14.6%) | 14 (15.6%) | ≈ 0.94 |
| EuroSCORE II | 2.37 | 6.2 | - | < 0.001 |

| Variable | Grupo 1 (n = 42) | Grupo 2 (n = 48 | Total (n = 90) | Valor p |
|---|---|---|---|---|
| Obito | 1 (2.4%) | 1 (2.1%) | 2 (2.2%) | ≈ 1.00 |
| ACV | 0 | 0 | 0 | - |
| MCP | 2 (4.8%) | 15 (31.3%) | 17 (18.9%) | ≈ 0.0014 |
| Dialisis | 1 (2.4%) | 0 | 1 (1.1%) | ≈ 0.47 |

**Resultados:** En cuanto a las características preoperatorias la edad promedio SAVR, 78.8±3.75 años vs TAVR, 80.42±7.7 años (p=0.18), con un promedio global 79.61 años. En cuanto al género, 64.2% SAVR y 54.1% TAVR fueron masculinos. Los factores de riesgo y antecedentes solo hubo diferencias significativas en IMC 6.9±3.2 en SAVR vs 23.6±5 TAVR p=0.0004 y DLP 76% SAVR vs 50% TAVR p=0.01. En cuanto a las demás variables, HTA, DBT, EPOC, IRC, cirugía cardíaca previa y procedimientos no electivos, no hubo diferencias entre ambos grupos. En cuanto a las características ecocardiográficas, tanto el área valvular aórtica, la FEY y la FEY <50, tampoco hubo diferencias. El Euroscore promedio fue de 2.37 para SAVR y 6.2 para TAVR con significancia estadística (p<0.0001). La mortalidad a 30 días fue muy baja y comparable entre ambos grupos, 1 óbito (2.38%) SAVR y 1 óbito (2.08%) TAVR (p=0.94). No se registraron ACV en ninguno de los grupos. La necesidad de diálisis se observó solo en 1 paciente (2.1%) SAVR (p=0.47). La incidencia de necesidad de MPD fue

notablemente diferente; SAVR se reportaron 2 casos (4.76%), el grupo TAVR 15 casos (31.25%) (p=0.0013). Es importante destacar que, de estos 15 pacientes que requirieron marcapasos en el grupo TAVR, solamente cuatro presentaron ritmo sinusal preoperatorio (26.6%), mientras que los restantes 11 ya contaban con alguna alteración del electrocardiograma previo (73.33%). Además, de estos 15 pacientes, solo 1 recibió una válvula balón expandible. Asimismo, únicamente 4 pacientes requirieron posdilatación luego del implante.

**Conclusión:** Este estudio demuestra que la mortalidad a 30 días es similar entre pacientes mayores de 75 años tratados con SAVR o TAVR. Sin embargo, la necesidad de MCD fue significativamente mayor en el grupo TAVR, asociada a factores como el ritmo preoperatorio y el tipo de válvula. Estos hallazgos destacan la importancia de una adecuada selección del paciente y del tipo de prótesis.

## 0489 - USO ACTUAL DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Estefanía Elizabeth LÓPEZ CASTILLO | Jorge Luis LOOR BRUQUE | Paola Silvia ALVAREZ CARVAJAL | Paola Daniela MOYÓN CONSTANTE | Elio Frank VILLEGAS RONQUILLO | Geraldo Emilio BRACHO PERCHE | Noelia Elizabeth CASTILLO | Camilo Ariel PULMARI

*Centro de Alta Complejidad Juan D. Perón "Polo Sanitario"*

**Introducción:** La inteligencia artificial (IA) es un sistema más complejo que el cerebro humano ya que sobrepasa su capacidad para procesamiento y análisis de grandes cantidades de datos, reconocimiento de patrones y formulación de predicciones, lo cual ha permitido mejorar la toma de decisiones y ampliar las posibilidades para el diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades, dando como resultado una mejor eficacia y eficiencia en los sistemas de salud, proyectando resultados positivos para los profesionales y pacientes.

**Objetivos:** 1.Describir el nivel de conocimiento, frecuencia y motivo de uso de la IA en personal del ámbito de la salud. 2.Visibilizar la incorporación y uso de la IA en el ámbito de la salud.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, analítico y multicéntrico, para lo cual se utiliza como herramienta un cuestionario de preguntas de opción múltiple informatizado en el perido comprendido entre 01 de abril al 01 de mayo del 2025. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS23

**Resultados:** Participaron del cuestionario un total de 245 individuos, predominantemente de sexo femenino 62.9%, con mediana de edad 36 (31-42) años, siendo el personal médico 61.2% vs no médico el 38.8%. De los participantes el 93.9% conoce la IA y 63.6% la utiliza; el principal motivo de uso fue actualización de conocimiento 54.3%, seguido por investigación 33%. Se observó que los médicos utilizan más frecuentemente la IA 73.3 % comparados con el personal no médico 49.5 %, con una diferencia estadísticamente significativa. P: 0.0001. La plataforma más utilizada fue ChatGPT 57.7%, siendo la versión gratuita la más consultada 81.4%, teniendo satisfacción por la aplicación el 67.9%. El 68.6% de los participantes consideraron que el cuestionario fue un disparador para interiorizarse y/o profundizar sobre el tema.

**Conclusión:** En el presente estudio se observó que la inteligencia artificial en el ámbito de la salud es utilizada mayoritariamente por el personal médico para profundizar el conocimiento, desarrollo de investigación y en el marco de lo asistencial como complemento para toma de decisiones.

## 0492 - RESULTADOS Y ESTRATEGIAS DE VALVE IN VALVE: UN ANÁLISIS DE 31 CASOS

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Jorge Renzo TELLO VELÁSQUEZ | Fernando CURA | Pablo Marcelo SPALETRA | Santiago ORDOÑEZ | Federico LIBERMAN | Lucio Tiburcio PADILLA (H) | Julian FEDER

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** El Valve in valve es una técnica mínimamente invasivas, la cual ha emergido como una alternativa efectiva para pacientes con disfunción protésica severa que presentan alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, esta población suele presentar múltiples comorbilidades y características anatómicas complejas que pueden influir en los resultados y complicaciones del procedimiento. Es fundamental analizar las características clínicas, técnicas y complicaciones asociadas para optimizar la atención y los resultados en estos pacientes.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, técnicas empleadas y complicaciones relacionadas con el implante de Valve in vale aórtico en una cohorte de pacientes de edad avanzada con alto riesgo quirúrgico. Además, evaluar la efectividad de las estrategias preventivas utilizadas y analizar los resultados postoperatorios.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de una serie de 31 pacientes sometidos a implante de Valve in valve aórtico. Un paciente falleció durante el procedimiento, por lo que la muestra final fue de 30 pacientes. La edad mediana fue de 80 años (rango de 72 a 97 años). Se recopilaron datos sobre comorbilidades prevalentes (hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, enfermedad arterial periférica), puntaje EUROSCORE, tipo de disfunción protésica (estenosis, insuficiencia o ambos mecanismos), tamaño de la válvula implantada, y características anatómicas relacionadas con el riesgo de oclusión coronaria. La estrategia principal para prevenir oclusiones fue la técnica de la chimenea, sin uso de stent en la mayoría de los casos. Se evaluaron complicaciones postoperatorias, incluyendo insuficiencia aórtica y fractura de prótesis, mediante análisis estadístico comparativo.

**Resultados:** La población presentó un alto riesgo quirúrgico, con una mediana de puntaje EUROSCORE de 17.7. La mayoría de los pacientes tenían comorbilidades significativas: hipertensión arterial (87%), dislipidemia (83%), diabetes mellitus (22%) y enfermedad arterial periférica (16%). La disfunción protésica predominante fue la estenosis aórtica (35.8%), seguida por insuficiencia aórtica (25.8%). Se implantaron principalmente válvulas de tamaño pequeño (número 23 en 18 pacientes). Se identificó un potencial riesgo de oclusión coronaria en 7 pacientes, prevenido eficazmente mediante la técnica de la chimenea, sin necesidad de stent en la mayoría. En un caso, se presentó alteración del flujo coronario que requirió la implantación de stent. Respecto a la insuficiencia aórtica post-implante, el 13% de los pacientes presentaron insuficiencia moderada a severa, aunque tras la fractura de prótesis en algunos casos, ninguno mostró esta complicación. La comparación estadística no evidenció diferencias significativas en los gradientes medios entre pacientes con y sin fractura de prótesis ($p=0.717$).

**Conclusión:** El implante de valve in valve aórtico en pacientes de edad avanzada con alto riesgo quirúrgico es una estrategia efectiva y segura, especialmente cuando se emplean técnicas preventivas como la de la chimenea para evitar oclusiones coronarias. Aunque se presentaron algunas complicaciones, en general, los resultados fueron favorables y manejables, demostrando que este procedimiento puede ser una opción viable para pacientes con múltiples comorbilidades y anatomías complejas. La experiencia y las estrategias adecuadas son clave para optimizar los resultados y reducir riesgos en esta población vulnerable.

## 0493 - FRAGILIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD

Cardio Geriatría / Cardiología Clínica

José Martín ALADIO | Marcela BENEGAS | Edwin Andrés RODRÍGUEZ ARIAS | Diego COSTA | Tatiana MARTINEZ SOLEY | Sandra SWIESZKOWSKI

*Hospital de Clínicas José de San Martín*

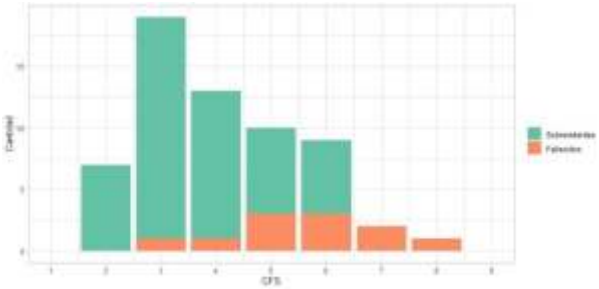
**Introducción:** En el marco de una población cada vez más añosa, ha cobrado un profundo interés el concepto de fragilidad. La misma se considera como un estado de vulnerabilidad asociada al envejecimiento, en la cual hay una predisposición a la aparición de discapacidad, mayor debilidad física, disminución de reserva funcional, menor

resistencia a los estresores, condicionando peor evolución en el contexto de eventos cardiovasculares, en especial del síndrome coronario agudo (SCA).

**Objetivos:** Describir la presentación clínica, la prevalencia de fragilidad, las reinternaciones y la mortalidad a los 6 meses y al año de seguimiento en pacientes mayores de 65 años, cursando internación por SCA durante un año.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, unicéntrico. Durante un año se registraron todos los adultos mayores de 65 años que cursaron internación en Unidad Coronaria con diagnóstico de SCA. Se utilizaron las siguientes escalas para evaluar: fragilidad Clinical Frailty Scale (CFS) y FRAIL; para actividades de la vida diaria KATZ y para comorbilidades CHARLSON. Se evaluó además la polifarmacia. El trabajo fue aprobado por el comité de ética de la institución. Para el análisis estadístico se utilizó el software R versión 4.4.2.

| Pacientes | |
|---|---|
| Edad - Años (RIC) | 75 (70-78) |
| Mujeres | 28 (38%) |
| Evaluación de fragilidad | |
| CFS - Pre frágil | 38 (52%) |
| CFS frágil | 28 (38%) |
| FRAIL - Pre frágil | 27 (37%) |
| FRAIL - frágil | 16 (21%) |
| Evaluación de comorbilidad | |
| Charlson comorbilidad baja | 16 (22%) |
| Charlson comorbilidad alta | 15 (21%) |
| Polifarmacia | |
| Polifarmacia al ingreso | 31 (42%) |
| Hiper polifarmacia al egreso | 6 (8%) |



**Resultados:** Se incluyeron 75 pacientes, la edad fue de 75 (RIC: 70-78) años y el 38% fueron mujeres. Se registraron los siguientes antecedentes: hipertensión arterial 76%, diabetes 39%, dislipidemia 36%, ex tabaquismo 48%, infarto agudo de miocardio 39% y revascularización previa 29.7%. Respecto a la medicación previa a la internación, recibía betabloqueantes y aspirina el 51%, estatinas el 52% e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de angiotensina II el 60%. En el ECG de ingreso se observó supradesnivel del segmento ST en 15% y FA en 11% de los pacientes. La valoración de riesgo al ingreso arrojó un GRACE de 129 (±36) y un CRUSADE de 29 (±17). La hemoglobina promedio fue de 13,95 g/L (±3) y de creatinina de 0.94 mg/dl (±0,4). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 54% (RIC 45-60%). Se realizó coronariografía en el 84% de los evaluados, definiéndose tratar por vía percutánea el 46% y cirugía de revascularización miocárdica en sólo el 11% de los casos. Falleció el 10,6% de los pacientes durante la internación y a los 6 meses de seguimiento el 8.6%. No se registraron eventos de mortalidad al año de seguimiento. Respecto a la fragilidad, según CFS el 52% eran pre frágiles y el 38% eran frágiles, según FRAIL el 37% eran pre frágiles y el 21% eran frágiles. Por índice de KATZ la mayoría de los pacientes podía realizar actividades de la vida diaria sin asistencia alguna (68%), mientras que el 9,6% requerían asistencia en casi todas sus actividades. Según el índice de CHARLSON el 22% presentaba baja y el 21% alta comorbilidad. El 42% de los pacientes cumplía criterios de polifarmacia y el 8% de hiper polifarmacia.

**Conclusión:** La mayoría de nuestros pacientes son pre frágiles, con alto riesgo de evolucionar a la fragilidad. Si bien existen discrepancias entre varios scores, nuestros datos concuerdan en que la mayoría de la población analizada está en riesgo. A su vez, estos datos revelan que la mortalidad en pacientes frágiles durante la internación y al alta fue elevada. Si bien parece que dicha asociación es obvia, se necesitan más estudios que profundicen y aclaren dicha relación.

## 0496 - EVALUACIÓN DE LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA CON EUROSCORE II EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTACIÓN VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI)

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Francisco GOLDARACENA | Joaquin PEREA | Giuliana Maria GNOATTO GRIGOLATTO | Andres MAZUQUIN | Sebastian PERALTA | Marcelo O. BETTINOTTI

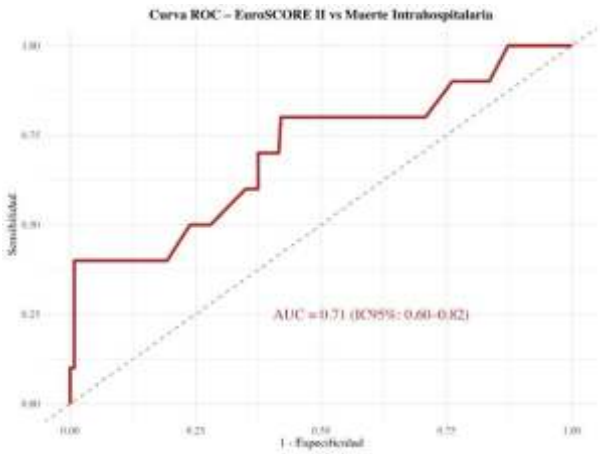
*Sanatorio Güemes*

**Introducción:** La implantación valvular aórtica transcatéter (TAVI) es una intervención en expansión y una alternativa al reemplazo valvular aórtico quirúrgico en pacientes de alto y, actualmente, también de riesgo intermedio. Los scores de

estratificación de riesgo, tradicionalmente basados en cirugía cardíaca, desempeñan un papel importante en la selección del tipo de intervención, pero no están bien validados para TAVI.

**Objetivos:** Evaluamos el desempeño del EuroSCORE II para predecir la mortalidad luego de TAVI.

**Materiales y Métodos:** Se analizó una cohorte de pacientes consecutivos sometidos a implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI), con datos completos del puntaje EuroSCORE II. El objetivo fue evaluar la capacidad predictiva del EuroSCORE II para la mortalidad intrahospitalaria. La variable de desenlace fue la mortalidad durante la internación, codificada como binaria. Para el análisis descriptivo, se dicotomizó la población según el valor del EuroSCORE II, utilizando un punto de corte predefinido de 6 para clasificar a los pacientes en alto riesgo (>6) y no alto riesgo (<6). Esta clasificación permitió comparar características clínicas y complicaciones postprocedimiento entre ambos grupos. Para analizar la asociación entre el EuroSCORE II y la mortalidad intrahospitalaria, se ajustó un modelo de regresión logística univariada utilizando el score como variable continua. La discriminación del modelo se evaluó mediante curvas ROC, calculando el área bajo la curva (AUC) con su intervalo de confianza del 95%. La calibración se exploró mediante curvas gráficas y tabla por deciles de riesgo predicho versus tasa observada.




**Resultados:** Se incluyeron 282 pacientes con una edad promedio de 80 ± 7 años; 116 (41%) eran mujeres. El EuroSCORE II medio fue de 7 ± 5%. La mortalidad a los 30 días fue del 4%. El área bajo la curva ROC (AUC) del EuroSCORE II para predecir mortalidad intrahospitalaria fue de 0.71 (IC 95%: 0.60–0.82), indicando una capacidad discriminativa aceptable. La curva de calibración del modelo logístico mostró una adecuada concordancia global entre la mortalidad predicha y la observada, aunque con una leve subestimación del riesgo en los deciles superiores, donde la mortalidad real superó la estimación del modelo. Dado que una proporción considerable de la cohorte estaba compuesta por pacientes >80 años, se realizó un análisis específico en este subgrupo. En ellos, el AUC fue de 0.80 (IC 95%: 0.57–0.99), lo que sugiere una capacidad discriminativa moderada para predecir mortalidad intrahospitalaria en este grupo de mayor riesgo.

**Conclusión:** El EuroSCORE II resultó útil para discriminar el riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes sometidos a TAVI, mostrando un rendimiento adecuado como herramienta de estratificación preprocedimiento.

## 0504 - CORRELACIÓN DEL PORCENTAJE DE GRASA VISCERAL MEDIDA POR BIOIMPEDANCIA CON LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

José Ignacio MACÍAS ALCÍVAR[1] | Aldana DUMONDIN MARTIN[1] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[2] | Víctor Miguel MAURO[1] | Adrian CHARASK[1] | Enrique FAIRMAN[1] | Carlos Manuel BARRERO[2]

*Clínica Santa Isabel[1]; Clínica Bazterrica[2]*

**Introducción:** Actualmente existen balanzas que son capaces de calcular la grasa corporal y visceral mediante cálculos matemáticos del análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA) por lo cual se pueden estimar los porcentajes relativos de diferentes tejidos y sustancias dentro del cuerpo y su distribución de acuerdo al sexo.

**Objetivos:** 1) Evaluar el porcentaje de grasa visceral (%GV) por BIA de médicos residentes de acuerdo al sexo y 2) correlacionar el perímetro de cintura (PC) y los índices cintura/cadera (C/Cad) y cintura/altura (C/Alt) con el %GV analizado por BIA de acuerdo al sexo.

**Materiales y Métodos:** se trata de un estudio observacional, realizado en médicos residentes de un centro de CABA a los que se les midió PC, perímetro de cadera (PCad) y altura (en cm) y %GV por bioimpedancia con balanza Omron modelo HBF-514C. Se consideró PC alterado si >=102 cm en hombres o >=88 cm en mujeres y %GV alterada utilizando los valores de referencia del fabricante de la balanza de acuerdo a edad y sexo. Se utilizó coeficiente de correlación de Pearson para analizar las variables numéricas de acuerdo al sexo (los PC, PC/Alt y PC/Cad con %GV). Se consideraron los siguientes valores de interpretación del coeficiente de correlación de Pearson: 0,00-0,10: falta total de correlación; 0,10-0,39 correlación débil; 0,40-0,69: correlación moderada; 0,70-0,89: correlación fuerte; 0,90-1,00: correlación muy fuerte.

**Resultados:** Se incluyeron 30 residentes. Edad media de 30 años (DS 2,6), 43% hombres. Con una media de PC de 97 (DS 16,5) y 78 (DS 10,6) en hombres y mujeres, respectivamente. Un 20% presentó PC alterado, sin diferencias por sexo (hombres 30,8 vs mujeres 11,8%, p 0,197). El índice C/Cad estuvo alterado en el 26,7% (hombres 53,8% y mujeres 5,9%, p 0,03) y el C/Alt en 46,7% (hombres 69,2 vs mujeres 29,4%, p 0,03). El 26,7% de los residentes tuvieron aumento del %GV, que fue significativamente mayor en varones: 53,8% vs 5,9% en mujeres (p 0,003). El %GV medido por BIA correlaciona positivamente y de forma muy fuerte con el PC y con el PC/alt, tanto en hombres como en mujeres (r: 0,92 y 0,93 vs ; 0,84 y r:0.80, respectivamente. P<0,001). Sin embargo, no hubo correlación entre %GV medido por BIA y el índice PC/Cad ni en hombres ni en mujeres (r: -0,32 y r: 0,38, respectivamente. P: ns).

**Conclusión:** Los residentes (especialmente los varones) poseen una alta prevalencia de porcentaje de grasa visceral medida por bioimpedancia con la balanza Omron lo que correlaciona muy bien con el perímetro de cintura y el índice cintura/altura. La relación cintura-cadera (PC/Cad) en esta población no presentó correlación con el porcentaje de grasa visceral medida por bioimpedancia.

## 0506 - UTILIDAD DE LA BALANZA DIGITAL CON MEDICIÓN DE BIOIMPEDANCIA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN RESIDENTES DE ACUERDO AL SEXO

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

José Ignacio MACÍAS ALCÍVAR[1] | Aldana DUMONDIN MARTIN[1] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[2] | Víctor Miguel MAURO[1] | Adrian CHARASK[1] | Enrique FAIRMAN[1] | Carlos Manuel BARRERO[2]

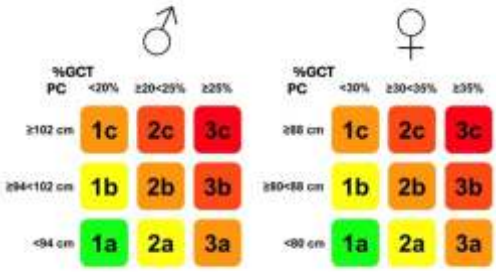
*Clínica Santa Isabel[1]; Clínica Bazterrica[2]*

**Introducción:** Actualmente existen balanzas que son capaces de calcular la grasa corporal y visceral mediante cálculos matemáticos del análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA) por lo cual se pueden estimar los porcentajes relativos de diferentes tejidos del cuerpo y su distribución de acuerdo al sexo. Recientemente la Universidad de Navarra (España) ha propuesto una clasificación basada en la combinación de categorías de porcentaje de grasa corporal total (%GCT) y el perímetro de cintura (PC) para establecer el riesgo cardiometabólico.

**Objetivos:** 1) Evaluar el riesgo cardiometabólico con respecto a la cantidad y distribución del porcentaje de grasa corporal de acuerdo al sexo y según los fenotipos propuestos por la Universidad de Navarra.

**Materiales y Métodos:** se trata de un estudio observacional, realizado en médicos residentes de un centro de CABA a los que se les midió PC y se les realizó bioimpedancia con balanza Omron modelo HBF-514C. Se consignó %GCT de acuerdo a los valores de referencia del fabricante para sexo y edad. En la estimación del riesgo cardiometabólico se utilizaron los fenotipos de obesidad propuestos por la Universidad de Navarra, España, basados en una combinación del %GCT y el PC como medida de obesidad abdominal. Este sistema establece nueve categorías (1a a 3c) que se agrupan en cinco fenotipos diferentes según el riesgo cardiometabólico. Verde: sin riesgo; amarillo: riesgo ligeramente aumentado; naranja: riesgo aumentado; naranja oscuro: riesgo alto; y rojo: riesgo muy alto (ver figura 1).

**Figura 1. Fenotipos de Obesidad (Universidad de Navarra*)**




PC: Perímetro de cintura; %GCT: % Grasa Corporal Total

*Salinero-Gómez, L. et al, Rev Endocr Metab Disord 2023;24:809-823

**Resultados:** Se incluyeron 30 residentes. Edad media de 30 años (DS 2,6), 43% hombres. Con una media de PC de 97 (DS 16,5) y 78 (DS 10,6) en hombres y mujeres, respectivamente. El 86,7% presentaron %GCT alterada, sin diferencias por sexo: 92,3% en hombres y 82,4% en mujeres (p ns). En la tabla 1 se observa la distribución de los fenotipos hallados. En los hombres el más frecuente fue el 3c (muy alto riesgo cardiometabólico) con un 31% y en las mujeres el 3a (riesgo cardiometabólico aumentado) con un 41%.

**Tabla 1. Fenotipos de obesidad (residentes de un centro de CABA)**

HOMBRES

| N: 13 (%) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | % Grasa corporal total | | |
| | | <20% | 20-24% | >24% |
| Perímetro abdominal | ≥102 cm | 0 (0) | 0 (0) | 4 (31) |
| | ≥94-<102 cm | 0 (0) | 1 (8) | 3 (23) |
| | <94 cm | 1 (8) | 2 (15) | 2 (15) |

MUJERES

| N: 17 (%) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | % Grasa corporal total | | |
| | | <30% | 30-34% | >34% |
| Perímetro abdominal | ≥88 cm | 0 (0) | 0 (0) | 2 (12) |
| | ≥80-<88 cm | 0 (0) | 0 (0) | 4 (23,5) |
| | <80 cm | 0 (0) | 4 (23,5) | 7 (41) |

**Conclusión:** Los residentes poseen una alta prevalencia de porcentaje de grasa corporal total aumentada medida por bioimpedancia con la balanza Omron. Tanto hombres como mujeres tienen elevado el riesgo cardiometabólico, lo que dada la juventud de los mismos y el que sean personal de salud, nos debe llamar a la acción.

# 0509 - SINDROMES AÓRTICOS AGUDOS, LOGÍSTICA Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE CONURBANO BONAERENCE

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Daniel ERAS | Agustina Lilén PARMIGIANI | Heraldo D' IMPERIO | Juan Diego Christian WOLCAN | Graciela REYES | Juan SCAGLIA | Marcelo NAHIN | Maximiliano DE ABREU

*Hospital de Alta Complejidad El Cruce*

Introducción: Los síndromes aórticos agudos (SAA) son una emergencia cardiovascular de baja incidencia pero de alta morbimortalidad, cuyo tratamiento temprano puede tener impacto sustancial en el éxito de la terapéutica.

Objetivos: Describir la realidad de los tiempos de diagnóstico, derivación y la presentación clínica de los SAA en un hospital de derivación de alta complejidad del conurbano bonaerence.

Materiales y Métodos: Trabajo de serie casos unicéntrico, se utilizó para el análisis una base de datos diseñada para la recolección de casos derivados con diagnóstico de SAA desde el 1ro de enero de 2011 al 30 de abril de 2025. Se obtuvieron datos de la derivación, presentación clínica, tratamiento y la evolución intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 209 casos. 135 SAA tipo A y 74 tipo B. Los casos tipo A fueron más jóvenes con una media de 51,5 años (12) versus 54,8 (9) que los tipo B (p=0,043). Los factores de riesgo cardiovasculares y la prevalencia de Sme. De Marfan fue similar en ambos grupos. Se realizó TAC en el 86% de los casos previo a la derivación a nuestro centro. El tiempo que se demoró en realizar la TAC desde el ingreso hospitalario fue de 360 minutos (120-960) en las tipo A y 365 minutos (126-1095) en las tipo B (p= 0,739). La mediana de tiempo desde el ingreso hospitalario hasta la derivación a nuestro centro de los SAA tipo A fue de 1051 minutos (RIC 487-2876) y las de tipo B 2700 minutos (RIC 520-6620) p= 0,031. El dolor precordial fue más frecuente en los tipo A con el 67,4% y tipo B 41,1% (p= <0,001) y el dolor abdominal más frecuente en los tipo B con 39,2% y 24,6% en tipo A (p= 0,041). Casi la mitad de los casos tipo A se presentó con soplo de insuficiencia aórtica. Se realizó cirugía de urgencia en el 92,7% de los casos tipo A y el reemplazo de la aorta ascendente fue la técnica más practicada. La colocación de endoprótesis de urgencia en los tipo B se realizó en el 68% de los casos. La mortalidad intrahospitalaria de los tipo A fue del 61% y de los tipo B 19%.

Conclusión: Los SAA que fueron derivados a un hospital de alta complejidad del conurbano bonaerense tuvieron un tiempo hasta el diagnóstico muy prolongado, así como un retraso importante en la derivación. Todo esto pudo haber impactado en los resultados de una patología tiempo dependiente, como quedó evidenciado en las tasas de mortalidad intrahospitalaria. Se deben mejorar los tiempos de diagnóstico y logística de derivación para lograr mejores resultados clínicos.

*Tabla 1: características basales en SAA tipo A y B*

| | Sme. Tipo A n= 135 | Sme. Tipo B n= 74 | p |
|---|---|---|---|
| Edad, media (desvío estándar) | 51,5 (±12) | 54,8 (±9) | 0,043 |
| Sexo masculino, % | 82,8 | 91,9 | 0,110 |
| Tabaquismo, % | 55 | 39 | 0,049 |
| Hipertensión, % | 70 | 85 | 0,266 |
| Diabetes, % | 3 | 6,8 | 0,266 |
| Dislipemia, % | 13,3 | 10,8 | 0,588 |
| *IMC, mediana (#RIC) | 27,7 (25-29) | 27,8 (25-30) | 0,656 |
| Válvula aórtica bicúspide, % | 5,2 | 0 | 0,115 |
| Sme. de Marfan, % | 4,4 | 2,7 | 0,802 |
| Medicación previa, % | 40 | 53,4 | 0,079 |
| -IECA/ARA II | 66,2 | 90 | 0,006 |
| -Betabloqueantes | 29,6 | 32,5 | 0,831 |
| -Bloqueantes cálcicos | 7 | 10,3 | 0,718 |
| -Tiazidas | 4,3 | 7,5 | 0,666 |
| -Estatinas | 8,5 | 12,5 | 0,521 |
| -Aspirina | 12,5 | 15 | 0,775 |
| -Tienopiridinas | 2,8 | 2,5 | 1 |

*IMC: índice de masa corporal. #RIC: rango intercuartilo del 25% al 75%.

*Tabla 4: tratamiento SAA tipo A*

| | Sme. Tipo A N= 135 |
|---|---|
| Cirugía de urgencia, % | 92,7 |
| Reemplazo de aorta ascendentes, % | 73 |
| Reemplazo de cayado aórtico, % | 5,3 |
| Reemplazo de aorta descendente, % | 2,7 |
| Resuspensión de válvula aórtica, % | 9,1 |
| Cirugía de Bentall de Bono, % | 21 |
| Mortalidad intrahospitalaria, % | 61 |
| Días de internación, mediana (RIC) | 6 (10-17) |

*Tabla 5: tratamiento SAA tipo B*

| | Sme. Tipo B N= 74 |
|---|---|
| Endoprótesis de urgencia, % | 68 |
| Fenestración, % | 1,5 |
| Debranching, % | 2,7 |
| Mortalidad intrahospitalaria, % | 19 |

## 0511 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN ARGENTINA, 10 AÑOS DEL REGISTRO ARGEN IAM-ST.

Cardiología Clínica

Heraldo D' IMPERIO | Juan GAGLIARDI | Adrian CHARASK | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Stella Maris MACIN | Mauro Andres QUIROGA | Flavio DELFINO | Carlos Daniel TAJER

*Áreas SAC: Área de Investigación*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte prevenible en Argentina, su tratamiento oportuno tiene un impacto positivo en el pronóstico a corto y largo plazo por lo que es de suma importancia conocer las características de la población, sus resultados y tratamientos así como su evolución en el tiempo.

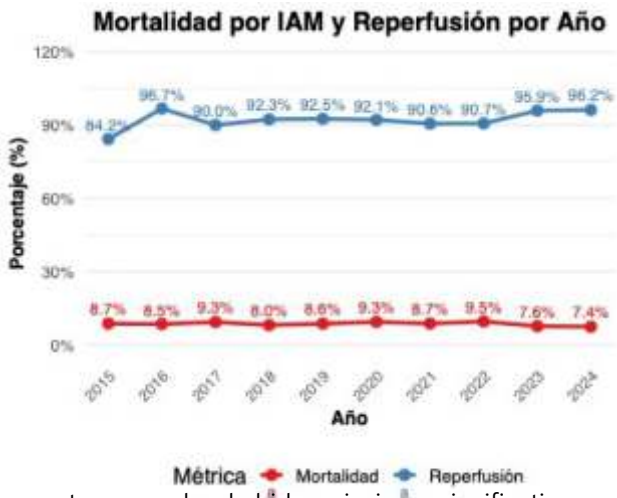
**Objetivos:** Describir la evolución de los tiempos de consulta y tratamiento, reperfusión y mortalidad del IAM durante 10 años en Argentina. Determinar las causas que reportan los médicos que implican demoras en el tratamiento.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, basado en los datos del Registro Nacional ARGEN-IAM-ST, que es un estudio colaborativo entre la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología. Se incluyeron todos los pacientes con IAMCEST ingresados entre el 1ero de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2024. Se analizaron los tiempos de consulta y tratamiento, reperfusión, mortalidad y causas reportadas de demoras. Por otro lado se analizaron las complicaciones más frecuentes durante la internación.

Tabla 1. Características Basales

| Variables | N = 7,690 |
|---|---|
| Edad (años) | 61.1 (12.0) |
| Masculino | 6,059 (79%) |
| Hipertensión Arterial | 4,153 (54%) |
| Diabetes Mellitus | 2,092 (27%) |
| Tabaquismo | 831 (11%) |
| Dislipemia | 2,882 (37%) |
| Antecedentes Familiares Cardíacos | 1,129 (15%) |
| Enfermedad Coronaria Previa | 955 (12%) |
| Insuficiencia Cardíaca Previa | 149 (1.9%) |
| EPOC | 232 (3.0%) |
| Insuficiencia Renal Crónica | 68 (0.9%) |
| Fibrilación/Aleteo Auricular Previo | 30 (0.4%) |
| ACV Previo | 111 (1.4%) |
| Enfermedad Vascular Periférica | 86 (1.1%) |

**Resultados:** Se analizaron 7690 casos. La media de edad de la población fue de 61,1 años (±12), el 79% fue de sexo masculino, 54% tuvo hipertensión arterial, 27% diabetes, 11% tabaquismo activo, 37% dislipemia (ver tabla 1). El tiempo desde el inicio del dolor a la consulta en los últimos 10 años tuvo una mediana de 120 minutos (RIC 59-243), el tiempo puerta-aguja fue 55 minutos de mediana (RIC 30-120), el tiempo total de isquemia para fibrinolíticos fue de 180 minutos de mediana (RIC 108-300), tiempo puerta-balón 79 minutos (RIC 45-137), el tiempo total de isquemia de angioplastia fue de 315 minutos (RIC 190-607). Éstos valores no sufrieron variaciones significativas cuando se analizaron año a año en forma individual. La reperfusión fue del 90% en los últimos 10 años sin grandes variaciones como puede verse en la figura 1. La mortalidad general en 10 años ha sido del 8,6% sin variaciones estadísticamente significativas cuando se compara año a año (p = 0,927). El IAM de cara anterior fue el más frecuente con 39,7%, el 7,4% ingresaron shockados, el 4,1% tuvo algún tipo de sangrado en la internación y la insuficiencia cardíaca fue la complicación más frecuente durante la internación con 13,2%. Los médicos reportaron como causas de demoras en el tratamiento según su percepción, 38,4% debido a demora en la consulta por parte del paciente, 19,3% demora relacionada con la ambulancia, demora en la derivación a otro centro para angioplastia 20,5% y demora de la atención en guardia en el 13,5%.




**Conclusión:** En los últimos 10 años el registro ARGEN IAM-ST nos muestra que no han habido variaciones significativas en la mortalidad del infarto a pesar de altas tasas de reperfusión, esto podría deberse a los tiempos prolongados de consulta y tratamiento, los que tampoco muestran reducciones importantes. El análisis de demoras muestra que la logística tiene margen de mejora. Es necesario implementar políticas que permitan cambiar la realidad del IAM en Argentina, desde la perspectiva de la consulta del paciente, la atención médica y la logística de derivaciones para optimizar los recursos de salud tanto pública como privada.

## 0512 - EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES SOBRE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS.

Cardiopatía Isquémica / Investigación Básica

Agustín MARTINEZ | Silvia HUARACHI JUAREZ | Leandro Gastón PUERTA | Gabriel DIONISIO | Natacha RUIZ | Carolina ETCHEVERRY | Sergio Daniel BRANDEBURGO | Sergio CENTENO

*Hospital Santojanni*

**Introducción:** El promedio de edad para el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es 65 años para hombres y 72 años para las mujeres. No existe actualmente una definición universal para establecer la enfermedad coronaria prematura (ECP), sin embargo, se propone los 49 años como límite de edad.

**Objetivos:** Comparar los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), las características y los resultados clínicos entre la población menor (G1) y la mayor de 50 años (G2), en los que se realizó ATCp en un periodo de 10 años.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo, observacional en el que se analizó una población total de 1318 pacientes (p) que recibieron angioplastia primaria (ATCp) entre Abril del 2014 y Diciembre de 2024.

**Resultados:** De los 1318 p, 237 p pertenecen al G1. Respecto a los factores de riesgo tradicionales, el G1 tuvo una incidencia significativamente menor en: HTA 34,5% vs 61%, DLP 11,9% vs 22,9%, DBT 16,9%vs 24%, con excepción del género masculino y del TBQ que fueron significativamente mayores: 90% vs 79% y 69,1% vs 50,5%, respectivamente, todos con $p<0.05$. También presentó una incidencia significativamente mayor de antecedentes heredo familiares (5,6% vs 1,9%, $p<0,001$) y del consumo de drogas ilícitas (15,1 vs 1,5%, $p<0,05$). El G1 mostró menor incidencia de antecedentes cardiovasculares que el G2: IAM previo 6% vs 13,8%, ATC previa 6% vs 12,6%, ambos con $p<0.05$, y la CRM previa 0% vs 0,7% (p 0.12). En cuanto a la anatomía, el G1 tuvo menor incidencia de enfermedad multivaso (8% vs 16,4%, p 0.05) y menor compromiso de TCI (3,4% vs 6,5% $p>0,05$), mientras que las lesiones abrieron con el paso de la cuerda coronaria más frecuentemente (44% vs 36,2%, p 0.018) y la ATCp exitosa fue significativamente mayor (94,4% vs 90, p 0.025).

**Conclusión:** Si bien la ECP comparte los FRCV tradicionales de los pacientes mayores, dentro de los "tradicionales" sólo la incidencia del género masculino y el TBQ fueron significativamente mayores, así como dentro de los "no tradicionales" lo fueron los antecedentes herédofamiliares y el consumo de drogas. Cabe destacar que podría existir un subregistro de los FCR "tradicionales" en los pacientes con ECP por falta de diagnóstico precoz. Por otra parte, los pacientes jóvenes presentaron menor enfermedad multivaso, menor compromiso de TCI y menores antecedentes cardiovasculares, lo que podría explicar una menor incidencia de shock cardiogénico y una mayor tasa de éxito de la ATCp, dando como resultado una menor mortalidad intrahospitalaria. Pese a esto último debe hacerse incapié en el control estricto de los FCRV, especialmente de los modificables, ya que la literatura existente muestra que los pacientes con ECP una menor sobrevida a largo plazo.

## 0515 - PATRONES HEPÁTICOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Cardiología Clínica

Miguel LARRECHEA | Marina Raquel PÉREZ BEC | Melisa ELFMAN | María Inés SOSA LIPRANDI | Camila Jazmin MEZA | David CASTAÑEDA | Alvaro SOSA LIPRANDI | Joaquin PEREA

*Sanatorio Güemes*

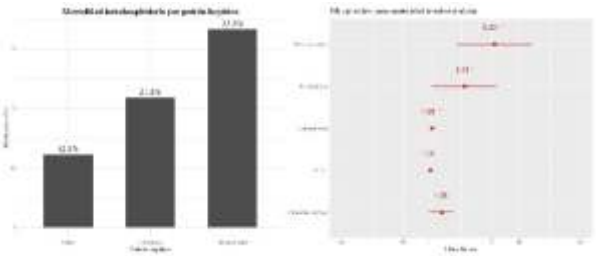
**Introducción:** En la insuficiencia cardiaca congestiva se ven alterados parámetros del laboratorio, los cuales ayudan a predecir la mortalidad intrahospitalaria.

**Objetivos:** Evaluar si los patrones hepáticos hallados en laboratorio predicen mortalidad intrahospitalaria por insuficiencia cardiaca congestiva.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes adultos internados por insuficiencia cardíaca aguda, excluyéndose aquellos con shock cardiogénico. Se describieron las características basales mediante estadística descriptiva habitual. Luego, se definieron patrones de alteración hepática según valores de laboratorio al ingreso, utilizando las siguientes variables de laboratorio: TGO , TGP, fosfatasa alcalina y bilirrubina directa. En base a estos parámetros, los pacientes fueron clasificados en tres grupos: patrón hepatocelular (elevación aislada de

transaminasas), colestásico (alteración predominante de bilirrubina directa y/o fosfatasa alcalina) y sin alteraciones significativas. Se compararon las características clínicas entre los grupos y, finalmente, se realizó una regresión logística multivariable para evaluar la asociación entre los patrones hepáticos y la mortalidad intrahospitalaria, ajustando por variables clínicamente relevantes. Todos los análisis se realizaron con Rstudio y se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

| Variable | Normal | Hepatocelular | Colestasico | p |
|---|---|---|---|---|
| n | 155 | 30 | 55 | |
| Edad media | 73.54 (13.27) | 68.03 (13.59) | 70.29 (14.27) | 0.068 |
| Frecuencia cardiaca media | 86.95 (23.77) | 93.47 (31.92) | 80.45 (16.09) | 0.044 |
| Genero Masculino | 81 (52.3) | 20 (66.7) | 41 (74.5) | 0.010 |
| HTA | 126 (81.3) | 21 (70.0) | 38 (69.1) | 0.111 |
| DBT | 50 (32.3) | 14 (46.7) | 12 (21.8) | 0.061 |
| DSLP | 69 (44.5) | 12 (40.0) | 27 (49.1) | 0.708 |
| TBQ | 86 (55.5) | 17 (56.7) | 29 (52.7) | |
| FA previa | 44 (28.4) | 5 (16.7) | 25 (45.5) | 0.012 |
| Hematocrito | 35.26 (7.01) | 38.40 (6.39) | 39.31 (8.32) | 0.001 |
| Hemoglobina | 11.05 (2.33) | 12.44 (2.08) | 12.48 (2.80) | <0.001 |
| FAL | 97.41 (30.71) | 98.20 (35.35) | 189.60 (132.64) | <0.001 |
| TGO | 24.61 (9.32) | 231.09 (207.48) | 35.13 (20.06) | <0.001 |
| TGP | 20.40 (11.03) | 114.42 (82.28) | 24.13 (19.20) | <0.001 |
| Creatinina | 1.55 (1.21) | 1.42 (0.63) | 1.45 (0.76) | 0.752 |
| BNP | 3338.17 (5904.68) | 3990.16 (6669.46) | 7887.37 (9157.80) | <0.001 |
| DDVI | 52.66 (9.23) | 53.36 (11.08) | 57.02 (13.42) | 0.055 |
| DSVI | 38.50 (10.96) | 40.91 (8.41) | 45.63 (15.86) | 0.043 |
| FEVI | 45.12 (14.92) | 41.90 (14.99) | 40.89 (17.53) | 0.177 |



**Resultados:** En una cohorte de 240 pacientes hospitalizados, se identificaron tres patrones de alteración hepática al ingreso: 22,9% (n = 55) presentaron un patrón colestásico, 12,5% (n = 30) un patrón hepatocelular, y el 64,5% restante (n = 155) no evidenciaron alteraciones significativas en el perfil hepático (patrón normal). Los pacientes con patrón hepatocelular fueron, en promedio, los de menor edad (68 años), seguidos por los del grupo colestásico (70,3 años) y los del grupo sin alteraciones hepáticas (73,5 años). La proporción de varones fue mayor en los grupos con disfunción hepática: 66,7% en el patrón hepatocelular y 74,5% en el colestásico, frente a 52,3% en el grupo con patrón normal. Respecto a las comorbilidades, la fibrilación auricular previa fue más frecuente en el grupo colestásico (45,5%; p = 0,012), al igual que la insuficiencia cardíaca previa (50,9%; p = 0,034). Desde el punto de vista hemodinámico y metabólico, los pacientes con patrón hepatocelular presentaron una mayor frecuencia cardíaca al ingreso (93,5 vs. 86,9 latidos por minuto; p = 0,044) y niveles significativamente más altos de glucemia (169 vs. 120 mg/dL; p < 0,001). Por su parte, el grupo colestásico se asoció con concentraciones más elevadas de BNP (p < 0,001), junto con niveles más bajos de colesterol total (p = 0,001) y LDL (p = 0,019). La mortalidad intrahospitalaria mostró diferencias significativas entre los grupos: 12,3% (n = 19) en el grupo con patrón normal, 21,8% (n = 12) en el grupo colestásico y 33,3% (n = 10) en el grupo hepatocelular (p = 0,011) (Ver gráfico). En el análisis multivariado ajustado por variables clínicamente relevantes, tanto el patrón hepatocelular (OR 5,32; IC 95%: 1,99–14,2) como el colestásico (OR 2,45; IC 95%: 1,05–5,65) se identificaron como predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria (Ver gráfico).

**Conclusión:** La evaluación del perfil hepático al ingreso permite identificar patrones de alteración que se asocian con diferencias clínicas y pronósticas relevantes en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda. Tanto el patrón colestásico como el hepatocelular se vinculan con un perfil clínico más complejo y con marcadores de mayor severidad. Estos hallazgos respaldan la utilidad del hepatograma como herramienta complementaria en la estratificación de riesgo y destacan la importancia de integrar la evaluación hepática en la valoración inicial de estos pacientes.

## 0519 - VALOR PRONÓSTICO DE LA ECOGRAFÍA CARDÍACA Y PULMONAR PREVIA AL ALTA EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Juan Maria IROULART | Fernando Damián GARAGOLI | Mariano BERGIER | Santiago DECOTTO | Juan Augusto CARPANI | Emiliano ROSSI | Aníbal Martín ARIAS | Cesar BELZITI

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) representa un desafío para el abordaje médico. La utilidad del ecocardiograma y la ecografía pulmonar para identificar congestión residual es crucial para una correcta evaluación previa al alta hospitalaria.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la utilidad de parámetros ecográficos previos al alta (mediante ecocardiograma transtorácico y ecografía pulmonar) 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 65 años internados con diagnóstico principal de ICA. Se excluyeron síndromes coronarios agudos, valvulopatías severas con indicación quirúrgica, trasplantes cardíacos y trastornos pulmonares graves. Se analizaron las características ecográficas al egreso hospitalario y su asociación con eventos durante el seguimiento a 180 días en un análisis univariado y multivariado de Cox. En el caso de los cometas pulmonares, se elaboró una curva ROC y se calculó el punto de corte con mejor discriminación para la incidencia del punto final primario utilizando el indice de Youden.

**Tabla 2. Variables ecográficas medidas al egreso relacionadas con la incidencia acumulada de reinternaciones o muerte durante los 6 meses de seguimiento.**

| | Análisis univariado | | Análisis multivariado | |
|---|---|---|---|---|
| | HR (95% IC) | p | HR (95% IC) | p |
| Sexo masculino | 0.82 (0.52-1.29) | 0.9 | 1.59 (0.83-3.06) | 0.16 |
| Edad | 1 (0.98-1.02) | 0.8 | 0.99 (0.97-1.01) | 0.78 |
| Cometas pulmonares | 1.28 (1.19-1.37) | <0.01 | 1.42 (1.23-1.64) | <0.01 |
| Relación E/e' septal | 1.07 (1.03-1.11) | <0.01 | 1 (0.92-1.02) | 0.26 |
| Relación E/e' lateral | 1.12 (1.07-1.17) | <0.01 | - | - |
| Vena cava inferior dilatada | 6.1 (3.6-10.3) | <0.001 | 2 (0.91-4.53) | 0.08 |
| TAPSE | 0.88 (0.81-0.95) | <0.01 | - | - |
| Fracción de eyección | 0.99 (0.97-1.01) | 0.3 | 0.99 (0.98-1.01) | 0.47 |
| Presión sistólica pulmonar | 1.03 (1.02-1.05) | <0.01 | 1.01 (0.99-1.03) | 0.28 |

**Tabla 1. Características basales de los pacientes al ingreso por ICA**

| Característica | N=200 |
|---|---|
| Edad — años (mediana, RIC) | 81 [76-86] |
| Sexo masculino — no. (%) | 106 (53) |
| Hipertensión arterial — no. (%) | 170 (85) |
| Dislipemia — no. (%) | 116 (58) |
| Diabetes Mellitus — no. (%) | 56 (28) |
| Enfermedad coronaria — no. (%) | 65 (32) |
| Enfermedad renal crónica — no. (%) | 86 (43) |
| Antecedente de insuficiencia cardiaca — no. (%) | 103 (51) |
| Fibrilación auricular — no. (%) | 89 (44) |
| NT-Probnp — pg/ml (mediana, RIC) | 6515 [3077-14202] |
| FEy (ventrículo izquierdo) — % (media, DS) | 44 (+/-13) |

**Resultados:** En el análisis se incluyeron 200 pacientes (Tabla 1). La mediana de edad fue de 81 [76-86] años y el 53% eran hombres. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (85%), dislipemia (58%), antecedente de insuficiencia cardiaca (51%) y fibrilación auricular (44%). La sobrecarga de volumen fue la forma de presentación clínica más frecuente (76.5%). El 37.7% de los pacientes presentó el evento combinado de muerte y rehospitalización durante el seguimiento, siendo la reinternación el evento más incidente dentro del mismo (32.2%). Las variables ecográficas medidas al egreso que se asociaron significativamente con el punto final primario en el análisis univariado fueron la relación E/e' (septal y lateral), la presencia de vena cava dilatada, la presión sistólica pulmonar, el TAPSE y la cantidad de cometas pulmonares al egreso hospitalario ($p<0,001$). En un modelo multivariado ajustado por sexo y edad, los cometas al egreso mantuvieron su asociación estadística significativa (Tabla 2). Se observó que el grupo que presentó 7 cometas tuvo mayor incidencia de reinternaciones y muerte durante los 180 días posteriores ($p<0.001$, Log-Rank test, Figura). Este punto de corte tuvo una sensibilidad del 61%, especificidad del 85% y un área bajo la curva de 0.7.

**Conclusión:** Un abordaje ecográfico integral que incluya parámetros como la relación E/e' (septal y lateral), la presión sistólica pulmonar, el TAPSE, la evaluación de la VCI y cometas pulmonares aporta información útil previo al egreso de pacientes internados por ICA.

## 0521 - ¿TIENE LOS PACIENTES CON VALORES DE LIPOPROTEÍNA(A) EXTREMA DISTINTO PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR AL RESTO DE LA POBLACIÓN?

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiopatía Isquémica

Augusto Maria LAVALLE COBO[1] | Pablo CORRAL[2] | Maria Gabriela MATTA[3] | Nicolas Federico RENNA[4] | Matias Fernando ARRUPE[4] | Sergio GIMENEZ[5] | Walter MASSON[6] | En Representación Del Grupo GAELP(A)[7]

*Sanatorio Otamendi[1]; Universidad FASTA, Facultad de Medicina, Mar del Plata[2]; Gold Coast Hospital And Health Service[3]; Hospital Español de Mendoza[4]; Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP)[5]; Hospital Italiano de Buenos Aires[6]; Grupo GAELP(A)[7]*

**Introducción:** Los pacientes con niveles elevados de lipoproteína(a) [Lp(a)] presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (CV) aterosclerótica y estenosis aórtica. Las personas con elevaciones extremas de Lp(a) presentan un riesgo CV similar al de la población con hipercolesterolemia familiar heterocigota.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar si las personas con elevaciones extremas de Lp(a) presentan características diferentes al resto de la población.

**Materiales y Métodos:** Esta analisis incluyó los primeros 1000 participantes del registro GAELp(a) [Grupo Argentino de Estudio de Lipoproteína(a)]. Se evaluaron características clínicas, imagenológicas y de laboratorio acorde a la presencia o ausencia de Lp(a) extrema. Se definió Lp(a) extrema como valores > 420 nmol/L o 180 mg/dL.

| | Población total n=1000 | Valores Extremos de Lp(a) n=55 | Valores no extremos de Lp(a) n = 945 | p |
|---|---|---|---|---|
| Mujeres, % | 55,2 | 52,7 | 55,4 | 0,19 |
| Edad, años | 57,7 | 59,5 | 57,6 | 0,33 |
| Índice de masa corporal, kg/cm2 | 28,3 | 28,6 | 27,9 | 0,4 |
| Diabetes, % | 11,1 | 12,7 | 11,5 | 0,4 |
| Hipertensión, % | 46,4 | 47,3 | 46,8 | 0,19 |
| Hipercolesterolemia familiar, % | 5,2 | 16,3 | 5,8 | 0,19 |
| Antecedente familiar de enfermedad cardiovascular precoz, % | 11,1 | 27,3 | 10 | 0,001 |
| Ateromatosis Subclínica, % | 27,9 | 25,4 | 25,4 | 0,6 |
| Historia de ASCVD, % | 21 | 29,1 | 21,7 | 0,1 |
| Lp(a), mediana, nmol/L | 113,6 (75,3-240,1) | 500 (479-948) | 53,9 (16,2-168) | |
| Lp(a), mediana, mg/dL | 22,75 (8,6-78) | 148,1 (200-385) | 20 (0,1-61) | |
| Colesterol total, media, mg/dL | 186,7 (51,2) | 200 (51,2) | 185 (48,2) | 0,09 |
| Colesterol LDL, media, mg/dl | 108,4 (44,32) | 119,2 (45,48) | 107 (44,32) | 0,04 |
| Colesterol HDL, media, mg/dL | 51,4 (12,2) | 55 (17,0) | 51,1 (16) | 0,11 |
| Triglicéridos, media, mg/dL | 135,7 (114,1) | 160,14 (118,4) | 134,35 (114,5) | 0,001 |
| Terapia antiagregante/anticoagulante, % | 28,2 | 34,5 | 29,2 | 0,4 |
| Estatinas, % | 80 | 80 | 80,2 | 0,003 |
| Estatinas de alta intensidad, % | 38,4 | 48 | 37,9 | 0,29 |
| Estatinas de alta intensidad + ezetimibe, % | 13,6 | 13,6 | 13,2 | 0,03 |

**Resultados:** Se incluyeron 1000 pacientes. La edad media fue de 57,7 años y 55,2% fueron mujeres. La mediana de Lp(a) fue de 113,6 nmol/L (75,3- 240,1) y 22,75 mg/dL (8,6-78). 5,5% pacientes presentaron valores de Lp(a) extrema. El resto de las características basales puede verse en la tabla 1. Los pacientes con Lp(a) extrema presentaron una mayor prevalencia de historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (27,3% vs 10% p=0,001), diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (16,3% vs 5,5% p=0,001), cualquier grado de estenosis aórtica, niveles más altos de colesterol LDL (119,2 mg/dL vs 107 mg/dL p=0,04) y triglicéridos (160,14 mg/dL vs 134,35 mg/dLp=0,001), una mayor utilización de estatinas (80,5% vs 60,2% p=0,003) y una mayor utilización de esatinas y ezetimibe (23,6% vs 13,2% p=0,03). No se evidenció una mayor prevalencia de ateromatosis subclínica, resaltando que fue evaluada solo en el 50% de los pacientes.

**Conclusión:** Luego de analizar los primeros 1000 pacientes del registro GAELp(a), observamos que los pacientes con Lp(a) extrema tienen una mayor prevalencia de características clínicas y bioquímicas que le confieren un mayor riesgo cardiovascular. La identificación de esta población es importante para poder implementar medidas intensivas de prevención cardiovascular.

## 0523 - ¿ESTAMOS SUBESTIMANDO EL RIESGO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA? RESULTADOS DE UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Valvulopatías

Ana Laura MICELI | Rocio BLANCO | Juan Maria IROULART | Pablo OBERTI | Mariano Luis FALCONI | Emiliano ROSSI | Rodolfo PIZARRO

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente en la actualidad y el manejo de los pacientes portadores de esta patología se centra en la detección de parámetros de severidad que lleven a la indicación del único tratamiento curativo disponible, el reemplazo valvular. En este contexto, la estenosis aórtica moderada ha sido subestimada por su pronóstico aparentemente benigno.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue describir las características basales y la evolución de una cohorte de pacientes con estenosis aórtica moderada.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó un total de 663 pacientes portadores de estenosis aórtica moderada aislada o asociada a insuficiencia aórtica leve o moderada en seguimiento ambulatorio en un centro de alta complejidad. Se excluyeron aquellos con deterioro de la fracción de eyección (<50%), miocardiopatías y otras valvulopatías significativas. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de características clínicas y ecocardiográficas de la muestra y se compararon dichas características en dos subgrupos según la ocurrencia del punto final primario combinado de muerte o primera internación por insuficiencia cardíaca, síncope, endocarditis, reemplazo valvular o valvuloplastia.

**Tabla 1.** Características basales según incidencia del punto final combinado.

| | Global n=663 | Sin eventos n=386 | Con eventos n=277 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| Mediana (RIC) Edad, años | 80 (74-85) | 80 (74-85) | 81 (76-86) | 0,041 |
| Sexo masc., n (%) | 311 (47) | 182 (47) | 129 (47) | 0,88 |
| HTA, n (%) | 578 (87%) | 323 (84) | 255 (92) | 0, 001 |
| DBT, n (%) | 90 (14) | 41 (11) | 49 (18) | 0, 009 |
| FA previa, n (%) | 82 (12) | 30 (8) | 52 (19) | <0,001 |
| Coronariopatía, n (%) | 83 (12) | 50 (13) | 33 (12) | 0,69 |
| ERC previa, n (%) | 83 (12) | 40 (10) | 43 (16) | 0,048 |
| Disfunción diastólica, n (%) | 443 (67) | 45 (12) | 21 (8) | 0,13 |
| VAo Bicúspide, n (%) | 21 (3) | 16 (4) | 5 (2) | 0,09 |
| Media (DS) Masa VI,gr | 117 (24) | 113 (24) | 124 (23) | <0,001 |
| Media (DS) FEYVI, % | 68 (8) | 69 (6) | 67 (8) | <0,001 |
| FEYVI >60%,n (%) | 568 (86) | 343 (89) | 225 (81) | 0,006 |
| Media (DS) Gradiente máximo, mmHg | 42 (9) | 41 (9) | 43 (9) | <0,001 |
| Media (DS) Gradiente medio, mmHg | 24 (6) | 23 (5) | 25 (6) | 0,002 |
| Media (DS) AVA, $cm^2$ | 1,19 (0,13) | 1,19 (0,13) | 1,19 (0,12) | 0,58 |
| Media (DS) Área valvular indexada, cm2/m2 | 0,67 (0,09) | 0,67 (0,09) | 0,67 (0,09) | 0,56 |
| IAo asociada, n (%) | 415 (63%) | 225 (58) | 190 (69) | 0,007 |

*HTA: Hipertensión arterial, DBT: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; ERC: enfermedad renal crónica; VAo: válvula aórtica; FEYVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; AVA: área valvular aórtica; IAo: insuficiencia aórtica.*

**Resultados:** El seguimiento medio fue de 3,7 años (DE ± 2,1). La mediana de edad de los participantes fue de 80 años (RIC 74-85), y el 53% eran mujeres. La prevalencia de fibrilación auricular, enfermedad coronaria y enfermedad renal crónica era del 12%. Respecto a las variables ecocardiográficas la fracción de eyección promedio fue de 64%, dos tercios de los pacientes presentaba disfunción diastólica, el gradiente medio aórtico promedio fue de 24 mmHg y el 63% de la muestra tenía algún grado no severo de regurgitación aórtica. Durante el seguimiento 106 (16%) pacientes requirieron algún tipo de procedimiento valvular y 153 (23%) pacientes murieron. Los participantes que presentaron el punto final primario eran significativamente más añosos y presentaban mayor carga de factores de riesgo como diabetes, hipertensión, fibrilación auricular y enfermedad renal crónica. Los gradientes aórticos en este subgrupo fueron levemente mayores y la prevalencia de insuficiencia aórtica asociada era significativamente mayor. La sobrevida relativa fue del 83% con respecto a la esperada para la población general (ajustada por edad y sexo).

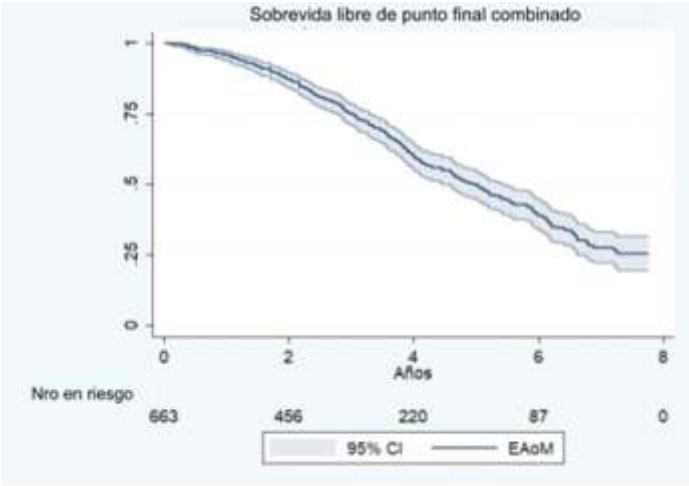


Figura 1. Sobrevida libre de punto final combinado.

**Conclusión:** Los pacientes ancianos con estenosis aórtica moderada tienen una evolución desfavorable como lo demuestra su baja sobrevida relativa cuando se la compara con la de la población general. Aquellos que desarrollaron eventos durante el seguimiento presentaban una mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, fibrilación auricular e insuficiencia aórtica asociada.

## 0526 - IMPACTO DE LA INHIBICIÓN DOPAMINÉRGICA RENAL EN LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA RESPUESTA INFLAMATORIA RENAL EN RATAS HIPERTENSAS

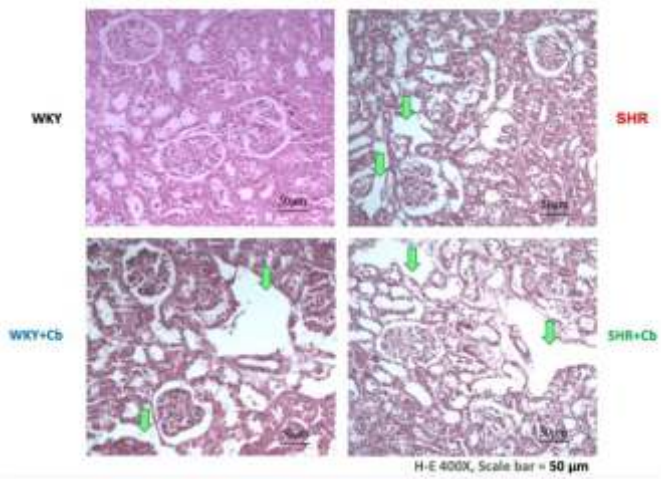
Investigación Básica / Hipertensión Arterial

Gustavo Daniel RISSO[1] | Nicolás Martín KOUYOUMDZIAN[1] | Melanie Cecilia KIM[1] | Paula Denise PRINCE[1] | Beatriz PERAZZI[2] | Hyun Jin LEE[1] | Natalia Lucía RUKAVINA MIKUSIC[1] | Marcelo Roberto CHOI[1]

*Cátedra de Anatomía E Histología, Departamento de Ciencias Biológicas, FFYB. U.B.A.[1]; Instituto de Fisiopatología y Bioquímica Clínica (INFIBIOC), FFYB. UBA[2]*

**Introducción:** La inhibición crónica de la dopa decarboxilasa periférica (junto a L-DOPA) representa una estrategia farmacológica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, pero se desconocen sus efectos sobre la función renal y su posible impacto en la presión arterial (PA).

**Objetivos:** Evaluar si la administración crónica de carbidopa (Cb) podría conducir a un estado de mayor inflamación renal con incremento en los niveles de PA.




**Materiales y Métodos:** Ratas macho Wistar Kyoto (WKY) y espontáneamente hipertensas (SHR) se dividieron en 4 grupos (n=8/grupo): WKY Control y SHR Control (agua para beber), WKY+Cb y SHR+Cb (25 mg/kg/día en agua de bebida) por 3 semanas. Se determinó: La presión arterial PA sistólica (PAS) por el método indirecto a través de la cola, la excreción fraccional y urinaria de sodio de 24 horas. Por el método de Western Blot se determinó la expresión renal de bomba Na+,K+-ATPasa (NKA), receptores de dopamina (D1 y D2) y angiotensina II (AT1R y AT2R), proteína 7 de Parkinson (PARK7) y NFkB (como marcadores antiinflamatorios e inflamatorios respectivamente). Se evaluó la morfología glomerular y tubular mediante el estudio histológico de la corteza renal con la tinción de H&E. Los resultados se analizaron mediante ANOVA de una vía seguido del test de Tukey. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$ (*vs WKY; #vs SHR).

**Resultados:** Los niveles de PAS se modificaron solo en la primera semana de tratamiento, observándose un mayor aumento en ratas SHR+Cb vs SHR, que resultó estadísticamente significativo (mmHg: 240±3#; 210±10). Se observó una reducción significativa en la excreción fraccional y urinaria de sodio que se acompañó de un incremento en la expresión renal de NKA, tanto en las ratas SHR como WKY con Cb (AU: WKY:1,00±0,08; WKY+Cb:1,30±0,14*; SHR:1,30±0,23*; SHR+Cb:1,78±0,13*#). En el grupo WKY+Cb hubo una disminución significativa de la expresión de D1R versus el grupo WKY (AU: WKY:1,00±0,17; WKY+Cb:0,65±0,10*) y un aumento no significativo de D2R. Respecto al grupo SHR, el grupo SHR+Cb mostró un aumento y una disminución no significativa en la expresión de AT1R y AT2R, respectivamente. Estos cambios fueron acompañados por un incremento no significativo en la expresión de NFkB en ratas WKY con Cb y SHR. La expresión de PARK7 y NFkB no se alteró en ratas WKY+Cb y SHR+Cb versus los grupos correspondientes sin Cb. Sin embargo, el grupo SHR+Cb mostró una mayor expresión de ambos marcadores en comparación con el grupo WKY. La evaluación morfológica renal reveló alteraciones en los espacios túbulo-intersticiales y en los espacios de Bowman en los corpúsculos renales de ratas SHR y ratas WKY y SHR con Cb (ver figura).

**Conclusión:** La inhibición de la síntesis de dopamina renal con Cb altera el manejo tubular de sodio, aumentando la actividad de NKA y promoviendo una mayor reabsorción de sodio. En el contexto de hipertensión arterial, estos cambios se acompañarían de una mayor respuesta inflamatoria renal.

## 0531 - UTILIDAD DE LOS SCORES DE RIESGO PARA LA EVALUACION DE PACIENTES CON SOSPECHA DE AMILOIDOSIS CARDIACA EN UNA POBLACION HOSPITALARAIA DEL GCBA

Cardiología Clínica / Multimagen

Neiva MACIEL | Laura BRODSKY | Jorge Francisco CASUSCELLI | Jessica Anahi HERRERO | Rafael Bernardo ROJAS VALERA | Alejandro Guillermo STEWART HARRIS | Sonia TRAVERSO | Osvaldo H. MASOLI

*Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich*

**Introducción:** La amiloidosis cardiaca (AC) es una cardiomiopatia infiltrativa subdiagnosticada que requiere alto indice de sospecha clinica. Los scores de riesgo T-Amilo y deteCCTAR fueron desarrollados para estratificar pacientes con sospecha de AC tipo ATTR, optimizando la derivacion para estudios especificos. Su validacion en poblaciones locales es fundamental para determinar su utilidad diagnostica real.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad diagnostica de los scores T-Amilo y deteCTTAR en pacientes con sospecha clínica de amiloidosis cardiaca, utilizando centellografía ósea con fosfonatos como gold standard, en una población hospitalaria del GCBA.

| Segun Score T-AMILO | | | |
|---|---|---|---|
| Resultado CO | Bajo Riesgo (n) | Intermedio Riesgo (n) | Alto Riesgo (n) |
| | 12 | 32 | 4 |
| Positivos (n) | 1 | 4 | 4 |
| Negativos (n) | 11 | 28 | 0 |
| Discracias Sanguineas (n) | 3 | 5 | 0 |

| Segun Score deteCTTAR | | |
|---|---|---|
| Resultado CO | Bajo Riesgo(n) | Alto Riesgo (n) |
| | 16 | 32 |
| Positivos (n) | 1 | 8 |
| Negativos (n) | 15 | 24 |
| Discracias Sanguineas (n) | 5 | 3 |

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó 48 pacientes (p) consecutivos con sospecha clínica de AC sometidos a centellografía ósea (CO) con 99mTc-pirofosfato entre enero 2022 y marzo 2025. Se calcularon los scores T-Amilo y deteCTTAR para cada p y se analizó su rendimiento diagnóstico. Se evaluaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud. Adicionalmente, se analizaron cadenas livianas libres e inmunofijación en suero y orina para detección de amiloidosis AL y discrasias sanguíneas. El análisis estadístico se realizó con tablas de contingencia 2x2.

**Resultados:** Edad media 73±8 años,65% varones. De los 48 p, 9 (18,75%) presentaron CO positiva para ATTR. Score T-Amilo (tabla 1) clasificó 4 p (8,3%) como alto riesgo (AR), 32 (66,7%) como intermedio riesgo (IR) y 12 (25%) como bajo riesgo (BR). Todos los p de AR (4/4,100%) tuvieron CO positiva. En el grupo de IR, 4/32 (12,5%) tuvieron CO positivas, y en BR 1/12 (8,3%). El rendimiento diagnóstico para AR vs resto mostró: sensibilidad 44,4%, especificidad 100%, VPP 100%, VPN 88,6%, exactitud 89,6%,razón de verosimilitud positiva infinita y negativa 0,56. Score deteCTTAR (tabla 2):clasificó 32 p (66,7%) como AR y 16 (33,3%) como BR. En el grupo de AR: 8/32 (25%) tuvieron CO positiva, mientras que en el grupo BR solo 1/16 (6,25%). El rendimiento diagnóstico mostró: sensibilidad 88,9%, especificidad 38,5%, VPP 25%, VPN 93,8%, exactitud 47,9%, razón de verosimilitud positiva 1,45 y negativa 0,29. Evaluación hematológica: Se detectó un total de 8 p (16,7%) con discracias sanguíneas. En T-Amilo: 3/12(25%) del grupo BR, 5/32(15,6%) de IR y 0/4 de AR. En deteCTTAR: 5/16(31,3%) de BR y 1/32 (3,1%) de AR, incluyendo casos de AL, MGUS y mieloma múltiple.

**Conclusión:** En nuestra población hospitalaria, el score T-Amilo demostró excelente especificidad con razón de verosimilitud positiva infinita, siendo altamente útil para confirmar ATTR en pacientes de alto riesgo, aunque con sensibilidad limitada. El score deteCTTAR mostró alta sensibilidad con buena capacidad de screening, pero baja especificidad, requiriendo confirmación diagnóstica. La evaluación integral de p con sospecha de AC debe incluir el dosaje de cadenas livianas libres e inmunofijación en suero y orina independientemente del score de riesgo, dado el elevado porcentaje de discrasias sanguíneas detectadas. Ambos scores presentan características complementarias: T-Amilo es ideal para confirmar diagnostico en alto riesgo, mientras que deteCTTAR es útil como screening inicial. Su uso combinado con CO y evaluación hematológica optimiza el diagnostico integral de AC en nuestra población.

## 0532 - SCORE DE CALCIO CORONARIO EN PREVENCIÓN PRIMARIA: PATRONES DE DISTRIBUCIÓN Y REPERCUSIONES TERAPÉUTICAS EN UNA COHORTE DE UN CENTRO MONOVALENTE.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

María Del Rosario RODRÍGUEZ | Juan Manuel RODRIGUEZ PLATAS | Paola KUSCHNIR | Agustina SCIANCALEPORE | Mariana CORNELI | Marcelo HERRASTI | Marcelo Sergio TRIVI | Hugo Daniel SANABRIA

*ICBA*

**Introducción:** La utilización de métodos por imágenes para la evaluación del riesgo cardiovascular (RCV) es una estrategia sugerida para individualizar el riesgo cuando estos recursos están disponibles. En este contexto, el score de calcio coronario (SCC) se ha consolidado como una herramienta de alto valor pronóstico, no sólo por su puntuación total, sino también por el análisis de la distribución del calcio, que aporta información adicional sobre la extensión y el patrón de la aterosclerosis coronaria.

**Objetivos:** Analizar una cohorte de pacientes en prevención primaria que se realizaron un SCC, para así describir la distribución de calcio en el árbol coronario, y evaluar los cambios en el tratamiento médico y la prescripción de pruebas diagnósticas adicionales tras la identificación de un SCC distinto de cero.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 993 pacientes en prevención primaria, atendidos en una institución monovalente de Argentina entre marzo de 2022 y febrero de 2025. Los datos clínicos fueron recolectados mediante autoinforme y revisión de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según el score de calcio coronario: SCC = 0 y SCC >= 1, este último subdividido en tres categorías (1–99, 100–299 y >=300 unidades Agatston [UA]). Se analizó la distribución del calcio por arteria coronaria y por segmento afectado. Asimismo, se recabaron los resultados de las pruebas funcionales realizadas y los cambios terapéuticos implementados tras la obtención del SCC.

**Características clínicas, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento de base de aquellos con CAC ≥ 1UA estratificados por gravedad.**

| Variable | Total(n=427) | CAC 1-99 UA (n=250) | CAC 100-299 UA (n=88) | CAC ≥ 300 UA (n=85) | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| Sexo (masc) (%) | 294 (68.9) | 160 (64.0) | 72 (81.8) | 60 (70.6) | **0.007** |
| Edad (media ± SD) | 60.03 ± 9.34 | 57.52 ± 9.31 | 62.62 ± 8.76 | 64.78 ± 7.49 | **< 0.001** |
| Sobrepeso, n (%) | 194 (45.4) | 113 (45.2) | 41 (46.6) | 37 (43.5) | 0.921 |
| Obesidad, n (%) | 98 (23.0) | 52 (20.8) | 23 (26.1) | 23 (27.1) | 0.378 |
| Hipertensión, n (%) | 206 (48.2) | 104 (41.6) | 46 (52.3) | 54 (63.5) | **0.002** |
| Dislipemia, n (%) | 319 (74.7) | 179 (71.6) | 73 (83.0) | 64 (75.3) | 0.108 |
| Tabaquismo, n (%) | 142 (33.3) | 77 (30.8) | 33 (37.5) | 31 (36.5) | 0.409 |
| Ex tabaquismo, n (%) | 77 (18.0) | 42 (16.8) | 14 (15.9) | 20 (23.5) | 0.322 |
| Diabetes, n (%) | 28 (6.6) | 12 (4.8) | 8 (9.1) | 8 (9.4) | 0.194 |
| Antecedentes heredofamiliares, n (%) | 160 (37.5) | 97 (38.8) | 39 (44.3) | 23 (27.1) | 0.053 |
| Tratamiento con AAS, n (%) | 26 (6.1) | 11 (4.4) | 8 (9.1) | 7 (8.2) | 0.193 |
| Tratamiento con estatina, n (%) | 192 (45.0) | 99 (39.6) | 50 (56.8) | 41 (48.2) | 0.016 |

**Resultados:** Los 993 pacientes presentaron una edad promedio de 56 ± 9,9 años, y en un 53,2% fueron de sexo masculino. La prevalencia de sus factores de riesgo fueron: sobrepeso (41,7%), obesidad (18%), hipertensión arterial (37,3%), dislipemia (65,5%), tabaquismo (17,1%), diabetes (4%) y sedentarismo (31,7%). Con respecto al SCC y su distribución, el 43% presentó SCC >=1 UA (n 427). Los valores más elevados de SCC se asociaron con mayor edad, sexo masculino y mayor prevalencia de hipertensión (p < 0,05). El segmento más frecuentemente afectado fue el tercio proximal de la arteria descendente anterior (71,9%). En los grupos con SCC 100-299 y >=300 UA se observó un incremento significativo del compromiso de los segmentos proximales (hasta el 56%, p < 0,001) y de la calcificación del tronco de la coronaria izquierda (hasta el 38,8%, p <

0,001). Si bien las pruebas funcionales fueron solicitadas en el 69,9% de los pacientes con SCC >=1UA, sólo el 3,6% resultó positivo para isquemia. Se realizaron estudios anatómicos en el 4,6%, 9% y 19,1% de los pacientes con SCC de 1-99, 100-299 y >=300 UA respectivamente (p = 0,001). Antes de la evaluación del SCC, en el grupo con SCC >= 1 UA, el 45% de los pacientes recibía estatinas y el 6,1% aspirina; tras la determinación del SCC, el 68,4% inició o intensificó el tratamiento hipolipemiante y el 25,2% comenzó tratamiento con aspirina, con modificaciones más marcadas en los subgrupos con mayor SCC (p < 0,05).

**Conclusión:** El análisis segmentario del calcio coronario proporciona información adicional relevante que permite mejorar la estratificación del riesgo y optimizar la toma de decisiones clínicas. La presencia de un SCC positivo se asoció con modificaciones terapéuticas sustanciales, particularmente en la indicación de estatinas y aspirina. Estos hallazgos refuerzan el valor del SCC no sólo como herramienta pronóstica, sino también como un componente clave en la conducción terapéutica de la prevención cardiovascular en el ámbito ambulatorio.

## 0533 - EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN ATEROPROTECTORA DE LAS HDL EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 Y ENFERMEDAD CELÍACA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

María Gabriela BALLERINI[1] | Walter Francisco TETZLAFF[2] | Maximiliano MARTIN[1] | María Laura ARZAMENDIA[3] | Mabel FERRARO[4] | Nuria GRIMBERG[5] | Laura BOERO[1] | Fernando BRITES[1]

*Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica – Universidad de Buenos Aires.[1]; Departamento de Bioquímica Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica – Universidad de Buenos Aires.[2]; Servicio de Nutrición y Diabetes, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde[3]; Servicio de Nutrición y Diabetes, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde[4]; Servicio de Nutrición y Diabetes, Hospital General De Niños Pedro De Elizalde[5]*

**Introducción:** Los pacientes pediátricos con enfermedad celíaca (EC) y diabetes mellitus tipo 1 (DM1) pueden presentan un riesgo mayor de enfermedad cardiovascular (ECV) en la vida adulta. Estas patologías autoinmunes han sido individualmente asociadas a la disfunción de la actividad ateroprotectora de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), la cual reside en las actividades de las proteínas y enzimas asociadas a las HDL [proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP), paraoxonasa (PON) 1, lecitina:colesterol aciltransferasa (LCAT) y fosfolipasa A2 asociada a lipoproteínas (LpPLA2) ], entre las cuales se destaca su capacidad para promover el eflujo de colesterol celular (ECC). Estudios epidemiológicos han asociado, además, la deficiencia de vitamina D (VD) con la desregulación inmunitaria y lipídica, y el riesgo de ECV en la EC y la DM1.

**Objetivos:** Caracterizar la funcionalidad de las HDL y el rol de la VD en pacientes pediátricos con coexistencia de DM1 y EC en comparación con niños con EC o DM1.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 16 niños con coexistencia de DM1+EC, 34 con EC y 36 con DM1, todos comparables respecto de su distribución por sexo y z-IMC. Se determinó: triglicéridos (TG), colesterol total (CT), colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), C-HDL, apo B, apo A-I y PCRus mediante métodos automatizados; actividades enzimáticas asociadas a las HDL y el ECC mediante técnicas desarrolladas. Se determinó la concentración de HbA1c en DM1 y de VD (Roche) en todos los grupos. Los datos se expresaron como mediana y rango (Q1 y Q3). Protocolo aprobado por el CEI del hospital del reclutamiento.

**Resultados:** Los grupos con DM1 tuvieron similar concentración de HbA1c (p=0.78). El grupo DM1+EC presentó mayores concentraciones (mg/dL) de TG [87 (55-185)], CT: [183 (141-213)], C-no-HDL: [135 (85-172)] y apo B: [93 (57-122)], y mayor actividad de CETP [167 (109-207) %/ml.min] respecto de los niños con EC [63 (50-85), 163 (130-180), 113 (93-135), 74 (64-84) y 112 (104-124), respectivamente, p< 0,05]. Los niveles (mg/dL) de C-HDL [41 (34-48)] y apo A-I [121 (106-136)] fueron menores en EC comparados con DM1 [49 (43-54) y 136 (126-150), respectivamente], y DM1+EC [46 (40-56) y 145 (136-161), respectivamente] (p< 0,01). La concentración de PCRus fue mayor en el grupo con DM1 [0,6 (0,3-7,6) mg/L] y en aquel con DM1+EC [0,8 (0,3-8,2) mg/L] respecto a la observada en el grupo de niños con EC: [0,4 (0,1-3,6) mg/L] (p<0,05). Se observó mayor actividad de CETP en DM1+CD [167(109-207) %/mL.h] y DM1 [140(106-211) %/mL.h] en comparación con EC [112 (89-147) %/ml.h] (p< 0,001), y la misma se asoció con mayores niveles de TG (r= 0,41; p<0,001). La concentración de VD fue similar en los 3 grupos; sin embargo, se observó que la actividad de CETP correlacionó en forma inversa y significativa con la concentración de VD (r= 0,31, p< 0,05), así como de forma positiva y significativa con las concentraciones de TG (r= 0,45, p< 0,0001) y apo B (0,44, p< 0,0001).

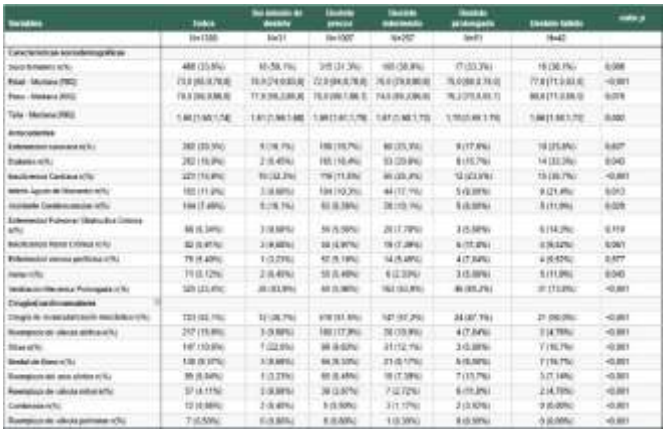
**Conclusión:** Los niños con DM1+CD presentaron alteraciones en la funcionalidad de las HDL comparado con los niños con DMT1 o EC. A su vez, nuestros resultados sugieren que la VD podría estar asociada a las modificaciones de la capacidad ateroprotectora mencionadas de las HDL en los niños estudiados.

## 0535 - EPIDEMIOLOGÍA DEL PROCESO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES POST QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Investigación Básica

Gustavo OLAIZOLA | Vanesa Romina RUIZ | María Micaela SCHMIDHUBER | Agustina Micaela BERÓN | Emilia MANIÁS | Zahira Alejandra ZAHER | Federico Adrián MELGAREJO MEANA | Gonzalo FERNANDEZ VILLAR

*Hospital Italiano de Buenos Aires*



**Introducción:** En las unidades de cuidados coronarios, se considera ventilación mecánica prolongada (VMP) a aquella utilizada por más de 24 horas. No existen estudios hasta el momento que utilicen la clasificación del grupo WEAN SAFE (Worldwide Assessment of Separation of Patients from Ventilatory Assistance) para los pacientes postquirúrgicos de cirugía cardiovascular (CCV).

**Objetivos:** Describir a la población postquirúrgica de CCV central y clasificarla según el grupo WEAN SAFE.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo con muestreo consecutivo. Se incluyeron pacientes postquirúrgicos de CCV con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI) de un hospital de alta complejidad entre 2014 y 2023. Se excluyeron los trasplantes cardíacos y aquellos con requerimiento de ECMO V-A. Se realizó análisis descriptivo utilizando media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartil (RIQ) según el test de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas fueron informadas como frecuencias absolutas y relativas. Aprobación del comité de ética 7161. Se utilizó la clasificación de WEAN SAFE en grupo 0 (sin intento de destete), grupo 1 (destete precoz), grupo 2 (destete intermedio), grupo 3 (destete prolongado) y grupo 4 (destete fallido).

**Resultados:** Se incluyeron 1.388 pacientes cursando el posquirúrgico CCV, 33,6 % de sexo femenino, mediana de edad de 73 años (RIQ 65-79). Las CCV más frecuentes fueron la Cirugía de revascularización miocárdica (52,1%) y el Reemplazo valvular aórtico 15.6%. La mediana de horas en ventilación mecánica fue de 10,7 (RIQ 6,16-23,5). El 23,4% de los pacientes tuvieron VMP. Las frecuencias absolutas y relativas según la clasificación WEAN SAFE fue para el grupo 0, 31 (2,23%), grupo 1, 1.007 (72,56%), grupo 2, 257 (18,51%), grupo 3, 51 (3,67%) y grupo 4, 42 (3,03 %). Fallecieron 73 pacientes (5,26%), 31 en el grupo 0 y 42 en el grupo 4. Ver Tabla 1.

**Conclusión:** Utilizar la clasificación de WEAN SAFE en los pacientes postquirúrgicos de CCV brinda información adicional sobre el grupo de VMP, en donde la mayoría se desvincula antes de los siete días. Más aún, casi una quinta parte de los pacientes se desvincula dentro de las primeras 24 horas desde el primer intento de separación. Los pacientes sin ningún intento de destete y aquellos con destete fallido tuvieron un desenlace fatal.

## 0538 - UTILIDAD DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN PACIENTE CON ECOESTRÉS NO CONCLUYENTE. ESTUDIO DE UNA COHORTE

Multimagen / Cardiopatía Isquémica

Josefina ARIAS MAHIQUES | Eduardo MARTINO | Macarena Emilia SPAINI | Renzo Eduardo MELCHIORI

*Hospital Austral*

**Introducción:** La enfermedad coronaria es una de las principales causas de muerte. El hallazgo de anormalidades en el ECG en ausencia de trastornos de motilidad durante la ecocardiografía de estrés es frecuente y ha demostrado tener asociación con eventos cardiovasculares adversos. No hay consenso en las guías sobre cuales son las mejores estrategias de manejo en este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Evaluar el rédito diagnostico diagnóstico de la angiotomografía coronaria gatillada en ecoestres no concluyentes (prueba ergométrica positiva sin trastornos de la motilidad).

| Anatomía coronaria | |
|---|---|
| Sin enfermedad coronaria obstructiva | 60% |
| Enfermedad coronaria obstructiva leve | 19% |
| Enfermedad coronaria moderada a severa | 17% |
| Puente muscular u otras anomalías coronarias | 4% |

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes que luego de un ecoestres presentaron alteraciones en el ST o arritmia ventricular sin alteraciones de la motilidad. Se sometieron a una angio TC coronaria establecer la anatomía coronaria, presencia de ateromatosis mediante score de calcio y definir severidad de las lesiones o presencia de puentes musculares u otras anomalías coronarias. Los hallazgos ergométricos se definieron como nuevo bloqueo de rama, infradesnivel del ST de 1.5 mm o mas en al menos dos derivaciones contiguas, evolución a T negativas durante la prueba. Arritmia ventricular se definió como extrasístoles ventriculares, duplas, tripletas, bigeminias, y/o TV de al menos 3 latidos en recuperación o máximo esfuerzo. Se excluyeron los pacientes que por decisión de médico de cabecera fueron derivados a angiografia invasiva, alérgicos al iodo, pacientes con enfermedad coronaria conocida (CABG, PCI previo). La enfermedad coronaria fue definida según criterios de CADRADS 2.0.

**Resultados:** De 3840 ecoestrés realizados entre enero de 2024 a mayo de 2025 en nuestro centro, 48 cumplieron criterios de inclusión. Dentro de las características demográficas, el 60% de los pacientes fue de sexo masculino, con edad promedio de 51 años. Como factores de riesgo cardiovasculares el 49% presentaba dislipemia, 33% hipertensión arterial, y un 6% diabetes. 12% eran tabaquistas o ex tabaquistas. El 37% se encontraba bajo tratamiento médico al momento del estudio. La alteración ergométrica más frecuentemente encontrada fue el infradesnivel del ST (69%) seguida de arritmia ventricular (21%), T negativas (8%) y BRI (2%). Los hallazgos angiográficos pueden verse en la tabla 1. El 60% de los pacientes no presentaban enfermedad coronaria, mientras que un 19% presentaba enfermedad coronaria leve un 17% enfermedad moderada o severa y un 2% anomalías coronarias del origen o trayecto. El 12% de los pacientes fue sometido a cinecoronariografía diagnóstica y el 6% recibió implante de stent en uno o mas vasos.

**Conclusión:** En nuestra población la angiotomografía coronaria gatillada utilizada para la detección de enfermedad o anomalías coronarias resultó ser positiva para 40% de los pacientes sometidos a ecoestres con resultado no concluyente por trastornos de la repolarización y/o arritmia ventricular, constituyendo un método de valor para la toma de decisiones en los pacientes asintomáticos con riesgo individual incrementado.

## 0541 - EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MIOCÁRDICA MEDIANTE STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL Y DISPERSIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CHAGÁSICOS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA: ESTUDIO COMPARATIVO CON CONTROLES SANOS

Enfermedad de Chagas / Multimagen

Natalia Soledad RODRIGUEZ GENARO | Andrea Paola GONZALEZ | Claudio CERVINO | Facundo LOMBARDI | Carlos Gaston GOMEZ | Ahmad Hamze SABRA | Rubén KEVORKIAN

*Hospital de Agudos F. Santojanni*

**Introducción:** La enfermedad de Chagas es endémica en América Latina, con aproximadamente 30.000 nuevos casos reportados por año. En Argentina, se estima que 1.500.000 personas presentan esta enfermedad. Si bien muchos pacientes permanecen asintomáticos, entre un 20 y 30 % desarrollarán manifestaciones cardíacas. El ecocardiograma Doppler forma parte de las herramientas diagnósticas con indicación Clase I para la evaluación de pacientes con enfermedad de Chagas, y la técnica de speckle tracking ha demostrado utilidad para detectar precozmente alteraciones en la función miocárdica.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio fue evaluar si el strain longituinal global (SLG) del ventrículo izquierdo (VI) y la dispersión mecánica difieren entre pacientes con enfermedad de Chagas sin antecedentes cardiovasculares y un grupo control sano. Los objetivos secundarios incluyeron comparar el TAPSE, el strain de la aurícula izquierda (AI) y del ventrículo derecho (VD) entre ambos grupos.

TABLA 1

| | Grupo Control (n=24) | Grupo Chagas (n=24) | P |
|---|---|---|---|
| Edad | 44.08 (9.78) | 46.38 (12.82) | NS |
| Sexo masculino | 6 (25%) | 7 (29%) | NS |
| FEY | 61.79 (5.59) | 62.17 (4.84) | 0.36 |
| STRAIN VI | -19.35 (1.97) | -19.27 (2.01) | 0.65 |
| STRAIN VD | -19.68 (10.87) | -20.32 (4.54) | 0.41 |
| STRAIN AI | -37.79 (8.75) | -38.08 (7.68) | 0.93 |
| Dispersión | 42.61 (13.55) | 45.36 (13.36) | 0.49 |

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada (=50%) y sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se compararon dos grupos: pacientes con serología positiva para enfermedad de Chagas (grupo chagásico) y pacientes sin enfermedad de Chagas (grupo control). Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de cardiopatía estructural, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes mellitus o valvulopatías moderadas a severas, también se excluyeron pacientes con trastornos en el electrocardiograma. A todos los participantes se les realizó ecocardiograma transtorácico completo, incluyendo mediciones de strain longitudinal global y parámetros de dispersión mecánica. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), según su distribución. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación de variables continuas entre grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Se utilizó el software R (versión 4.2.2).

**Resultados:** Se analizaron 48 pacientes: 24 con enfermedad de Chagas y 24 controles sanos. Ninguno presentaba factores de riesgo cardiovasculares ni enfermedad cardiovascular establecida. La edad media del grupo control era de 44 años y de 46.38 años del grupo Chagas (P=NS). No hubo diferencias significativas en el sexo. Como se detalla en la Tabla 1, no se observaron diferencias significativas en el SLG del VI, VD ni AI, ni en los valores de dispersión mecánica o TAPSE entre ambos grupos. El análisis multivariado tampoco identificó variables con significación estadística.

**Conclusión:** En este estudio de pacientes con fracción de eyección preservada y sin enfermedad cardiovascular conocida, no se observaron diferencias significativas en los parámetros de strain longitudinal global ni en la dispersión mecánica entre individuos con enfermedad de Chagas y controles sin la enfermedad. Si bien es esperable que un 20-30% de los pacientes chagásicos desarrolle cardiopatía , en este momento evolutivo, no hemos podido observar alteraciones ecocardiográficas que permitan detectar tempranamente dicha evolución. Estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento longitudinal podrían permitir observar alteraciones precoces y determinar el valor pronóstico de estos hallazgos.

## 0547 - ASOCIACIÓN ENTRE LIPOPROTEÍNA (A) Y FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EXTENSIÓN DE ENFERMEDAD CORONARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Clínica

Ezequiel LERECH | Maria Jose MARTINEZ | Tomas CATENA | Santiago TORROBA | Mauro ROSSI PRAT | Graciela REYES | Javier MARIANI | Maximiliano DE ABREU

*Hospital de Alta Complejidad El Cruce*

**Introducción:** La lipoproteína (a) (Lp(a)) es una lipoproteína con propiedades proaterogénicas, proinflamatorias y protrombóticas. Se encuentra demostrada su asociación con el desarrollo y progresión de la enfermedad aterosclerótica. Sin embargo, contamos con poca información sobre la asociación entre valores de Lp(a) y extensión de enfermedad coronaria y presentación clínico - electrocardiográfica en pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA).

**Objetivos:** Definir la asociación entre los valores de Lp(a) y la presentación clínico electrocardiográfica y extensión de enfermedad coronaria en pacientes con SCA.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis de un registro prospectivo y continuo de pacientes que ingresaron por SCA en la unidad coronaria de un hospital público de alta complejidad, entre febrero y diciembre de 2024. Se dosó Lp(a) en pacientes ingresados consecutivamente. Se conformaron dos grupos según valores de Lp(a) (< 40mg/dl y 40 mg/dl, media de la muestra). Se analizó y comparó entre ambos grupos la presentación clínico electrocardiográfica y extensión de enfermedad coronaria.

Tabla 1: Comparación de características clínicas y extensión de enfermedad coronaria en pacientes con SCA según niveles de Lp(a).

| | Población total | Lp(a) < 40 mg/dl | Lp(a) ≥ 40 mg/dl | p |
|---|---|---|---|---|
| N | 61 | 65,6% (n 40) | 34,4% (n 21) | |
| Edad, mediana (DS) | 55,5 (RIC 51 - 63) | 55 (RIC 50 - 63) | 55,5 (RIC 53 - 63.5) | 0,48 |
| Sexo masculino, % (n) | 80% (48) | 82,5% (33) | 75% (15) | 0,51 |
| Hipertensión, % (n) | 50,8% (31) | 42,5% (17) | 66,7% (14) | 0,1 |
| Hipercolesterolemia, % (n) | 41% (25) | 42,5% (17) | 38,3% (8) | 0,78 |
| Diabetes, % (n) | 26,2% (16) | 30% (12) | 19,1% (4) | 0,18 |
| Tabaquismo, n (%) | 61,1% (33) | 59,5% (22) | 64,7% (11) | 0,8 |
| SCA sin elevación del ST, n (%) | 27,8% (17) | 17,5% (7) | 47,6% (n 10) | 0,01 |
| 2 o 3 vasos significativos, n (%) | 50,9% (28) | 44,7% (17) | 64,7% (11) | 0,24 |

Lp(a): Lipoproteína (a)

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes, de los cuales el 34,4% (n=21) presentó valores de Lp(a) 40 mg/dl. Las características basales se detallan en la tabla. No se observaron diferencias significativas en la edad entre ambos grupos: la mediana en el grupo con Lp(a) elevada fue de 55,5 años (RIC 53–63,5) frente a 55 años (RIC 50–63) en el grupo con Lp(a) < 40 mg/dl. Los SCA con Lp(a) elevada no mostraron diferencias significativas en la proporción de sexo masculino, como tampoco en los factores de riesgo cardiovascular (ver tabla), aunque se observó una tendencia a mayor prevalencia de hipertensión y tabaquismo, y menor de diabetes que en los pacientes con Lp(a) < 40 mg/dl. Respecto a la presentación clínico electrocardiográfica, los pacientes con Lp(a) elevada mostraron una mayor frecuencia de SCA sin elevación del ST (47,6% vs. 17,5%; p=0,01). Se evidenció además una tendencia no significativa hacia una mayor extensión de enfermedad coronaria en pacientes con Lp(a) elevada (64,7% vs. 44,7% con obstrucción significativa de 2 o 3 vasos; p=0,24).

**Conclusión:** Los pacientes con SCA y niveles elevados de Lp(a) presentaron con mayor frecuencia SCA sin elevación del ST y mostraron una tendencia a mayor extensión de enfermedad coronaria, a pesar de tener edad similar y menor prevalencia de diabetes. Estos hallazgos sugieren una posible asociación entre Lp(a) elevada y enfermedad coronaria más extensa, que pudo determinar mayor frecuencia de presentación como SCA sin elevación ST. Sin embargo, debido al bajo número de la muestra, estos hallazgos deberán confirmarse en estudios de mayor dimensión.

## 0554 - PARTICIPACIÓN DEL ANIÓN CLORURO Y LOS CANALES CLC EN EL DAÑO RENAL INDUCIDO POR SAL EN RATAS WISTAR

Investigación Básica / Hipertensión Arterial

María Julieta RUDI[1] | Nicolás Martín KOUYOUMDZIAN[1] | Melanie Cecilia KIM[1] | Natalia Lucía RUKAVINA MIKUSIC[1] | Hyun Jin LEE[1] | Marisa MORIONDO[2] | Beatriz PERAZZI[1] | Marcelo Roberto CHOI[1]

*Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)[1]; Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional[2]*

**Introducción:** El consumo excesivo de sal (NaCl) conduce a hipertensión arterial (HTA) y daño de órgano blanco. Los canales ClC-K1 y ClC-5 son reguladores esenciales del anión cloruro, pero su papel en los efectos perjudiciales de la sal es desconocido.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos del consumo excesivo de Cl- sobre la presión arterial y en la respuesta inflamatoria y oxidativa renal.

**Materiales y Métodos:** Ratas Wistar machos fueron divididas en dos grupos: Control (C, n=5) y NaCl (n=20). A la sexta semana el grupo NaCl, se dividió en cuatro grupos (NaCl-C, NaCl, NaCl-Na y NaCl-Cl) con la finalidad de corroborar que el daño observado a las 6 semanas en el grupo NaCl disminuye o se atenúa al reemplazar el catión sodio o el anión cloruro. Se determinó presión arterial sistólica (PAS) y a nivel renal: histología, función excretora, marcadores de inflamación y fibrosis (NF-kB y TGF-B), expresión de canales ClC-K1 y ClC-5 y de los receptores AT1 y AT2. Se realizó un análisis de la varianza de dos vías (ANOVA) seguido de Tukey. Las diferencias con un valor de p<0,05 se consideraron estadísticamente significativas (*).

| | Control | NaCl | NaCl-C | NaCl-Na | NaCl-Cl |
|---|---|---|---|---|---|
| Semana 0 | 119±6 | 115±6 | 115±6 | 115±6 | 115±6 |
| Semana 1 | 122±2 | 136±5 | 136±5 | 136±5 | 136±5 |
| Semana 3 | 126±1 | 149±7*& | 149±7*& | 149±7*& | 149±7*& |
| Semana 6 | 123±2 | 156±6*& | 156±6*& | 156±6*& | 156±6*& |
| Semana 9 | 120±7 | 160±12*& | 131±2&§ | 135±6 | 149±10 |
| Semana 12 | 127±2 | 169±10*& | 139±6*$ | 140±2*&$ | 161±8*&# |

**Resultados:** Las ratas control se mantuvieron normotensas durante las 12 semanas de tratamiento. En cambio, en el grupo NaCl, la PAS aumentó desde de la primera semana con respecto al grupo control*. A las semanas 9 y 12, se observó que el grupo NaCl alcanzo valores de presión arterial significativamente mayores en comparación con el grupo NaCl-Cl*. Este último, a su vez, presentó niveles significativamente más altos que los grupos NaCl-Na y NaCl-C*. Estos dos últimos grupos alcanzaron, en la semana 12, valores de PAS superiores a los del grupo C* (Ver Tabla). La diuresis fue significativamente mayor en los grupos experimentales en comparación con el grupo C* en la semana 12. El clearance de creatinina (ClCr) no mostró variaciones significativas entre los distintos grupos. La EUNa se incrementó en los grupos NaCl y NaCl-Na vs los restantes grupos*. Mientras que, la EUCl fue mayor en los grupos NaCl, NaCl-Na y NaCl-Cl en comparación con los otros dos grupos restantes*. En el análisis histológico cualitativo se destaca que los animales de los grupos NaCl y NaCl-Cl mostraron modificaciones tubulointersticiales más pronunciadas, caracterizadas por dilatación tubular, en comparación con el grupo C durante la semana 12 de tratamiento. Además, en ambos grupos, también se observó dilatación del espacio

urinario respecto al grupo C. En los grupos NaCl-C y NaCl-Na, las modificaciones observadas fueron menos pronunciadas en comparación con los otros grupos experimentales. A la semana 12, se observó un aumento en la expresión renal de p50-NFkB, TGF-B, AT1R y ClC-K1 en los grupos NaCl y NaCl-Cl*. La expresión de AT2R se incrementó en el grupo NaCl-Na*. Los niveles de expresión de ClC-5 fueron mayores en los animales tratados con NaCl-Cl*.

**Conclusión:** En conclusión, estos resultados sugieren que el Cl-, junto con el Na+, contribuyen al desarrollo de HTA y al daño renal inflamatorio. Los canales de ClC-K1 y ClC-5 podrían estar implicados en la mediación de estos efectos.

## 0556 - DESENLACES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO E INFLUENZA: ANÁLISIS DISCRIMINADO POR COMORBILIDADES

Cardiología Clínica

Daniela Alejandra CARDOZO | Julia JANCHES QUIÑONES | Ornella PACCE | Brenda Gisela CHUEKE | Sebastian NUÑEZ | Joaquin PEREA | María Inés SOSA LIPRANDI | Alvaro SOSA LIPRANDI

*Sanatorio Güemes*

**Introducción:** Actualmente la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en el mundo. Las infecciones respiratorias virales tienen una alta incidencia en la población general, y algunos trabajos vincularon a estas infecciones con el aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

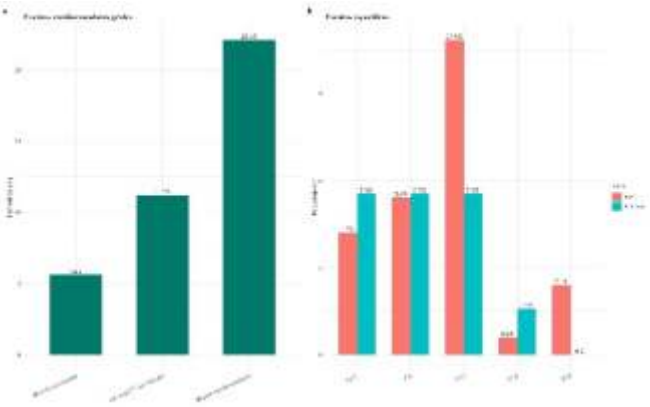
**Objetivos:** Analizar los desenlaces cardiovasculares en pacientes que cursaron infección por virus sincicial respiratorio (VSR) e influenza.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico confirmado de infección respiratoria viral por influenza o virus sincicial respiratorio (VSR). Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con información clínica completa. Se excluyeron aquellos con infecciones mixtas o sin confirmación etiológica.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 307 pacientes con infecciones virales, 178 (58%) pacientes con infección por VSR y 129 (42%) pacientes con infección por Influenza A. La media de edad fue de 66 años (DE 20), con similar distribución entre ambos géneros. Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares se observó una prevalencia de hipertensión arterial del 54%, tabaquismo 8.6%, dislipemia 16%, obesidad 5.6% y diabetes de 21%, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según infección. En cuanto a las comorbilidades, la enfermedad coronaria y la fibrilación auricular (FA) se presentaron en el 10% y el 8.3%, respectivamente, sin diferencias significativas entre los grupos. Respecto a la insuficiencia cardiaca, fue más frecuente en los pacientes con infección por VSR de forma estadísticamente significativa (p=0.026). Se observó un índice de Charlson mayor en los pacientes que presentaron infección por VSR (mediana 4.6 vs 3.7), de forma estadísticamente significativa (p=0.005). En cuanto a los desenlaces intrahospitalarios, se registraron un 5,6% de MACE, 11% de eventos cardiovasculares globales y 22% de mortalidad intrahospitalaria. En el grupo con infección por virus sincicial

| Características | Total N = 307[1] | VSR N = 178[1] | Influenza N = 129[1] | p-valor[2] |
|---|---|---|---|---|
| **Edad (años)** | 66 ± 20 | 68 ± 18 | 64 ± 22 | 0.14 |
| **Sexo** | | | | 0.6 |
| Femenino | 157 (51%) | 93 (52%) | 64 (50%) | |
| Masculino | 150 (49%) | 85 (48%) | 65 (50%) | |
| **HTA** | 164 (54%) | 97 (55%) | 67 (53%) | 0.7 |
| **Diabetes** | | | | 0.8 |
| No | 237 (78%) | 137 (78%) | 100 (79%) | |
| Sin complicacion | 48 (16%) | 30 (17%) | 18 (14%) | |
| Con complicacion | 17 (5.6%) | 9 (5.1%) | 8 (6.3%) | |
| **Tabaquismo actual** | 26 (8.6%) | 14 (8.0%) | 12 (9.5%) | 0.6 |
| **Dislipemia** | 47 (16%) | 29 (17%) | 18 (14%) | 0.6 |
| **Enfermedad coronaria** | 31 (10%) | 13 (7.4%) | 18 (14%) | 0.053 |
| **Insuficiencia cardiaca** | 42 (14%) | 31 (18%) | 11 (8.7%) | 0.026 |
| **EPOC** | 48 (16%) | 28 (16%) | 20 (16%) | >0.9 |
| **Enfermedad renal (ClCr <60)** | 33 (11%) | 17 (9.7%) | 16 (13%) | 0.4 |
| **Fibrilación auricular** | 25 (8.3%) | 13 (7.4%) | 12 (9.5%) | 0.5 |
| **Obesidad (IMC >30)** | 17 (5.6%) | 12 (6.9%) | 5 (4.0%) | 0.3 |
| **Hisopado para COVID-19** | | | | 0.003 |
| Negativo | 271 (90%) | 151 (86%) | 120 (94%) | |
| Positivo | 10 (3.3%) | 5 (2.9%) | 5 (3.9%) | |
| No se realizo | 21 (7.0%) | 19 (11%) | 2 (1.6%) | |
| **SOFA** | 2.46 ± 2.82 | 2.46 ± 2.62 | 2.46 ± 3.22 | 0.6 |
| **Indice de Charlson** | 4.28 ± 2.68 | 4.66 ± 2.53 | 3.74 ± 2.80 | 0.005 |
| **Requirió oxigeno** | 159 (53%) | 90 (51%) | 69 (55%) | 0.5 |
| **Tipo de oxigeno** | | | | 0.8 |
| Canula | 108 (68%) | 63 (70%) | 45 (65%) | |
| Mascara | 16 (10%) | 8 (8.9%) | 8 (12%) | |
| M. Reservorio | 7 (4.4%) | 3 (3.3%) | 4 (5.8%) | |
| VMI | 3 (1.9%) | 1 (1.1%) | 2 (2.9%) | |
| ARM | 25 (16%) | 15 (17%) | 10 (14%) | |
| **SCA durante internación** | 3 (1.0%) | 1 (0.6%) | 2 (1.6%) | 0.6 |
| **FA durante internación** | 16 (5.5%) | 9 (5.4%) | 7 (5.6%) | >0.9 |
| **ICC durante internación** | 25 (8.6%) | 18 (11%) | 7 (5.6%) | 0.11 |
| **TEP durante internación** | 4 (1.4%) | 4 (2.4%) | 0 (0%) | 0.14 |
| **ACV durante internación** | 14 (4.8%) | 7 (4.2%) | 7 (5.6%) | 0.6 |
| **Otros eventos CV** | 3 (1.0%) | 3 (1.8%) | 0 (0%) | 0.3 |
| **Muerte intrahospitalaria** | 71 (23%) | 52 (29%) | 19 (15%) | 0.003 |

[1]Mean ± SD; n (%)
[2]Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test



respiratorio (VSR), las tasas de síndrome coronario agudo (SCA), accidente cerebrovascular (ACV), fibrilación auricular (FA) e insuficiencia cardíaca fueron de 0,6%, 4,2%, 5,4% y 11%, respectivamente. En el grupo con influenza, las tasas correspondientes fueron 1,6%, 5,6%, 5,6% y 5,6%, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. No obstante, la infección por VSR se asoció a una mayor mortalidad intrahospitalaria, diferencia que resultó estadísticamente significativa (p = 0,003). También se analizó la ocurrencia de desenlaces según la carga de comorbilidades, evaluada mediante el índice de Charlson. En relación con los eventos cardiovasculares globales, se observó una tasa del 9,1% en pacientes sin comorbilidades, 8% en aquellos con comorbilidades leves y 24% en los que presentaban comorbilidades moderadas o severas, con una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (p = 0,019).

**Conclusión:** En la cohorte de pacientes con infecciones virales por VSR e Influenza A, se observó una elevada incidencia de eventos cardiovasculares intrahospitalarios, incluso en aquellos con ausencia o baja carga de comorbilidades, lo que resalta el impacto potencial de estas infecciones más allá del perfil basal del paciente.

## 0557 - EFECTOS ANTI-INFLAMATORIOS DEL TIRZEPATIDA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

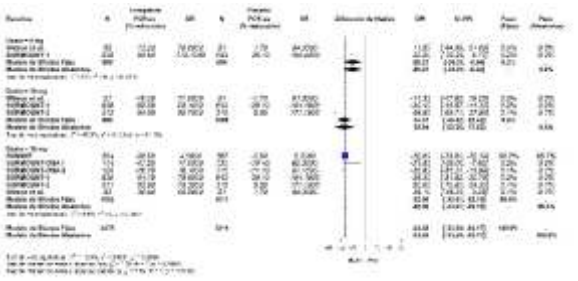
Lorenzo Martín LOBO[1] | Walter MASSON[2] | Juan Patricio NOGUEIRA[3] | Graciela Beatriz MOLINERO[1] | Pedro TOUZAS[2] | Leandro BARBAGELATA[2] | Gustavo GIUNTA[4] | Silvina Valeria SAGARDÍA[1]

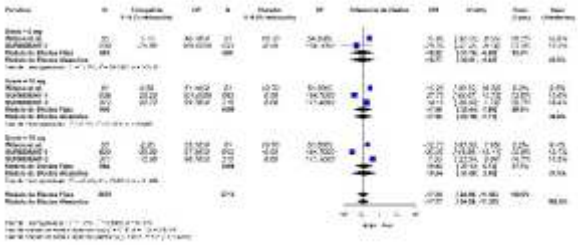
*Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]; Sociedad Argentina De Lípidos[3]; Fundación Favaloro[4]*

**Introducción:** La inflamación representa un mecanismo central en la fisiopatología de la diabetes tipo 2 (DM2), la obesidad y sus complicaciones cardiovasculares. Tirzepatida, un agonista dual de los receptores de GIP y GLP-1, ha demostrado beneficios metabólicos superiores a los agonistas GLP-1 tradicionales, aunque sus efectos antiinflamatorios están menos explorados.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la Tirzepatida, en los niveles de proteina C reactiva ultrasensible e interleuquina 6 y su relación con la dosis administrada.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis conforme a las directrices PRISMA, incluyendo estudios observacionales (de cohorte) y ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron el uso de tirzepatida y reportaron la variación porcentual de marcadores inflamatorios [proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) e interleucina 6 (IL-6)]. Para el análisis se utilizó un modelo de efectos aleatorios, y se efectuó un análisis de sensibilidad.





**Resultados:** Se incluyeron 8 estudios para el análisis cualitativo (7 ensayos clínicos aleatorizados y un estudio observacional) y 6 para el análisis cuantitativo (meta-análisis). Tirzepatida redujo significativamente PCR-us (diferencia de medias [DM]: -32.9; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: -33.6 a -32.2; $I^2$ = 15.3%) e IL-6 (DM: -17.8; IC95%: -24.3 a -11.3; $I^2$ = 1.6%) en comparación con placebo. El uso de 15 mg (DM -32.9; IC95% -33.6 a -32.2; $I^2$ = 4.4%), 10 mg (DM -33.9; IC95% -50.3 a -17.6; $I^2$ = 41.8%), y 5 mg (DM -20.3; IC95% -35.2 a -5.3; $I^2$ = 0%) de tirzepatida se asoció con niveles de PCR-us significativamente más bajos frente a placebo. Por otro lado, dosis de 5 mg (DM -18.8; IC95% -32.9 a -4.6, $I^2$ =17.2%, 10 mg (DM -17.9; IC95% -28.2 a -7.7, $I^2$=2.1%), y 15 mg (DM -16.8; IC95% -31.1 a -2.6, $I^2$=47.4%) de tirzepatida se asociaron con una reducción de IL-6 en comparación al placebo.

**Conclusión:** El presente estudio demostró que el uso de tirzepatida se asoció con una reducción de los marcadores inflamatorios, independientemente de la población evaluada o del régimen de tratamiento utilizado. Estos hallazgos explicarían uno de los mecanismos por los cuales la tirzepatida podría reducir los eventos cardiovasculares.

## 0560 - INSUFICIENCIA CARDÍACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR . EXPERIENCIA DE MANEJO EN UN INSTITUTO CARDIOLÓGICO AMBULATORIO EN CHACO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Enfermedad Vascular Pulmonar

Victor Marcelo de Jesus FRANCHI | Mauro Nahuel RAMÍREZ

*Actividad Clinica Privada*

**Introducción:** la IC ha sido un mal que nos aqueja a todos y una patología en crecimiento en los últimos años por la mayor longevidad de la población . Con el advenimiento de nuevas drogas y tratamientos intervencionistas, surge la necesidad de activar y coordinar UNIDADES DE IC para estratificar mejor al paciente y evitar multi internaciones.

**Objetivo:** Demostrar que la insuficiencia cardíaca se puede estratificar y detectar los casos clínicos grices que aún no necesitan internación en unidad critica.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, restrospectivo, longitudinal de una población jóven de 40 pacientes con IC de consultorios externos. 20 de ellos entraron a unidad de IC. Se analizaron datos de pacientes evaluados entre el mes de mayo 2022 a mayo 2023. Se utilizó el sistema estadístico IBM SPSS Statistics analizando variables cualitativas y cuantitativas, se consideró como p significativa menor a 0,05. Se analizaron datos de la historia clínica como edad, sexo, presencia de DBT e HTA y síntomas como disnea, angor y taquicardia. Se definió insuficiencia cardíaca por criterios de Framingham. Se evaluaron los resultados de electrocardiograma analizando la FC y el ecocardiograma doppler color trastorácico en todos los pacientes. Se evaluó la FEY y se definió falla diastólica por flujograma mitral donde la relación de la onda E /A, por doppler pulsado era menor a 1. Dentro del personal a cargo estaba 1 enfermero, 1 técnico, 1 ayudante médico , 1 cardiólogo y 1 administrativo. En la PRIEMERA ESTACION, El paciente ingresaba a una habitación, se lo saturaba, se medía la TA y se le hacía un ECG digital continuo y se estratifica. Una vez realizada esta medidas y si el paciente toleraba , se iniciaba la titulación de vasodilatadores orales como telmisartán o valsartán y diuréticos de ASA como furosemida esperando la respuesta. En la SEGUNDA ESTACION, ya el paciente con la presión arterial estabilizada y con diuresis + desde el minuto 0, pasaba a realizar estudios de IMAGEN: ecocardiograma doppler color. En la TERCERA ESTACION, se juntaban los resultados y se veía si se pedía algún estudio más como HOLTER 24 o MAPA o alguna prueba de perfusión miocárdica. En la CUARTA ESTACION ya con los estudios realizados se hablaba al paciente y al familiar que serían citados a los 7 y 14 días para control, con seguimiento telefónico En la QUINTA ETAPA. SE TITULABAN DROGAS como SACUBITRIL/ VALSARTAN , DAPAGLIFOSINA, BB Y DIURETICOS COMO SER FUROSEMIDA . Y se daba el alta de la unidad de IC. Con un laboratorio completo.- En caso de de no ser así eran trasladados en UTIM a un centro de UTI / UCO

**Resultados:** Se observó una población masculina jóven con edad media de 51,4 años. 15 pacientes tenían hipertensión arterial, pacientes diabetes y 54 % (54) eran de sexo masculino. La media de los hallazgos en el ecocardiograma doppler color trastorácico fue: DDVI 51,13 mm, DSVI 33,9 mm, Fey 64%, SIV 9,5 mm , PP 9,2 mm , DDVD 26,4 mm. En el ECG el Ritmo era sinusal en todos los pacientes. Clínicamente presentaban Clase funcional al ingreso CF NYHA II Y III, FC media 98, TAS 160 , Rales crepitantes basales , toleraban el decúbito y tenían edema en miembros inferiores.. Todos los pacientes que ingresaron no fueron internados exepto uno que necesito colocación de dispositivo como MCP por presentar bloqueo A-V-

**Conclusión:** Se observa una población masculina, con signos de insuficiencia cardíaca, taquicardia y disnea, relacionada con falla diastólica, Y falla sistólica. Se evitó la internación en UTI a estos pacientes y se pudo lograr mayor adherencia al tratamiento antes del alta y en seguimiento posterior telefónico se noto franca mejoría de los síntomas.

## 0561 - PERFIL CLÍNICO, EVOLUTIVO Y TERAPÉUTICO EN MUJERES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

Anabella MEZZALIRA | Claudio HIGA | Maria Jimena GAMBARTE | Valois MARTINEZ | Lucas Adrián OTERO GÓMEZ

*Hospital Alemán*

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la principal causa de mortalidad en mujeres. A pesar de los avances en concientización, las mujeres continúan siendo una población subrepresentada en los estudios clínicos e infradiagnosticada en la práctica diaria, lo que contribuye a menor acceso al tratamiento. Estas inequidades son particularmente evidentes en el síndrome coronario agudo (SCA), donde el abordaje diagnóstico y terapéutico se fundamentan en estudios realizados predominantemente en la población masculina.

**Objetivos:** Describir el perfil clínico, evolutivo y terapéutico del SCA en mujeres, con el objetivo de identificar diferencias significativas por sexo que contribuyan a optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron pacientes internados consecutivamente con diagnóstico de SCA en un Hospital de Comunidad. Las proporciones se expresaron como porcentajes y las variables continuas según su distribución (paramétrica o no paramétrica). Las proporciones se compararon con test de chi cuadrado y las variables continuas por Test de T o de Mann Whitney Wilcoxon según su distribución haya sido paramétrica o no paramétrica. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 26.

**Resultados:** Se analizaron en total a 1878 pacientes de los cuales 558 (30%) fueron mujeres. Éstas tuvieron una media de edad mayor (69.96 vs 64.96 años p < 0.0001). Como antecedentes, menor prevalencia de tabaquismo activo (27% vs 38% < 0,0001), menor proporción de SCA (21% vs 28%, p 0.01), cirugía de revascularización miocárdica (CRM)(4% vs 6.6% p 0.0001), angioplastia coronaria (ATC)(12% vs 21% p< 0.0001) e insuficiencia renal crónica (1.8% vs 8% p 0.0001). No se observaron diferencias significativas en relación al perfil hemodinámico ni a los niveles de Killip y Kimball al ingreso. Recibieron menos tratamiento con inhibidores de P2Y12 (86% vs 92% p 0.03), inhibidores de la Gp IIb IIIa (2.9% vs 5.8% p 00.01) y un mayor uso de bloqueantes cálcicos (5.9% vs 3.9% p 0.01). Las concentraciones máximas de CPK y troponina T de alta sensibilidad al ingreso fueron menores (276 U/L vs 588 U/L p 0.0001 y 584 pg/ml vs 1210 pg/ml p 0.0001 respectivamente), al igual que el recuento de glóbulos blancos (8.493 mil/mm3 vs 9.773 mil/mm3 < 0.0001). Fueron menos estudiadas con cinecoronariografía (63.3% vs 82.1% p 0.001), recibieron menor tratamiento con ATC primaria (15.8% vs 21,2% p 0.04), ATC durante la internación (28.2% vs 41.2% p 0.0001) y CRM (4% vs 9.5% p 0.001) y menos eventos de insuficiencia renal aguda (3.2 % vs 6.3% p 0.04). Respecto al diagnóstico, hubo menor prevalencia síndromes coronarios con elevación persistente del segmento ST (16.6% vs 29.5% p 0.0001) pero mayor de síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST) (78% vs 69% p 0.0001) y de infarto de miocardio con enfermedad coronaria no obstructiva (MINOCA) (5.5% vs 0.8% p 0.0001).

**Conclusión:** En esta cohorte, se observaron diferencias significativas en su perfil clínico, características evolutivas y tratamiento recibido, en comparación con los hombres. Presentaron mayor edad, menor prevalencia de tabaquismo activo y antecedentes cardiovasculares, y fueron diagnosticadas con mayor frecuencia con SCASEST o MINOCA. Presentaron menores concentraciones de marcadores de necrosis y de leucocitos, recibiendo con menor frecuencia intervenciones invasivas, y una menor prescripción de terapias antitrombóticas. Estos hallazgos reflejan una brecha en el abordaje terapéutico de las mujeres con SCA, y subrayan la necesidad de estrategias específicas.

## 0565 - COMORBILIDADES EN HIPERTENSIÓN PULMONAR. UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA.

Enfermedad Vascular Pulmonar

Guillermina SORASIO[1] | Nicolas SILVA CROOME[2] | Pablo COSTAS[1] | Paul VARGAS[1] | Julieta SORICETTI[1] | Nicolas CARUSO[1] | Figueroa MANUEL[1] | Adrián José LESCANO[1]

*Centro Gallego De Buenos Aires[1]; Trinidad Quilmes[2]*

**Introducción:** La Hipertensión pulmonar (HP) es una entidad con elevada morbi-mortalidad a pesar de la incorporación de diversas estrategias terapéuticas. La presencia de comorbilidades en esta población se ha asociado a una reducción de la sobrevida, menor capacidad funcional y peor evolución. Estas, se pueden presentar en más del 70 % de los pacientes (p) con Hipertensión arterial pulmonar (HP) y en algunos casos pueden dificultar la diferenciación con otros grupos de HP y enmascarar los síntomas.

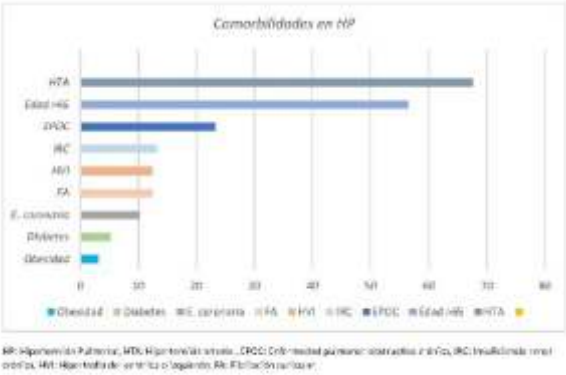
**Objetivos:** Describir la presencia de comorbilidades en una población de pacientes con Hipertensión pulmonar diagnosticados por cateterismo cardiaco derecho.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo, analítico, prospectivo, que incorporó pacientes con diagnóstico de HP por cateterismo cardiaco derecho (HAP: definida como presión pulmonar media mayor a 20 mm Hg, resistencias vasculares pulmonares mayores a 2 UW y presión capilar pulmonar menor a 15 mm Hg) Se analizaron las

Características basales

| | |
|---|---|
| Edad, años (SD) | 42 (10 a 77) |
| Sexo femenino (%) | 66.44 |
| Grupo (%) | |
| I | 55.73 |
| II | 11.01 |
| III | 26.32 |
| IV | 4.72 |
| V | 2.02 |
| Patología asociada (%) | |
| Idiopático | 53 |
| Enfermedad del tejido conectivo | 29 |
| Cardiopatía congénita | 13 |
| Hipertensión portopulmonar | 2 |
| HIV | 2 |
| Asociado a drogas | 1 |
| Enfermedad pulmonar intersticial | 73 |
| EPOC | 19 |
| Sind. Combinado | 8 |
| WHO CF (%) | |
| I | 3.29 |
| II | 48 |
| III | 37.88 |
| IV | 10.82 |
| TCaM | |
| Distancia (m) | 338 ± 150.5 |
| Estratificación de riesgo (%) | |
| Bajo | 28.06 |
| Intermedio | 53.87 |
| Alto | 18.26 |

características demográficas, clínicas, ecocardiográficas, hemodinámicas y basadas en el tratamiento. Se incluyeron diversas comorbilidades como edad mayor a 65 años, hipertensión arterial (HTA), diabetes, obesidad (definida como índice de masa corporal mayor a 30 kg/m2), hipertrofia del ventrículo izquierdo, enfermedad coronaria, presencia de fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica (definida como reducción del aclaramiento de creatinina estimado < 60 ml/min/1,73 m por formula de CKD EPI) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%), las cuantitativas en media o mediana con desvío estándar o rango intercuartilo según distribución. La significancia estadística se definió con un valor de p menor a 0.05 y se utilizó el programa STATA 14.




**Resultados:** Se incluyeron 451 p con diagnóstico de HP por cateterismo derecho desde enero 2012 a marzo 2025. La edad media fue de 62 años ± 17 y el sexo femenino de 66.44%. El 48% se encontró en clase funcional III/IV. El 55.7% perteneció al grupo 1, el 53.67% se clasificó como riesgo intermedio y 18.26 % alto. 224 pacientes completaron todas las comorbilidades estudiadas. En el 56.5% la edad fue mayor a 65 años. El 67.5 % de los pacientes (143) fueron hipertensos, la obesidad se presentó en el 3.1% (12 p), diabetes en el 5,2% (34 p), enfermedad coronaria 10.3% (23 p) hipertrofia del ventrículo izquierdo en el 29.1% (60 p) y la fibrilación auricular en 12.4% (28 p) La insuficiencia renal crónica se presentó en el 13.2% (29 p) y EPOC 23.2% (52 p) En el 22% de los p se determinó la presencia de 3 o más comorbilidades asociadas.

**Conclusión:** Nuestra población de pacientes con Hipertensión pulmonar presenta mayor edad, clase funcional avanzada y riesgo intermedio. Las comorbilidades fueron frecuentes (mayores al 10%) con predominancia de fenotipo cardiovascular (mayor prevalencia de hipertensión, fibrilación auricular, hipertrofia del ventrículo izquierdo y enfermedad coronaria) y un alto porcentaje de EPOC. Adicionalmente, alrededor de un cuarto de los pacientes presentaron 3 o más comorbilidades.

## 0567 - ANÁLISIS DE TERMOGRAFÍA DE INFRARROJOS MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE BAJO GASTO CARDÍACO EN PACIENTES CRITICOS

Cardiología Clínica / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Andres Nicolas ATAMAÑUK[1] | Ignacio GANDINO[2] | Horacio Enrique FERNANDEZ[1] | Renzo Eduardo MELCHIORI[1] | Luis Enrique GOMEZ[2] | Jorge BILBAO[1] | Nicolás Arturo TORRES[1] | Sergio Juan BARATTA[1]

*Hospital Universitario Austral[1]; Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández[2]*

**Introducción:** El flujo sanguíneo cutáneo desempeña un papel clave en la termorregulación y este se ve alterado en shocks hemodinámicos. La termografía infrarroja ofrece un método no invasivo para mapear la temperatura y analizar su comportamiento en pacientes con inestabilidad hemodinámica.

**Objetivos:** Evaluar el comportamiento térmico del rostro de pacientes (p) bajo monitoreo hemodinámico invasivo mediante el uso de cámara infrarroja. De manera secundaria, mediante inteligencia artificial (IA), establecer el valor diagnóstico de dicho método.

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal de p consecutivos de la Unidad de Cardiología Crítica bajo monitoreo con catéter de la arteria pulmonar (CAP). Con una cámara de infrarrojos (FLIR-ONE) se tomaron 3 fotos térmicas en serie del rostro de cada p en simultáneo con 3 mediciones hemodinámicas con CAP (las cuales se promediaron). Usando un programa de análisis de imágenes infrarrojas, un evaluador ciego capturó puntos térmicos de 6 regiones faciales prestablecidas analizándose de tres maneras: 1) temperatura aislada por región (T), 2) promedios entre ellas (TP) y 3) gradiente térmico entre ellas (GT) (fig. 1). Un segundo evaluador

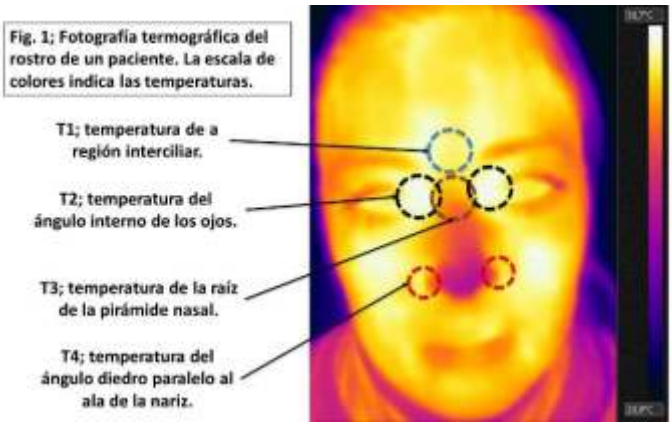


Fig. 1; Fotografía termográfica del rostro de un paciente. La escala de colores indica las temperaturas.

ciego comparó la termografía con las variables hemodinámicas obtenidas por CAP. Mediante machine learning se procesaron los valores térmicos para obtener el mejor modelo de predicción para un índice cardíaco (IC) menor a 2,5 Lts/min/m2. Las variables cualitativas se expresan en números y porcentajes, las cuantitativas en media y DS. Se realizó test de Chi2 o Fisher para asociaciones de variables categóricas. Se realizo t-test o Wilcoxon rank sum para las cuantitativas. Se realizado test de Pearson o Spearman para correlacionar las cuantitativas. Se consideró una p< 0,05 como significativa.

**Resultados:** En total se analizaron 35 monitoreos hemodinámicos, 280 T, 140 TP y 245 GT en 18 p (9 p registraron 2 o más monitoreos). Edad 60±14años, 70% hombres. Indicación de monitoreo; 60% shock, 40% POP cardíaco. Tratamiento; 19monitoreos (54%) con 2 o más drogas vasoactivas (58% dobutamina, 54% noradrenalina, 27% milrinona, 8% adrenalina). Monitoreo por CAP; TAM 74,46±7,82mmHg, FC 95,7±21,2lat/min, Pw 12,2±4,9mmHg, PVC 7,3±4,2mmHg, IC 2,6±0,6Lts/min/m2, RVS 1123,3±260,1din.cm-5. El 25% de los p se encontraba en ARM. Puntos térmicos de mejor correlación con IC, respectivamente; T1 35,55±1,84°C (r 0,42, p0,01), T2 36,26±1,16°C (r 0,2, p0,1), T3 34.48±2,45°C (r 0,37, p0,02) y T4 35,74±1,48°C (r 0,41, p0,01). TP1 34,99±1,47°C (r 0,43, p0,01) y TG 1,32±0,59°C (r-0,45, p 0,01). También se hallaron algunas correlaciones significativas con RVS y PVC. No fueron significativas para; Pw, FC, ITSVI y TAM. Excepto T2, todas las determinaciones térmicas se correlacionaron con IC, el mejor valor se obtuvo con TG (gradiente térmico entre T2 y el promedio de T1 y T4). Predicción de bajo gasto por IA: el mejor modelo obtenido fue de redes neuronales con área bajo la curva ROC de 0,75.

**Conclusión:** En pacientes críticos se identificaron puntos y gradientes térmicos específicos del rostro con correlación significativamente estadística con el IC. Los mismos demuestran que regiones centrales de elevada temperatura no correlacionan con IC, mientras que algunas distales si lo hacen. Pareciera que el mejor marcador térmico son los gradientes entre diferentes regiones. Secundario a esto, la combinación de termografía con IA mediante un modelo de predicción de bajo gasto cardíaco, demostraría plausibilidad biológica para el desarrollo de un nuevo método no invasivo que podría evaluar estados hemodinámicos.

## 0568 - CALCIFICACIÓN CORONARIA COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD.

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Andres MAZUQUIN | Francisco GOLDARACENA | Giuliana Maria GNOATTO GRIGOLATTO | Sebastian PERALTA | Marcelo O. BETTINOTTI | Joaquin PEREA | Ricardo Alfredo VILLARREAL

*Sanatorio Güemes*

**Introducción:** Las oclusiones coronarias totales crónicas (OCT) se definen como una obstrucción completa de una arteria coronaria con flujo distal TIMI 0 y una evolución estimada de al menos tres meses. Representan entre el 20% y el 30% de las lesiones observadas en las coronariografías diagnósticas, con una prevalencia que aumenta con la edad. La revascularización de las OCT continúa siendo uno de los mayores desafíos para el cardiólogo intervencionista, y su éxito depende en gran medida de las características clínicas del paciente y de las particularidades angiográficas de la lesión tratada.

**Objetivos:** En este trabajo se busca describir y analizar el éxito del procedimiento según dichas características.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis descriptivo unicéntrico de una cohorte de 50 pacientes con enfermedad coronaria crónica incluidos en la base de datos "Latam CTO". Los pacientes fueron clasificados según el grado de calcificación de la lesión coronaria (Nula/leve vs moderada/severa), evaluado por el operador mediante angiografía. Se compararon las características basales, parámetros procedimentales y desenlaces inmediatos entre los grupos. Para la comparación de variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o exacta de Fisher según correspondiera, y para variables continuas se aplicó la prueba de t de Student o Mann–Whitney U según la distribución de los datos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

**Resultados:** Se analizaron 50 pacientes incluidos en la base de datos "Latam CTO", con una edad promedio de 65 años y una mayoría de sexo masculino (86%). En el 98% la estrategia principal fue por abordaje anterior (AWE) y en el 2 % restante por vía anterior por disección (ADR). Entre las variables analizadas, el grado de calcificación coronaria se asoció significativamente con el éxito del procedimiento: 96,4% en pacientes con calcificación leve frente a 68,2% en aquellos con calcificación moderada a severa (p = 0,021). Asimismo, los pacientes con mayor grado de calcificación presentaron tiempos de intervención más prolongados (75 vs. 47 minutos, p = 0,005), mayor volumen de contraste administrado (221

ml vs. 167 ml, p = 0,006) y un incremento significativo en los niveles de creatinina post procedimiento (1,94 vs. 1,04 mg/dl, p = 0,035), sugiriendo un mayor impacto renal asociado a la complejidad del caso.

**Conclusión:** Estos hallazgos subrayan la importancia de una adecuada evaluación del grado de calcificación coronaria previo al abordaje de CTO, dado su impacto no solo en el éxito técnico del procedimiento, sino también en la duración, el consumo de recursos y el riesgo de complicaciones renales.

## 0572 - BISOPROLOL VERSUS VERAPAMILO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA SINTOMÁTICA (BIVEHC).

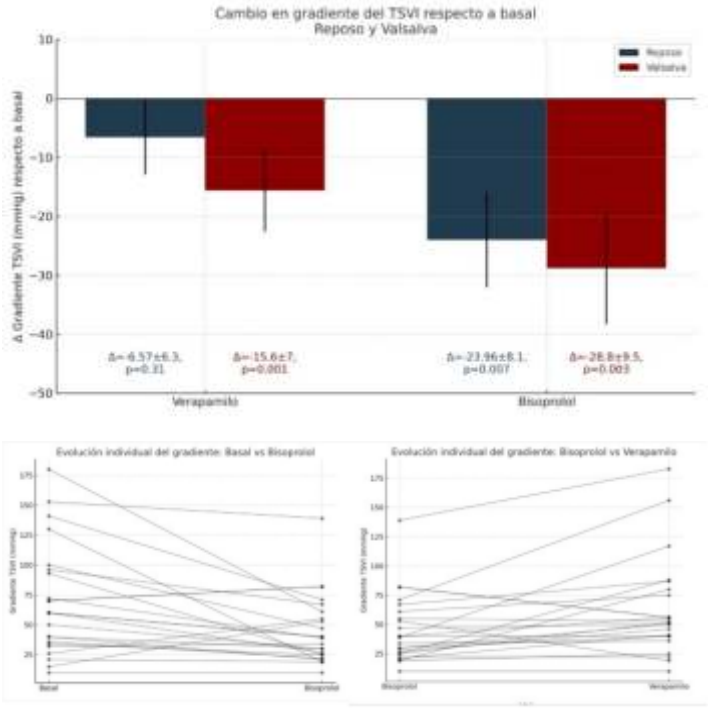
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiología Clínica

Juan Pablo COSTABEL | Lucas Leonardo SUAREZ | Fiorella CHICOTE | Marcia CORTES | Ana SPACCAVENTO | Alan SIGAL | Lucrecia Maria BURGOS | Mirta DIEZ

*ICBA*

**Introducción:** El tratamiento farmacológico de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) sintomática se basa principalmente en la experiencia clínica y estudios observacionales. Existe escasa evidencia comparativa directa sobre la eficacia relativa de los beta bloqueantes y los bloqueantes de los canales de calcio.

**Objetivos:** Comparar los efectos del bisoprolol y verapamilo sobre la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), parámetros ecocardiográficos y calidad de vida en pacientes con MCHO sintomática.




**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, cruzado, que incluyó 26 pacientes con MCHO sintomática en clase funcional II-III (NYHA), con gradiente de TSVI en reposo >=30 mmHg o >=50 mmHg con Valsalva, atendidos en una clínica especializada entre diciembre de 2023 y febrero de 2025. Cada paciente recibió bisoprolol (2.5 a 10 mg/día) y verapamilo (80 a 360 mg/día), en períodos separados de dos semanas con titulación a dosis máxima tolerada y un período de washout entre tratamientos. El ecocardiografista se mantuvo ciego al tratamiento recibido por cada paciente. Se evaluaron: gradiente de TSVI en reposo y con maniobra de Valsalva, relación E/e', y calidad de vida mediante el cuestionario Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). Se estimó un total de 26 pacientes requeridos para detectar un cambio significativo en el gradiente en reposo de 10 mmHg con un desvío estándar de 13 mmHg durante el tratamiento con bisoprolol, con un error alfa de 5% y un poder de 80%

**Resultados:** La cohorte estuvo compuesta por 26 pacientes (edad media: 58 ± 15.8 años; FEVI: 63.8 ± 3.8%). Al inicio, el 80.7% se encontraba en clase funcional II y el 19.2% en clase III. Comparado con el gradiente basal (69 ± 46.2 mmHg), el bisoprolol redujo significativamente el gradiente de TSVI en reposo a 45.1 ± 29.1 mmHg (diferencia: –23.96 ± 8.1 mmHg, p = 0.007), mientras que verapamilo lo redujo a 62.5 ± 41.9 mmHg (diferencia: –6.57 ± 6.3 mmHg, p = 0.31). La comparación directa entre bisoprolol y verapamilo mostró una diferencia significativa (diferencia: –16.5 ± 6.2 mmHg, p = 0.001). Con la maniobra de Valsalva, el gradiente disminuyó con bisoprolol de 114.1 ± 52.7 a 85.3 ± 42.2 mmHg (diferencia: –28.8 ± 9.5 mmHg, p = 0.003) y con verapamilo a 98.5 ± 46.8 mmHg (diferencia: –15.6 ± 7 mmHg, p = 0.001). La relación E/e' no mostró cambios significativos con ninguno de los tratamientos. En contraste con los hallazgos ecocardiográficos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida evaluada por el cuestionario KCCQ con bisoprolol (diferencia: +4.8 puntos, p = 0.16) ni con verapamilo (diferencia: +1.3 puntos, p = 0.65).

**Conclusión:** En pacientes con MCHO sintomática, el bisoprolol demostró una mayor eficacia que verapamilo en la reducción del gradiente de TSVI, tanto en reposo como con maniobra de Valsalva. Sin embargo, esta mejora hemodinámica no se tradujo en un beneficio significativo en la calidad de vida a corto plazo.

## 0574 - FACTORES CLÍNICOS E IMAGENOLÓGICOS ASOCIADOS A UN PEOR CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Florencia CANTORA | Santiago DECOTTO | Rocio BLANCO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) sarcomérica es una enfermedad genética con herencia autosómica dominante, caracterizada por hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI) sin causa subyacente evidente. El consumo máximo de oxígeno (VO2 pico) es un marcador clave para evaluar la capacidad funcional y el pronóstico en pacientes con MCH. Aunque múltiples factores pueden influir en este parámetro, su impacto relativo y valor predictivo no están completamente establecidos.

**Objetivos:** Analizar la asociación entre variables clínicas, ecocardiográficas y de resonancia magnética cardíaca (RMC) con el VO2 pico en pacientes diagnosticados con MCH.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó pacientes con diagnóstico de MCH sarcomérica pertenecientes a un registro institucional entre 2017 y 2025, que contaran con ecocardiograma, RMC y prueba de consumo de oxígeno realizados en un intervalo menor a un año de diferencia entre sí. Se recolectaron datos clínicos, imagenológicos y funcionales a partir de la historia clínica electrónica. Se analizaron datos demográficos, clase funcional, parámetros estructurales y funcionales de ventrículo izquierdo y derecho, la presencia de obstrucción dinámica al tracto de salida del VI, la fibrosis miocárdica cuantificada mediante realce tardío con gadolinio (RTG), y el strain longitudinal global del VI evaluado por RMC. Las exploraciones de RMC se realizaron con un imán de 1.5-T (Avanto, Siemens Medical Solutions®, Erlangen, Alemania). La cuantificación de RTG y el strain se efectuaron con Circle Cardiovascular Imaging (Tissue Tracking, cvi42). Se utilizaron modelos de regresión lineal univariados y multivariados para evaluar las asociaciones con VO2 pico.

**Resultados:** Se analizaron 54 pacientes con una edad promedio de 53 ± 18 años, de los cuales el 59% eran hombres. El VO2 pico promedio fue de 23.5 (± 9.6) ml/kg/min. (Tabla 1) En el análisis univariado, el sexo masculino (p=0.001), el volumen telediastólico del ventrículo derecho indexado (p<0.001) y el strain miocárdico por RMC (p=0.030) se asociaron significativamente con un mayor VO2 pico. La edad presentó una asociación inversa con el VO2 pico (p<0.001). No se hallaron asociaciones significativas con la fracción de eyección del VI, el gradiente obstructivo intraventricular, el índice de masa ventricular izquierda ni con RTG. (Tabla 2) En el análisis multivariado, las variables que mostraron asociación independiente con un VO2 pico más bajo fueron el sexo femenino (p=0.007), una mayor edad al diagnóstico y un menor valor de strain longitudinal del VI (p<0.001 y p=0.033, respectivamente).

**Conclusión:** En pacientes con miocardiopatía hipertrófica, el sexo femenino, la mayor edad y un menor strain longitudinal del VI por RMC se asociaron de forma independiente con un menor VO2 pico. Estos hallazgos resaltan la utilidad del strain miocárdico como marcador funcional complementario que podría contribuir a mejorar la estratificación pronóstica en esta población.

**Tabla 1. Características generales de la población**

| VARIABLES GENERALES | |
|---|---|
| Edad al diagnóstico, años (DE) | 53 (+/-18) |
| Sexo masculino, % (n) | 59 (32) |
| Altura, centímetros, (DE) | 161 (+/-33) |
| Clase funcional NYHA ≥ 2, % (n) | 29 (16) |
| MCH obstructiva, % (n) | 48 (26) |
| Gradiente máximo intraventricular, mmHg (DE) | 33 (+/-31) |
| VO2 pico, mililitro/min (DE) | 23.5 (+/-9.6) |
| **VARIABLES RESONANCIA CARDIACA** | |
| FEVI, % (DE) | 72 (+/-10) |
| Volumen fin de diástole VI, mm (DE) | 72 (+/-18) |
| Volumen fin de sístole del VI, mm (DE) | 24 (+/-27) |
| Máximo espesor, mm (DE) | 17 (+/-4) |
| Presencia de RTG, % (n) | 94 (51) |
| Masa de RTG, gramos (DE) | 23 (+/-26.7) |
| SLG ventrículo izquierdo, % (DE) | -13 (+/-3.3) |
| Fracción eyección ventrículo derecho, % (DE) | 56 (+/-7) |
| Volumen fin de diástole VD, mm (DE) | 71 (+/-15) |
| Volumen de fin de sístole del VD, mm (DE) | 27 (+/-24) |
| Masa del VI, gramos (DE) | 66 (+/-24) |

*Referencias: NYHA: New York Heart Association, FEVI= fracción de eyección del ventrículo izquierdo, VI: ventrículo izquierdo, VD= ventrículo derecho*

**Tabla 2. Modelo de regresión lineal univariado.**

| Variable | Regresión lineal univariada Coeficiente β (IC 95%) | p valor |
|---|---|---|
| Edad al diagnóstico | -0.36 (-0.48 a -0.24) | <0.001 |
| Sexo, hombre | +8.26 (+3.37 a +13.14) | 0.001 |
| Clases NYHA | -2.59 (-5.35 a +0.17) | 0.065 |
| Gradiente máximo intraventricular | -0.08 (-0.15 a +0.02) | 0.11 |
| MCH obstructiva | -1.14 (-6.44 a +4.17) | 0.669 |
| FEVI % | +0.11 (-0.16 a +0.38) | 0.429 |
| Volumen fin diástole VI, indexado (ml/m²) | +0.09 (-0.06 a +0.23) | 0.266 |
| Volumen fin de sístole del VI, indexado (ml/m²) | -0.05 (-0.15 a +0.05) | 0.320 |
| Masa ventricular izquierda (g/m²) | -0.0007 (-0.11 a +0.11) | 0.9 |
| Espesor parietal máximo (mm) | +0.09 (-0.60 a +0.78) | 0.78 |
| RTG cuantitativo (%) | -0.004 (-0.10 a +0.09) | 0.93 |
| RTG (presente) | +2.35 (-18 a 23.2) | 0.82 |
| FEVD (%) | +0.25 (-0.10 a +0.60) | 0.16 |
| Volumen fin de diástole del VD, indexado (ml/m²) | +0.31 (+0.15 a +0.48) | 0.0003 |
| Volumen fin de sístole del VD, indexado (ml/m²) | -0.018 (-0.13 a +0.09) | 0.74 |
| Strain RMN (%) | -0.85 (-1.6 a -0.08) | 0.03 |

*Referencias: NYHA: New York Heart Association, FEVI: fracción de eyección del VI, FEVD= fracción de eyección del ventrículo derecho, VI: ventrículo izquierdo, VD= ventrículo derecho, RTG: realce tardío de gadolinio*

## 0579 - EMPEORAMIENTO EN LOS TIEMPOS DE TRASLADO ENTRE HOSPITALES COMO CONSECUENCIA DEL CAMBIO DE PROTOCOLO PARA LLEVAR A CABO LOS MISMOS EN UNA CIUDAD CON ALTA DENSIDAD DEMOGRÁFICA

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Alejandro KIM | Federico Luis BLANCO | Rodrigo Ignacio BLANCO | Carolina GALVEZ GIL | Erick Micael MEJÍA FERNÁNDEZ | Federico Ivan WECKESSER | Miguel Federico ALBORNOZ | Gerardo Esteban GIGENA

*Hospital De Agudos Dr. Cosme Argerich*

**Introducción:** El SCACEST requiere atención urgente y coordinada. Las guías internacionales recomiendan que el tiempo entre el primer contacto médico y la reperfusión mediante angioplastia no supere los 120 minutos. En pacientes que consultan a centros sin sala de hemodinamia, el tiempo transcurrido hasta la salida efectiva hacia un centro con capacidad de angioplastia no debe superar los 30 minutos. En la Ciudad de Buenos Aires la implementación de los traslados en la primera década de este siglo se realizaba mediante una Unidad de traslado exclusiva para pacientes críticos. Debido a que la demora era excesiva, a partir del año 2010, se cambió el protocolo de traslados de pacientes con SCACEST, realizándose con ambulancias del Hospital derivador, mejorando los tiempos de traslado entre Hospitales. Sin embargo, en la práctica actual, se implementó que el traslado entre Hospitales sea realizado exclusivamente con Unidades Coronarias Móviles, lo que podría estar generando mayores demoras en el traslado.

**Objetivos:** Evaluar y comparar los tiempos de traslados según el tipo de ambulancia utilizado.

| | G1 | G2 | p |
|---|---|---|---|
| n | 1598 | 43 | |
| Edad | 59 +- 12 | 59 +- 12 | |
| Sexo masculino | 1329 (83) | 88 (87) | 0.49 |
| HTA | 927 (58) | 22 (51) | 0.46 |
| DBT | 241 (17) | 1 (2.3) | 0.00001 |
| DLP | 624 (39) | 7 (16.3) | 0.0041 |
| TBQ | 959 (60) | 16 (37.2) | 0.00444 |
| Sedentarismo | 1149 (72) | 19 (44.2) | 0.0002 |
| AHF | 298 (19) | 3 (7) | 0.07 |
| Dolor consulta | 80 (30-208) | 127 (66-196) | 0.06 |
| Consulta llamada | 82 (32-135) | 39 (22-107) | 0.005 |
| Llamada llegada | 48 (28-75) | 81 (64-97) | 0.00001 |
| Llegada balón | 28 (22-58) | 29 (22-33) | 0.78 |
| Killip y Kimbal A | 1257 (79) | 34 (79) | 1 |
| Killip y Kimbal D | 166 (10) | 7 (16) | 1 |

**Materiales y Métodos**: Estudio observacional prospectivo. Se analizaron en 1641 pacientes con SCACEST y trasladados a un Hospital con capacidad de realizar angioplastia primaria, los tiempos desde el diagnóstico a la reperfusión de la arteria. Se dividió a la población en 2 grupos: G1 pacientes trasladados en el período 2010–2019 G2 pacientes trasladados según la nueva normativa vigente desde el 2024. Se evaluaron características basales, clasificación Killip y Kimball al ingreso y demoras asistenciales. Las diferencias se analizaron mediante test de Mann–Whitney U para variables continuas (simulando distribución a partir de mediana e IQR) y chi-cuadrado para variables categóricas.

**Resultados:** Se registraron 1598 pacientes en el G1 y 43 paciente en el G2. La demora desde la consulta médica hasta la llamada al sistema de emergencias fue mayor en el G1 (82 vs 39 minutos, $p = 0.0005$), mientras que el tiempo desde la llamada hasta la llegada del equipo de atención fue mayor en el G2 (48 vs 81 minutos, $p < 0.0001$). En cambio, no se encontraron diferencias significativas en la demora entre el inicio del dolor y la consulta médica (127.5 vs 80 minutos, $p = 0.1309$), ni en el intervalo desde la llegada hasta el balón (29 vs 28 minutos, $p = 0.8659$).

**Conclusión:** Con la nueva normativa observamos un incremento significativo en los tiempos de traslado entre Hospitales. Los tiempos de activación del sistema mejoraron. La evaluación continua de resultados constituyen los pilares fundamentales para la optimización de programas de atención en red.

## 0589 - "SOLO CON ESTATINAS NO ALCANZA: ANÁLISIS DE OBJETIVOS LIPÍDICOS POST-SCA EN UN CENTRO DE ARGENTINA"

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiopatía Isquémica

Santiago Andrés BRELICH | Lucia GWIAZDA | Mireya CRIOLLO TORRES | Rocío GUCHEA MARTÍN | Augusto Maria LAVALLE COBO

*Sanatorio Otamendi*

**Introducción:** En pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), el control intensivo del colesterol LDL (cLDL) es esencial para reducir la recurrencia de eventos cardiovasculares. Sin embargo, el logro de los objetivos lipídicos recomendados por las guías de práctica clínica continúa siendo subóptimo.

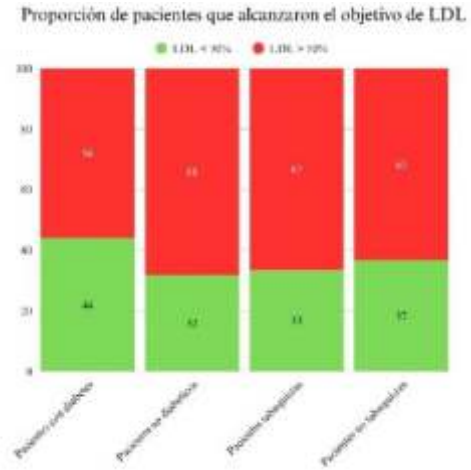
**Objetivos:** Estimar qué proporción de pacientes con SCACEST alcanzaría un nivel de c-LDL <55 mg/dL utilizando únicamente estatinas en altas dosis, de alta intensidad, y analizar diferencias entre subgrupos clínicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal en 72 pacientes consecutivos internados por SCACEST entre enero 2022 y abril 2025. Se estimó una reducción del 50% del c-LDL basal asociada a una estatina de alta intensidad en alta dosis. Se analizaron características clínicas y se compararon subgrupos con y sin diabetes y tabaquismo.

| Características basales | n= 72 |
|---|---|
| Edad (media ± DE) | 64,2 ± 15 años |
| Masculino (%) | 79% |
| Hipertensión (%) | 50% |
| Dislipidemia (%) | 46% |
| Tabaquismo (%) | 58% |
| Diabetes Mellitus (%) | 13% |
| Colesterol Total media ± DE (mg/dl) | 178,6 ± 46,6 |
| LDL media ± DE (mg/dl) | 101,7 ± 40,3 |
| HDL media ± DE (mg/dl) | 43,2 ± 9,8 |

**Resultados:** La media de c-LDL fue de 101,7 mg/dL. El 34,7 % de los pacientes alcanzaría el objetivo lipídico con estatinas potentes, en altas dosis, como monoterapia. Entre los pacientes con diabetes, 44 % alcanzaría la meta de c-LDL; entre los que no presentan diabetes, el 31,7%. Los pacientes tabaquistas presentarían una tasa de alcance de metas del 33,3% frente al 36,6% en aquellos que no fuman.

**Conclusión:** Uno de cada 3 pacientes alcanzaría los objetivos lipídicos recomendados con estatinas en altas dosis, de alta intensidad como único tratamiento. Los resultados expuestos, justifican el inicio precoz de terapias combinadas desde el alta hospitalaria.




## 0591 - LUEGO DEL ESTUDIO ECLS SHOCK Y LAS GUÍAS AMERICANAS, ¿HAY LUGAR PARA LA MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO ARTERIAL EN SHOCK CARDIOGÉNICO POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO? EXPERIENCIA DE UN CENTRO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEJIDAD.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

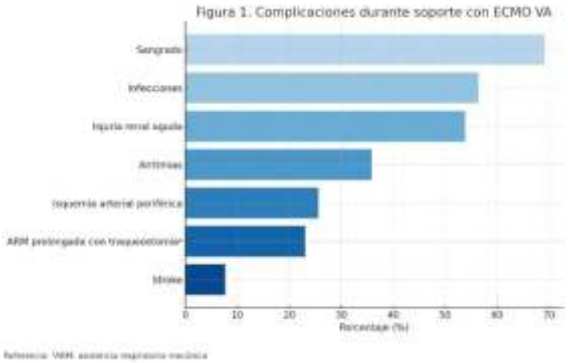
Ana EFRON | Maria PAPINI | Juan F. FURMENTO | Lucrecia M. BURGOS | Juan Mariano VRANCIC | Mirta DIEZ | Juan P. COSTABEL | Leonardo A. SEOANE

*ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires*

**Introducción:** La oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA) es una intervención de rescate en pacientes con shock cardiogénico (SC) refractario a terapias estándar. El estudio ECLS Shock no ha demostrado beneficios en términos de sobrevida con el uso de ECMO VA en el SC post infarto agudo de miocardio (IAM), por lo que las guías americanas de síndrome coronario agudo de este año no lo recomiendan de manera rutinaria.

**Objetivos:** Describir las características, y evolución de los pacientes adultos asistidos con ECMO VA post IAM en un centro cardiovascular de alta complejidad.

**Materiales y Métodos:** Realizamos un estudio de cohorte unicéntrico, realizando un análisis de todos los pacientes adultos consecutivos con asistencia ventricular con ECMO VA por SC post IAM entre enero de 2014 y marzo de 2025 en un centro cardiovascular de alta complejidad. La información se recolectó de la base informatizada de asistencia ventricular, completada prospectivamente. Se informaron datos demográficos, clínicos, características de la asistencia y resultados.




**Resultados:** Se incluyeron 39 pacientes, mediana de edad de 55 años (RIC 39-57) , 53,8% hombres, con SC post IAM. La canulación de ECMO VA fue periférica en el 97,4% de los casos. El 71.79% fueron asistidos en estadío D de la clasificación de SCAI, y el 25.64% en estadío E. El 89.74% utilizó balón de contrapulsación intraaórtico. La estrategia inicial del implante fue

28,2% como puente a recuperación y 56,4% puente a trasplante. La mediana de duración de la ECMO VA fue de 8 días (RIC 3,5-13,5), siendo la más larga de 26 días. La tasa de destete de ECMO VA fue del 56,4% y la tasa de sobrevida intrahospitalaria fue del 43,6%. El 35,9% de los casos se trasplantaron. Las complicaciones más frecuentes fueron: sangrado (69.2%), infecciones (56.4%), e injuria renal aguda (53.8%). (Figura 1).

**Conclusión:** El uso de ECMO-VA en pacientes con SC post IAM presentó una sobrevida intrahospitalaria de 43,6%, siendo comparable con los registros internacionales. La mayoría de ellos fueron puente a recuperación, siendo las principales complicaciones el sangrado, las infecciones y la injuria renal aguda. Si bien las guías no recomiendan de rutina la ECMO VA en el SC post IAM, es un tratamiento eficaz en el rescate de pacientes críticos cuando el tratamiento convencional falla, siendo aparentemente útil y aplicable en un país de ingresos bajos y medios, donde los recursos y accesos a dispositivos de asistencia ventricular complejos son limitados.

## 0592 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME DE MARFAN.

Cardiología Clínica / Medicina Vascular

Maria Paula FAREZ | Florencia MERLO | Bianca Soledad MAZZARO | Rodrigo RALLIN | Gustavo GIUNTA | Fabian SALMO | Monica Matilde SEGURA | Roberto Rene FAVALORO

*Fundación Favaloro*

**Introducción:** El síndrome de Marfan (SM) es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo, con una prevalencia estimada de 1 en 5.000 personas, que afecta principalmente al sistema cardiovascular, ocular y musculoesquelético. En nuestro medio, existe escasa información sobre la evolución de estos pacientes.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es mostrar las características clínicas, formas de presentación y evolución a largo plazo de pacientes con síndrome de Marfan.

**Materiales y Métodos:** En un diseño observacional, descriptivo y retrospectivo se analizaron los datos de pacientes con diagnóstico de síndrome de Marfan que realizaron consulta en nuestro centro entre los años 1992 y 2024. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos que cumplieran con los criterios diagnósticos de Ghent revisados y fueran mayores de 18 años. Se obtuvieron datos clínicos, antropométricos y resultados de estudios complementarios, intervenciones y evolución alejada de las historias clínicas. Se realizó contacto telefónico para aquellos pacientes sin seguimiento institucional.

**Resultados:** Se incluyeron 377 pacientes con diagnóstico de síndrome de Marfan, con una mediana de edad de 41.5 años (RIC 31-54), de los cuales 46% fueron de sexo femenino. En la primera consulta, refirieron dolor torácico 6.1%, disnea 8.8% y palpitaciones 2.4%. Se caracterizaron como presentaciones típicas al 83,4% de la población. Al examen físico se observó aracnodactilia 80.4%, cifosis escoliosis en 76% y paladar hendido en 57%, como signos clínicos más frecuentes. Los pacientes presentaban diagnóstico de dilatación de raíz de aorta 12.3%, aneurisma de aorta 31.6%, insuficiencia aórtica moderada a severa 15.6%, insuficiencia mitral moderada a severa 10.9%. La disección aórtica estuvo presente en el contacto inicial en 16.4% de los pacientes, de los cuales 37.1% fueron crónicas. En el seguimiento, 167 pacientes (44%) requirieron tratamiento quirúrgico. Los mismos se realizaron en forma emergente/urgente 19.8%, siendo el resto programados. Los procedimientos realizados con mayor frecuencia fueron cirugía de Bentall de Bono en 52.1%, Tirone-David 32.3%, reemplazo/plástica mitral en 21%. De los procedimientos realizados en nuestra institución (136), 7 pacientes fallecieron dentro de los 30 días de la cirugía. En el seguimiento alejado (mediana 4.62, RIC 0.36–10.9 años) fallecieron 24 pacientes en el grupo intervenido y 4 pacientes en el grupo de seguimiento clínico. La necesidad de reoperación fue indicada en 35 pacientes, con 8 pacientes que requirieron un tercer procedimiento y 5 pacientes requirieron 4 reoperaciones.

**Conclusión:** El síndrome de Marfan es una patología que necesitamos conocer por sus implicancias en la salud cardiovascular. Nuestros resultados muestran que la necesidad de cirugía cardiovascular es frecuente. En el seguimiento alejado, estos pacientes no están exentos de riesgo y pueden requerir múltiples reoperaciones. La detección precoz y el manejo por grupos especializados interdisciplinarios es indispensable para el mejor manejo de estos pacientes.

## 0594 - COMPROMISO CARDÍACO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON RASOPATÍAS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL GENERAL

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

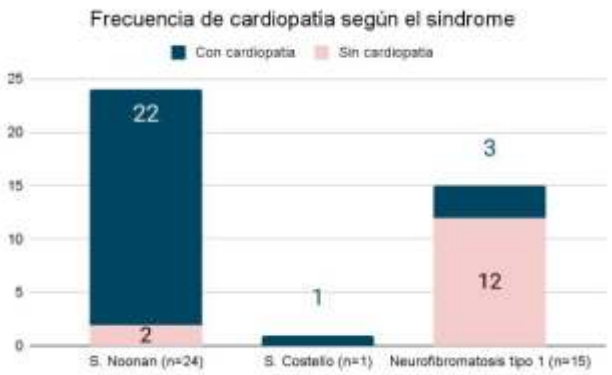
Damar Michelle MENDIZABAL ARCE | María Cecilia CASTELLANOS | Barbara Rocio RIEDER BAZAN | Patricia KAZELIAN

*Hospital Nacional Profesor A. Posadas*

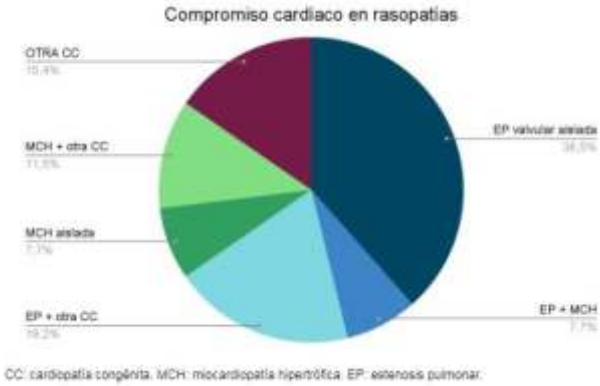
**Introducción:** Las rasopatías son un grupo de enfermedades fenotípicamente superpuestas causadas por la mutación de genes involucrados en la vía de transducción RAS MAPK. Incluye el síndrome de Noonan (SN), Noonan con múltiples léntigos, Costello, cardiofasciocutáneo y neurofibromatosis-Noonan o neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Si bien cada fenotipo tiene un compromiso particular, comparten en su mayoría rasgos faciales característicos y se asocian a cardiopatía congénita. Siendo la estenosis pulmonar valvular (EP) y miocardiopatía hipertrófica (MCH) las más frecuentes.

**Objetivos:** Describir los hallazgos clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos en pacientes (p) pediátricos con diagnóstico de rasopatía.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, tipo serie de casos. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico clínico y/o genético de rasopatía que tuvieron seguimiento por el servicio de cardiología pediátrica en los últimos 10 años. Las variables analizadas fueron demográficas, clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas, y terapéutica. Los datos para variables cuantitativas se presentaron mediante mediana y rango, y para las categóricas mediante valores absolutos y porcentajes.




**Resultados:** En el periodo analizado se identificaron 40 p con diagnóstico clínico de rasopatía, el 55% de sexo masculino. De esta población, 24 p tuvieron diagnóstico de SN (4 con diagnóstico molecular), 15 p de NF1 y 1 p de síndrome de Costello. La mediana de edad al diagnóstico de cardiopatía congénita fue de 9,5 meses (rango 0.03-180 meses). Desde el punto de vista clínico, 19 p se encontraban asintomáticos y el hallazgo clínico más frecuente fue soplo en 18 p. El electrocardiograma fue normal en 23 p, 10 p presentaron signos de hipertrofia ventricular derecha como hallazgo más frecuente y 1 p presentó taquicardia paroxística supraventricular relacionada con patrón de Wolf Parkinson White. Considerando la totalidad de la muestra la prevalencia global de cardiopatía congénita fue de 65%. El 91% de los pacientes con SN y el 20% de NF1 presentaba cardiopatía congénita, así también el único paciente con síndrome de Costello. Los hallazgos ecocardiográficos más frecuentes se agruparon de la siguiente manera: 15 p (58%) tuvieron EP (10 p en forma aislada y 5 p asociados a otras cardiopatías), 5 p (19%) presentaron MCH (2 p en forma aislada, 3 p con otras cardiopatías), 2 p (8%) asociaron EP y MCH (uno de ellos con obstrucción severa del tracto de salida del ventrículo izquierdo), y 4 p (15%) presentaron de forma aislada comunicación interauricular, coartación de aorta, válvula aórtica bicúspide y atresia pulmonar con comunicación interventricular. Respecto a la severidad de EP fueron leve en 6 p, moderado en 8 y grave en 3. El 27% requirió tratamiento quirúrgico, y el 11% tratamiento percutáneo para valvuloplastia pulmonar. En su evolución, el 50% de estos p fueron reintervenidos. El p que presentó taquicardia paroxística supraventricular requirió ablación de vía accesoria por radiofrecuencia.




**Conclusión:** La mediana de edad de la población estudiada fue menor respecto a otras series publicadas. Algunos de los p de nuestra cohorte se encontraban en seguimiento por cardiopatía previo al diagnóstico de rasopatía. Los hallazgos ecocardiográficos fueron similares a los descritos en la literatura, destacándose la estenosis valvular pulmonar y miocardiopatía hipertrófica. La necesidad de reintervención quirúrgica o hemodinámica, coincide con lo publicado en la bibliografía.

## 0595 - EXPERIENCIA CLINICA EN HIPERTENSION PULMONAR DEL GRUPO 3, REGISTRO MULTICENTRICO.

Enfermedad Vascular Pulmonar

José Mario JIMÉNEZ CORREA[1] | Nicolas SILVA CROOME[2] | Julieta SORICETTI[1] | Nicolas CARUSO[1] | Guillermina SORASIO[1] | Jose Manuel FIGUEROA[1] | Paul VARGAS MIELES[1] | Adrián José LESCANO[2]

*Centro Gallego de Buenos Aires[1]; Sanatorio Trinidad De Quilmes[2]*

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, especialmente la enfermedad pulmonar intersticial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la fibrosis pulmonar combinada con enfisema, suelen desarrollar hipertensión pulmonar (HP), lo que causa deterioro de la condición clínica y un mayor riesgo de mortalidad. La hipertensión pulmonar puede surgir y progresar independientemente de la afección pulmonar subyacente.

**Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas de nuestra población con diagnóstico de hipertensión pulmonar del grupo 3.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y multicéntrico, realizado entre enero de 2022 y febrero de 2024. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo cardíaco derecho según guías ESC/ERS 2023 y clasificados como grupo 3. Se obtuvieron datos y variables clínicas, parámetros hemodinámicos, datos funcionales: prueba de marcha de 6 minutos (PM6M), ecocardiográficas, laboratorio y tratamiento. Se estratificó el riesgo clínico según las guías ESC/ERS 2022. Para las variables continuas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión (media y desvío estándar) y para las variables categóricas, se calcularon las distribuciones absolutas y porcentuales. Para los procesamientos estadísticos se utilizó el soft InfoStat (v. 2020).

**Características basales, hemodinámicas y ecocardiográficas**

| | |
|---|---|
| **Edad, años (DE)** | 71.5 (8.0) |
| **Sexo masculino (%)** | 51.5 |
| **Clase funcional NYHA (%)** | |
| I | 0.97 |
| II | 26.21 |
| III | 54.36 |
| IV | 18.44 |
| **Clínica (%)** | |
| Insuficiencia cardiaca | 39.8 |
| Sincope | 5.8 |
| Angina | 4.9 |
| **PM6M, metros, media (D.E.)** | 249.5 (128.1) |
| **Parámetros hemodinámicos, media (D.E.)** | |
| PAD (mmHg) | 10.7 (14.4) |
| PAPm (mmHg) | 35.9 (10.4) |
| RVP (UW) | 5.5 (3.2) |
| IC (l/min) | 2.8 (0.8) |
| IVS (ml/min/m$^2$) | 33.9 (11.1) |
| **Medidas ecocardiográficas, media (D.E.)** | |
| Diámetro diastólico del VD (mm) | 45.1 (6.0) |
| VRT (m/s) | 3.6 (0.5) |
| TAPSE (mm) | 19.7 (5.2) |
| PSAP (mmHg) | 64.4 (13.8) |
| TAPSE/PSAP (mm/mmHg) | 0.3 (0.1) |
| Strain de la pared libre del VD | 17.8 (4.5) |
| CAF (%) | 31.7 (6.5) |
| Área de AD(cm$^2$) | 22.2 (6.5) |
| Índice de excentricidad | 1.21 (0.22) |

DE: desvío estándar, NYHA: New York Heart Association, PM6M: prueba de marcha de 6 minutos, PAD: presión de aurícula derecha, PAPm: presión arterial pulmonar media, RVP: resistencia vascular pulmonar, IC: índice cardiaco, IVS: índice de volumen sistólico, VD: ventrículo derecho, VRT: velocidad de reflujo tricúspideo, TAPSE: excusión sistólica del plano del anillo tricuspídeo, PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar, CAF: cambio de área fraccional, AD: aurícula derecha.

Resultados: La población fue de 103 pacientes, una leve mayoría de estos pacientes eran hombres (51,5 %). La edad promedio fue igual a 71,5 años (DE=8,0). Al categorizar la edad, se observó que más de la mitad de los pacientes tenía entre 71 y 80 años (52.42 %). El 72.8 % de los pacientes presentó clase funcional avanzada. Un 39.8 % tenían insuficiencia cardiaca, 5.8 % sincope y 4.9 % angina. Según la etiología, el 72.8 % tenían enfermedad pulmonar intersticial, un 19.4 % enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 7.7 % síndrome combinado de fibrosis pulmonar y enfisema. En la PM6M, la distancia media fue 249.5 m (D.E: 125.1) y solamente el 5.35 % recorrió más de 440 m. Un 38.7 % presentaron ProBNP >1100 ng/l. La resistencia vascular pulmonar media fue de 5.5 UW (D.E: 3.2). El 70.9 % mostró dilatación del ventrículo derecho y el 50.5 % deterioro de su función sistólica. En cuanto al tratamiento el 69.9 % recibió inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (iPDE-5), 18.4 % prostanoides y 11.7 % inhibidores de la endotelina.

**Conclusión:** En nuestra población, el diagnóstico de HP del grupo 3 se presenta en un elevado porcentaje en pacientes mayores de 70 años, con clase funcional avanzada, baja capacidad de ejercicio, gran tasa de remodelado negativo de cavidades derechas y parámetros hemodinámicos de severidad. La terapia farmacológica con iPDE-5 se implementó en el 69.9 % de los pacientes. Se evaluó el uso de iPDE-5 considerando las particularidades de cada paciente. El treprostinil inhalado se utilizó en el 14.5 % de los pacientes con base en la enfermedad subyacente, características hemodinámicas y de severidad. Detectar y diagnosticar la hipertensión pulmonar de forma temprana en pacientes con enfermedad pulmonar crónica presenta desafíos significativos. En consecuencia, resaltamos la importancia de un abordaje multidisciplinario y la utilización de estrategias que permitan un temprano diagnóstico de la patología.

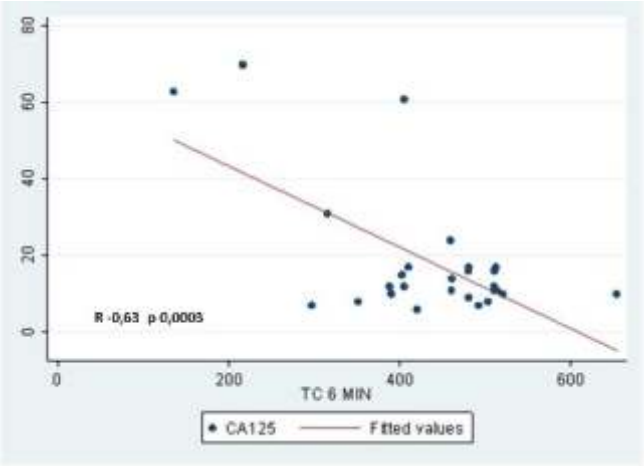
## 0597 - CA125 COMO NUEVO BIOMARCADOR PRONOSTICO EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiología Clínica

Karen Estefania ORTIZ LOYOLA | Luis Enrique GOMEZ | Tomás Joaquin GARCIA | Ignacio GANDINO | María Mercedes SAENZ TEJEIRA | Carlos David BRUQUE | Mariana ERBIN | Andres Nicolas ATAMAÑUK

*Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández*

**Introducción:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad cardíaca genética más común. Aunque la mayoría de los individuos afectados experimentan un curso clínicamente benigno, subgrupos de pacientes (p) desarrollan complicaciones que incluyen insuficiencia cardíaca (IC). Distintos elementos de valor pronósticos y su correlación con moléculas medibles en sangre, denominadas biomarcadores, brindan información orientando el tratamiento y prediciendo los resultados. El marcador tumoral CA125 ha sido estudiado en IC, pero su relación con elementos pronósticos en MCH no ha sido investigada.




**Objetivos:** Evaluar los niveles de CA125 y otros biomarcadores pronósticos en p con MCH. Correlacionarlos con la distancia recorrida en test de caminata de 6 minutos (TC6M).

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Se midieron parámetros de laboratorio y biomarcadores de valor pronostico (CA125, BNP, Troponina US, Ferritina y VSG) en p consecutivos con diagnóstico de MCH. Se buscó correlación entre estos biomarcadores con distancia recorrida en TC6M y se compararon en dos grupos según la distancia en el TC6M (mayor y menor a 440mts). También se compararon la presencia o no de síntomas de IC y la clase funcional (CF I-II vs III-IV). Se realizo análisis bivariado. Se utilizo test de Pearson o Spearman para correlacionar variables cuantitativas. Se realizo regresión lineal múltiple con las variables significativas en el análisis bivariado para predecir metros caminados. Se consideró una p<0,05 como significativa.

| | Coef B | IC95% | P valor |
|---|---|---|---|
| Edad (años) | -2.1 | -3.8 a -0.3 | 0.02 |
| Sat basal (%) | 6.5 | -8.4 a 21.5 | 0.37 |
| CA125 (U/ml) | -2.8 | -4.6 a -0.9 | 0.005 |
| VSG (mm/h) | -2.1 | 4.8 a 0.6 | 0.13 |

**Resultados:** Se analizaron 34 p, 50% hombres, edad 43,6±17 años. Ecocardiografía; SIV 20,6±7mm, PPVI 12,9±3,5mm. Mutaciones genéticas; 35,3% MYH7, 20,6% (otras mutaciones) y 35,3% (negativos). CF III-IV 37%, Síntomas de IC 23% y distancia en el TC6M 427±97mts. Tratamiento para MCH; Beta bloq. 63%, Bloq. Cálcicos 23% e inhibidores de la miosina 9,6%. CDI 46%. Comparación de biomarcadores entre grupos del TC6M, mayor y menor a 440mts respectivamente; CA125 12,6±4 vs 26±24,2U/ml (p 0,03), BNP 224±408 vs 577±972pg/ml (p0,18), Troponina US 29,7±36,6 vs 29,2±56,3ng/l (p0,9), Ferritina 135±92 vs 99±158ng/ml (p 0,45), VSG 5,8±7,5 vs 17,2±13mm/h (p<0,01). Sin diferencias en el resto de los parámetros de laboratorios. No se hallaron diferencias en los biomarcadores por CF ni síntomas de IC. El sexo femenino y pacientes más añosos fueron significativamente más prevalentes en el grupo de menor distancia caminada. No se hallaron diferencias según el tipo de tratamiento. Correlaciones con la distancia caminada; CA125 R -0.63 (p<0,01), VSG R -0.63 (p<0,01), edad R -0.44 (p 0,02). (Fig. 1) El resto de los parámetros no correlacionaron. En el análisis multivariado el coeficiente beta mas alto fue para el CA125 (p<0,01), no fue significativo para la VSG. (tabla 1).

**Conclusión:** En pacientes con MCH el CA125 y no así otros biomarcadores, demostró estar significativamente más elevado en pacientes que recorren bajas distancias en el TC6M y su valor se correlaciona con los metros caminados de manera significativa. A la fecha, no hallamos estudios publicados que muestren estos hallazgos. En base a los mismos podría plantearse la hipótesis del CA125 como nuevo marcador pronostico y así poder generar nuevos estudios que lo avalen.

## 0602 - BRECHAS DE LA EVIDENCIA EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN MAYORES DE 80 AÑOS. ROUNDTABLE.

Cardio Geriatría / Cardiología Clínica

Patricia BLANCO | María Soledad PALACIO | Guillermo Alberto SUAREZ | Laura FLOR | Pablo Omar SCHYGIEL | Federico José ACHILLI | Mayra Giselle VILLALBA NUÑEZ | Jorge TRONGÉ

*Consejos: Cardiogeriatría*

**Introducción:** Las guías actuales muestran limitaciones en pacientes mayores de 80 años debido a su baja representación en ensayos clínicos y la compleja interacción entre fragilidad, multimorbilidad, polifarmacia y eventos cardiovasculares. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia de mayor prevalencia en la práctica clínica y aumenta con el envejecimiento. Dentro de este grupo poblacional la decisión del control de ritmo o de frecuencia se encuentra en discusión; la polifarmacia y la tolerancia a los tratamientos requieren un enfoque más individualizado respecto a los fármacos elegidos al igual que la selección de las drogas anticoagulantes.

| FA | ROBUSTO | FRÁGIL LEVE | FRÁGIL MODERADO |
|---|---|---|---|
| Control del Ritmo en FA solitaria | 74.6 | 61.5% | 38.5% |
| Control del Ritmo FA y trastornos cognitivos | 92.3 | 78.9% | 48.2% |
| Betabloqueantes como 1° opción | 94.9% | 92.3% | 89%% |
| Uso de digoxina como 1° opción | 7.7% | 2.8% | 3.1% |
| Amiodarona indefinidamente | 30.8% | 12.6% | 7.7% |

| ACOD | ROBUSTO | FRÁGIL LEVE | FRÁGIL MODERADO |
|---|---|---|---|
| ACOD como primera opción | 100% | 89.7% | 56.4% |
| Uso dosis plena de ACOD | 100% | 94.9% | 83.8% |
| Rotación de ACOD (TTR < 70%) | 94.9% | 79.6% | 66.7% |

**Objetivos:** El objetivo en este escenario fue discutir brechas de la evidencia en el manejo de la FA en mayores de 80 años y establecer recomendaciones con médicos referentes según el grado de aceptación de acuerdo a la condición de robustez o fragilidad

**Materiales y Métodos:** Se realizó una reunión mediante metodología de consenso estructurado a través de mesas redondas (roundtable) para la cual se convocó a 40 médicos referentes y se analizaron diferentes escenarios clínicos. Las estrategias de manejo se evaluaron según tres categorías (robusto, fragilidad leve, fragilidad moderada) mediante discusión estructurada y votación anónima. La aceptación fue dividida como apropiada (verde, >65%), poco apropiada (amarillo, entre 25 a 64%) e inapropiada (rojo, inferior a 24%).

**Resultados:** La estrategia del control del ritmo fue considerada como apropiada para pacientes robustos con FA de reciente aparición, sobre todo en aquellos con trastornos cognitivos. Los betabloqueantes (BB) se presentan como fármacos de elección, al contrario de la digoxina. El uso de amiodarona en forma indefinida se consideró inapropiado en frágiles. La consideración de la estimación del riesgo a través de los scores CHA2DS2-VASc y HAS-BLED fue baja y decreciente a mayor fragilidad. El uso de anticoagulantes orales directos (ACOD) fue de elección y las estrategias de transición mostraron alta aceptación. A su vez, el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) no fue respaldada como alternativa.

**Conclusión:** El grado de fragilidad influyó significativamente en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes octogenarios, con una tendencia hacia abordajes más conservadores a medida que aumenta el grado de fragilidad. Estos hallazgos sugieren la necesidad de algoritmos de tratamiento estratificados por fragilidad y destacan la importancia de incorporar la valorización integral en cardiología a los protocolos de atención cardiovascular.

## 0604 - ISQUEMIA POST-ANGIOPLASTIA EN PACIENTES CON MÚLTIPLES STENTS: MONTO ISQUÉMICO E ISQUEMIA SILENTE EN ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA

Multimagen / Cardiopatía Isquémica

Julio Manuel LEWKOWICZ | Giuliana ROCCELLA | Alejandro Horacio MERETTA | Alvaro SOSA LIPRANDI | Natalia BUSTOS | Valeria Maite GALVAN | Karina GABRIEUCIG | Maria Gabriela REPETTO

*Sanatorio Güemes*

**Introducción:** La prevalencia de isquemia detectada mediante estudios de perfusión miocárdica ha disminuido en la literatura internacional. No obstante, los pacientes con múltiples angioplastias coronarias (ATC), realizadas en un único

procedimiento o en forma diferida, representan un grupo creciente en los laboratorios de cardiología nuclear. Estos pacientes pueden presentarse sintomáticos o asintomáticos y ser evaluados en diversos momentos clínicos. En este contexto, la cuantificación de la carga isquémica mantiene su relevancia diagnóstica y pronóstica.

**Objetivos:** Evaluar la indicación del estudio, la presencia de síntomas, la extensión y el monto isquémico detectado por perfusión miocárdica GATED-SPECT en pacientes con antecedentes de múltiples ATC.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron consecutiva y prospectivamente 304 pacientes entre enero 2024 y febrero 2025. Se analizaron: motivo de derivación, tipo de estrés, variables ergométricas (METs, frecuencia máxima teórica alcanzada, síntomas y morfología del ST). El monto isquémico (ISQ) fue expresado como porcentaje del VI. Se identificaron estudios discordantes (prueba de esfuerzo positiva con perfusión negativa).

**Resultados:** La población fue 19% femenina; 10,5% con antecedente de cirugía cardiovascular y 52,9% con infarto previo. El 57,7% fue derivado asintomático y el 20,2% para evaluación de isquemia en vasos no revascularizados. El apremio fue con ejercicio en 83,5%, dipiridamol 13,15% y dobutamina 3,6%. Se detectó isquemia en 54 pacientes (17,76%), de los cuales 29,6% fueron sintomáticos y 70,4% asintomáticos. El monto isquémico fue =5% en 22,2%, entre 5–11% en 51,8% y >12% en 16,7%. La tasa de estudios discordantes fue 3,94%. Edad: 66.20+/-20, FC teórica 78, IC (69-85). Mets 6.8 IC (4.4-8.4). FEY 67% IC (52-76), promedio stent: 3.28 Al comparar los grupos con isquemia leve (Grupo A) y moderada-severa (Grupo B), estos últimos mostraron mayor frecuencia de infarto previo (35,5% vs. 9,2%) y menor fracción de eyección (59,1% vs. 70,6%).

**Conclusión:** En esta serie de pacientes con múltiples ATC A) El 17,76% presentó isquemia en los estudios de perfusión. B) La mayoría de los casos isquémicos fueron silentes (70,4%). C) El 83,3% de los pacientes con isquemia presentó una carga isquémica moderada a severa. Estos hallazgos resaltan la importancia del estudio funcional en la detección de isquemia silente y en la estratificación del riesgo residual

## 0605 - TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: DEL PASADO AL FUTURO. LA REPERFUSIÓN TROMBOLÍTICA EN ARGENTINA EN CLAVE DE TRANSICIÓN

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Adrian CHARASK[1] | José Ignacio MACÍAS ALCÍVAR[1] | Heraldo D' IMPERIO[2] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Walter QUIROGA CASTRO[3] | Leonardo Luis CÁCERES[3] | Juan GAGLIARDI[2] | Carlos Daniel TAJER[2]

*Áreas SAC: Área de Investigación[1]; GRUPO ARGEN IAM ST[2]; FAC - Federación Argentina de Cardiología[3]*

**Introducción:** Argentina, por su gran extensión territorial y desigual acceso a recursos de salud, enfrenta desafíos para implementar estrategias de reperfusión en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Las guías clínicas, reconocen el valor de los trombolíticos (TL) como terapéutica clave, especialmente en zonas sin disponibilidad de angioplastia. La estreptoquinasa (SK) ha sido históricamente el trombolítico predominante, a pesar de su menor especificidad fibrinolítica y perfil de seguridad. Este trabajo analiza el estado actual del tratamiento trombolítico en Argentina, con el objetivo de aportar evidencia que sustente la incorporación de fármacos de mayor eficacia (Tenecteplase).

**Objetivos:** 1. Determinar la prevalencia del uso de TL en el IAMCEST. 2. Comparar los tiempos críticos (tiempo total de isquemia [TTI] y tiempo puerta-aguja [TPAG]) entre pacientes tratados con TL en el centro de primer contacto versus derivados a otros centros. 3. Analizar la frecuencia de estrategias complementarias de reperfusión (angioplastia de rescate [ATCr] y tratamiento farmacoinvasivo [TFINV]). 4. Evaluar la seguridad del uso de TL y estrategias complementarias.

| | Grupo A N: 482 (%) | Grupo B N: 901 (%) | p |
|---|---|---|---|
| TTI, min * | 160 (90-265) | 190 (110-304) | 0,071 |
| TPAG, min * | 45 (30-90) | 60 (30-130) | 0,062 |
| ATCr | 41 (8,5) | 258 (29) | 0,001 |
| TFINV | 26 (5,4) | 148 (16) | 0,001 |
| TTI ATCR | 328 (248-504) | 568 (422-810) | 0,001 |
| TTI TFINV | 455 (285-640) | 791 (531-1128) | 0,002 |
| TPAG ≤30 | 32 (32) | 158 (31) | 0,83 |
| Muerte | 59 (12) | 79 (9) | 0,049 |

* Mediana y RIC 25/75%

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico basado en el Registro Nacional ARGEN-IAM-ST. Se incluyeron pacientes con IAMCEST ingresados entre marzo/2015 y octubre/2025. Los tiempos críticos analizados fueron TTI y TPAG. Grupo A: pacientes tratados con TL en el primer centro de consulta. Grupo B: pacientes derivados a otros centros. La seguridad se evaluó según la prevalencia de hemorragia global y hemorragia cerebral.

**Resultados:** Se analizaron 7733 pacientes (edad media 61 ± 12 años; 78,9% hombres). El 95% (7290/7733) recibió tratamiento de reperfusión, de los cuales el 19% (1387/7290) fue tratado con TL. Entre estos, el 93,5% recibió SK y el 6,5% trombolíticos fibrinoespecíficos. El 35% (482) integró el Grupo A y el 65% (901) el Grupo B. Los tiempos TTI y TPAG fueron mayores en el Grupo B, con solo un tercio de los pacientes cumpliendo TPAG menor 30 minutos. La frecuencia de ATCr y TFINV fue significativamente menor en el Grupo A (p=0,001). La hemorragia global fue mayor en pacientes que recibieron estrategias invasivas (ATCr 9,7%; TFINV 14%) en comparación con TL (5,4%) (p<0,001), sin diferencias significativas en hemorragia cerebral (<1% en todos los grupos). La mortalidad fue mayor en el Grupo A (12% vs. 9%; OR 1,45; IC95% 1,0-2,0; p=0,047).

**Conclusión:** El tratamiento trombolítico representa el 20% de las estrategias de reperfusión en los centros vinculados a la SAC y FAC. Solo un tercio de los pacientes tratados con TL cumple el objetivo de TPAG menor 30 minutos. La derivación a otros centros prolonga los tiempos críticos. En pacientes tratados con fibrinolíticos la frecuencia de estrategias invasivas es baja en los centros de primer contacto, donde también se observa una mayor mortalidad. La tasa de hemorragia global aumenta con procedimientos invasivos, pero la hemorragia cerebral permanece por debajo del 1% esperable con SK. Optimizar los tiempos de isquemia y fortalecer las redes de atención son medidas clave para mejorar la calidad y equidad en el tratamiento del IAMCEST. La reciente incorporación del Tenecteplase al vademécum nacional representa una oportunidad para mejorar la sistematización del tratamiento, reduciendo tiempos críticos y mejorando los resultados clínicos.

## 0606 - TELEMONITOREO DE INSUFICIENCIA CARDIACA: UN EJEMPLO DE MEDICINA BASADA EN VALOR. 4 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Gabriela B. RODRIGUEZ | María Soledad PALACIO | Flavio Andres DELFINO | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Ana Florencia MALIO | Juan Manuel FILIPUZZI | Enrique FAIRMAN | Gabriela MAZZUCCHELLI

*GRUPO OMINT*

**Introducción:** A pesar de los avances terapéuticos la insuficiencia cardiaca (IC) continúa presentando cifras alarmantes en internaciones y mortalidad, así como un gran impacto negativo en la calidad de vida del paciente (p.) y de su red social. Sumado a esto, la alta prevalencia de fragilidad en los pacientes con IC agrega altísimos costos que impactan en el sistema de salud. Por todo ello, buscar herramientas de soporte para la atención y el seguimiento resulta prioritario.

**Objetivos:** Evaluar la adherencia de los paciente (pt) con IC ingresados al programa de telemonitoreo domiciliario (TMD) mediante la aplicación Motivia y su evolución, mediante las consultas al servicio de emergencias, internaciones y mortalidad.

**Materiales y Métodos:** Se implementó una estrategia de TMD basado en una aplicación móvil, monitorizada por un equipo de salud integrado por médicos con experiencia en IC, central de emergencias y personal administrativo/analítico, que realizan el seguimiento de parámetros clínicos e intervención en el tratamiento en tiempo real. El paciente se asigna a un protocolo ambulatorio y otro intensivo. Se configuran rangos de valores de parámetros clínicos individualizados para cada p. por fuera de los cuales se generan alertas amarillas y rojas, las cuales derivan en caso de considerarlo necesario en una intervención temprana mediante un contacto telefónico y de ser necesario se activa el servicio de emergencia.

**Resultados:** Se incluyeron p. desde diciembre/2020 a diciembre/2024. Se incluyeron 155 p., edad promedio: 76,37 (rango 34-98), > de 60 años: 137 p. (88.4%). Adhirieron a las cargas programadas según protocolo 132 p. (85,2%) y en 70 p. (45%) de los casos la carga de los parámetros estuvo a cargo de un acompañante. Presentaron antecedentes de internación por IC 147 p. (95%). En los 4 años de seguimiento el total de alertas registrado fue 8.816, de las cuales fueron 7.432 alertas amarillas (84%) y Rojas 1.384 (16%). Consultaron al servicio de emergencias 143 veces, se registraron 85 internaciones de las cuales 11, fueron por IC (12,94%). Durante el seguimiento fallecieron 31 p. (20%) de los cuales solo 5 p. (16%) fue por IC.

**Conclusión:** En una población muy vulnerable de pt como lo es la IC, el TMD fue factible de implementar con una buena tasa de adherencia. Las intervenciones tempranas resultan ser costo efectivas ya que se evidenció un bajo porcentaje de consultas al servicio de emergencias, internaciones y mortalidad. Estos resultados hacen de nuestro programa un claro ejemplo de medicina basada en valor.

# 0607 - ¿CÓMO MEJORAR LA PREDICCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN PRIMARIA? UN MODELO MÁS ALLÁ DEL SCORE DE LA OMS

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Joaquin PEREA | Diego Martin ARLUNA | Marlon Alfonso RUIZ HOLGUIN | Damián Jesús MALANO | Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Alvaro SOSA LIPRANDI

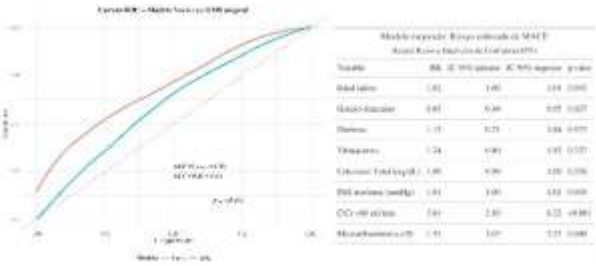
*Sanatorio Güemes*

**Introducción:** El score de riesgo de la OMS es una herramienta ampliamente utilizada para la estratificación del riesgo en prevención primaria. Sin embargo, su desempeño ha sido cuestionado en algunas poblaciones, particularmente por su dependencia de mediciones aisladas y la falta de variables clínicas relevantes.

**Objetivos:** Generar y validar un modelo mejorado que incorpore predictores adicionales al score de la OMS con el fin de optimizar la estimación del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en el contexto de la prevención primaria.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes con seguimiento a largo plazo, con el objetivo de identificar predictores de eventos cardiovasculares mayores (MACE), definidos como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular. La selección de variables se llevó a cabo mediante tres enfoques complementarios: LASSO, Boruta y Stepwise. Las variables cuantitativas fueron categorizadas según puntos críticos clínicamente relevantes, y se construyeron modelos de riesgo con regresión de Cox.El desempeño del modelo propuesto fue comparado con el score de riesgo cardiovascular de la OMS, utilizando validación interna basada en 1000 iteraciones de partición aleatoria (70% entrenamiento / 30% prueba). En cada iteración se estimaron curvas ROC a 70 meses, reportando AUC, sensibilidad y especificidad, junto con sus intervalos de confianza al 95%. La mejora en la clasificación del riesgo se evaluó mediante el índice de reclasificación neta (NRI) y mediante la generación de curvas de decisión clínica.

| Variables | Datos de entrenamiento | Datos de testeo | Valor de p |
|---|---|---|---|
| n | 1175 | 503 | |
| Edad (Media DE) | 57 (12.27) | 57 (11.91) | 0.804 |
| Genero Masculino | 526 (44.8) | 234 (46.5) | 0.543 |
| Diabetes | 171 (14.6) | 82 (16.3) | 0.399 |
| Tabaquismo | 207 (17.6) | 94 (18.7) | 0.650 |
| Colesterol total (Media DE) | 185.70 (41.26) | 183.49 (37.51) | 0.302 |
| Promedio PAS nocturna | 124.40 (17.80) | 124.03 (18.16) | 0.698 |
| Presión sistólica consultorio | 138.09 (17.12) | 139.56 (18.52) | 0.116 |
| Cl Cr <60 | 44 (3.7) | 24 (4.8) | 0.400 |
| Microalbuminuria >20 | 312 (26.6) | 144 (28.6) | 0.415 |
| Seguimiento meses (Media DE) | 43 (23.59) | 42 (25.09) | 0.276 |
| Maca | 82 (7.0) | 32 (6.4) | 0.723 |



**Resultados:** A partir del modelo basal de la OMS, se identificaron tres predictores adicionales independientes de eventos cardiovasculares mayores (MACE): presión arterial sistólica nocturna, clearence de creatinina y microalbuminuria. La presión arterial de consultorio fue reemplazada por la medición nocturna mediante presurometría ambulatoria, y se definieron puntos críticos clínicos para las nuevas variables (clearence <60 mL/min; microalbuminuria >20 mg/L). En el modelo multivariado de Cox, la presión arterial nocturna (HR por mmHg: 1.01; IC95%: 1.00–1.02), el clearence <60 mL/min (HR: 3.61; IC95%: 2.10–6.22) y la microalbuminuria >20 (HR: 1.51; IC95%: 1.02–2.23) se asociaron significativamente con mayor riesgo de MACE. También resultaron significativos la edad (HR por año: 1.02; IC95%: 1.00–1.04) y el género femenino, asociado a menor riesgo (HR: 0.65; IC95%: 0.44–0.95).La discriminación del modelo fue evaluada mediante 1000 iteraciones de validación interna, con una AUC promedio de 0.70, superior al score de la OMS (AUC: 0.61; p < 0.001). La mejora neta en la reclasificación fue del 18%, con ganancias tanto en eventos (11%) como en no eventos (7%).

**Conclusión:** La incorporación de variables adicionales clínicamente relevantes permitió mejorar la capacidad predictiva del score original de la OMS, tanto en términos de discriminación como de reclasificación del riesgo cardiovascular. El uso de presión arterial nocturna, junto con parámetros de función renal y daño subclínico, aportó información incremental que favorece una estimación más precisa del riesgo individual. Estos hallazgos respaldan el desarrollo de herramientas adaptadas a características específicas de la población y resaltan la necesidad de revisar y actualizar los modelos de riesgo convencionales en contextos de prevención primaria.

## 0608 - ALERTA VACUNAS: LA INTERVENCIÓN OLVIDADA

Cardio Geriatría / Cardiología Clínica

Guillermo Alberto SUAREZ | María Soledad PALACIO | María Alejandra ANGRISANI | Laura FLOR | Florencia Ines CANALES | Antonio DELUCA | Mariela Karina HUERTAS | Patricia BLANCO

*Consejos: Cardiogeriatría*

**Introducción:** Las enfermedades crónicas y la inmunosenescencia aumentan el riesgo de complicaciones por influenza y neumococo en los adultos mayores. En Argentina, las recomendaciones incluyen vacunación antigripal y antineumocócica en todos los >= 65 años, y en los de 60–64 años solo si presentan comorbilidades

**Objetivos:** Determinar la inmunización con las vacuna antigripal y antineumocócica en pacientes ambulatorios de>=60 años, con un subanálisis en el grupo de 60–64 años con al menos una comorbilidad (diabetes o antecedentes cardiovascular), y evaluar los factores asociados a la vacunación.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en 574 pacientes >= 60 años atendidos en consulta cardiológica ambulatoria hasta mayo de 2025. Se registraron edad, sexo, número de comorbilidades, polifarmacia (>= 5 fármacos), estado funcional (pre-frágil y frágil), factores de riesgo cardíaco y antecedentes cardiovasculares. Se consideró población indicada a >=65 años o 60–64 años con diabetes o enfermedad CV. Las coberturas se calcularon con IC 95 %; $x^2$ y prueba de Cochran–Armitage evaluaron diferencias y tendencia, y se ajustaron modelos de regresión logística multivariable (edad, comorbilidad, polifarmacia, estado funcional) en Stata 17 ($p < 0,05$).

**Resultados:** De los 574 pacientes >= 60 años, 520 (90,6 %) cumplían indicación de aplicación de la vacuna (>= 65 años o 60–64 años con comorbilidad). En este grupo, 340 recibieron la antigripal (65,4 %), 254 la neumocócica (48,8 %) y 240 ambas (46,2 %). Al estratificar por estado funcional, los robustos (n = 278) tuvieron coberturas de 61,5 % antigripal y 44,2 % neumocócica; los pre-frágiles (n = 176), 67,0 % y 51,1 %; y los frágiles (n = 66), 69,7 % y 56,1 % (p tendencia para vacuna neumocócica = 0,03). En el subgrupo de 60–64 años con comorbilidad (n = 74), la antigripal alcanzó 46,0 %, la neumocócica 28,4 % y ambas 28,4 %, frente al 67,9 %, 50,5 % y 47,6 % observados en los >=65 años (n = 446) (p < 0,001 para todas). En regresión logística multivariable, cada año de edad aumentó un 4 % la probabilidad de aplicación de vacuna antigripal (OR 1,04; IC 95 % 1,02–1,06; p < 0,001) y la fragilidad mantuvo un efecto independiente (OR 1,60; IC 95 % 1,05–2,52; p = 0,03). Para la vacuna neumocócica, edad (OR 1,05; IC 95 % 1,03–1,07; p < 0,001) y número de comorbilidades (OR 1,15 por diagnóstico; IC 95 % 1,03–1,28; p = 0,012) fueron los únicos predictores significativos.

**Conclusión:** La inmunización en pacientes indicados es subóptima, especialmente en los adultos de 60–64 años con comorbilidades. La edad y la fragilidad impulsan la aplicación de la vacuna antigripal, mientras que para la vacuna antineumocócica predominan la edad y la acumulación de enfermedades. Estas brechas exigen reforzar las estrategias de promoción y facilitación del acceso a ambas vacunas en nuestra población ambulatoria

## 0610 - BRECHAS DE LA EVIDENCIA EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS EN MAYORES DE 80 AÑOS. ROUNDTABLE

Cardio Geriatría / Cardiología Clínica

Guillermo Alberto SUAREZ | Maria Soledad PALACIO | Laura FLOR | Pablo Omar SCHYGIEL | Federico José ACHILLI | Mayra Giselle VILLALBA NUÑEZ | Fernando José SOKN | Patricia BLANCO

*Consejos: Cardiogeriatría*

**Introducción:** La cardiopatía isquémica tiene un gran impacto por su elevada morbimortalidad, siendo la principal causa de muerte y discapacidad mundial en personas mayores (PM). Los modelos de predicción de mortalidad no son capaces de pronosticar con la misma exactitud con la que lo hacen en pacientes de menor edad, en parte porque no se valoran factores muy prevalentes, como son la fragilidad, multimorbilidad, deterioro cognitivo y polifarmacia entre otros y, por otro lado, debido a la presentación

| SCASEST estables | ROBUSTO | FRÁGIL LEVE | FRÁGIL MODERADO |
|---|---|---|---|
| Estrategia invasiva precoz sin comorbilidad | 68.4% | 50% | 33.3% |
| Con anemia crónica leve | 73.7% | 57.9% | 33.7% |
| Con insuficiencia renal (CI 30-4F) | 71.1% | 55.3% | 33.3% |
| Uso de ticagrelor | 50% | 33.7% | 33% |

atípica de estos cuadros. Por lo tanto, estos sean quizás los motivos más relevantes por los que, a la hora del manejo de un paciente mayor con síndromes coronarios agudos (SCA), se tomen conductas menos invasivas.

| SCACEST estable | ROBUSTO | FRÁGIL LEVE | FRÁGIL MODERADO |
|---|---|---|---|
| Inferior | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Inferoposterolateral | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Anterior | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

| | ROBUSTO | FRÁGIL LEVE | FRÁGIL MODERADO |
|---|---|---|---|
| Acortar tiempos de antiagregación | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Uso de inhibidores de iP2Y12 sin AAS | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| FA con iP2Y12 solo más ACO | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

**Objetivos:** Discutir brechas en el manejo de los SCA en PM de 80 años y establecer recomendaciones para esta población mediante discusión con médicos referentes en cardiología y geriatría.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una reunión mediante metodología de consenso estructurado a través de mesas redondas (roundtable) para la cual se convocó a 40 médicos referentes y se analizaron diferentes escenarios clínicos. Las estrategias de manejo se evaluaron según tres categorías (robusto, fragilidad leve, fragilidad moderada) mediante discusión estructurada y votación anónima. La aceptación fue dividida como apropiada (verde, >65%), poco apropiada (amarillo, entre 25 a 64%) e inapropiada (rojo, inferior a 24%).

**Resultados:** La estrategia invasiva precoz tuvo una elevada aceptación en pacientes robustos con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST (SCASEST), independiente de comorbilidades asociadas. El uso de ticagrelor tuvo baja aceptación, sobre todo en más frágiles. En síndromes coronarios agudos con supradesnivel del segmento ST (SCACEST), la estrategia invasiva fue fuertemente recomendada de estar disponible. En caso de no contar con hemodinamia, el uso de fibrinolíticos fue respaldado en robustos y frágiles leves, aún mayor en los más extensos. En el caso de eventos pequeños, el respaldo fue bajo en frágiles moderados. Acortar las estrategias antitrombóticas tuvo baja aceptación en robustos y frágiles leves, aunque casi en la mitad de los frágiles moderados. El uso de iP2Y12 sin AAS mostró baja aceptación general y ante la presencia de FA, el uso de iP2Y12 junto a anticoagulación, resultó una alternativa aceptable en robustos y frágiles leves, pero en solo un tercio de frágiles moderados.

**Conclusión:** El grado de fragilidad influyó significativamente en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes octogenarios, con una tendencia hacia abordajes más conservadores a medida que aumenta el grado de fragilidad. Estos hallazgos sugieren la necesidad de algoritmos de tratamiento estratificados por fragilidad y destacan la importancia de incorporar la valorización integral en cardiología a los protocolos de atención cardiovascular.

## 0612 - UTILIDAD DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO SIN OBSTRUCCIÓN CORONARIA

Cardiopatía Isquémica / Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

María Belén CIRIBÉ | Mailen GENTILI | Magali MURE | Fernando BAGNERA | Gerardo ZAPATA

*Instituto Cardiovascular De Rosario*

**Introducción:** El infarto de miocardio sin obstrucción coronaria (MINOCA) es un fenómeno clínico-angiográfico que se emplea como parte de un proceso diagnóstico, el cual intenta descartar causas que justifiquen elevación de troponinas en el contexto de la isquemia miocárdica. Esta multiplicidad etiológica hace que los individuos que padecen esta condición tengan que ser evaluados indefectiblemente con múltiples exámenes complementarios con el objetivo de alcanzar un diagnóstico final, proceso muchas veces desafiante.

**Objetivos:** Describir los resultados de los exámenes complementarios realizados a pacientes con MINOCA, y su implicancia en el diagnóstico etiológico final.

**Materiales y Métodos:** Análisis observacional, prospectivo y consecutivo, de pacientes ingresados MINOCA entre 2012 y 2025. Se

TABLA 1. Variables clínicas y ecocardiográficas.

| Variable | n = 111 |
|---|---|
| Edad (años), mediana [RIC] | 60 [53-70] |
| Sexo femenino, n (%) | 73 (66) |
| Factores de riesgo cardiovasculares, n (%) | |
| Hipertensión arterial | 61 (55) |
| Diabetes mellitus | 8 (7) |
| Dislipemia | 32 (29) |
| Tabaquismo o ex tabaquismo | 56 (50,5) |
| Troponina T, mediana [RIC] | 351 [196- 597] |
| Electrocardiograma de ingreso, n (%) | |
| Supradesnivel del ST | 42 (38) |
| Infradesnivel del ST | 9 (8) |
| Cambios dinámicos en la onda T | 33 (30) |
| Otras alteraciones / Sin cambios | 27 (24) |
| Fracción de eyección por ecocardiograma, n (%) | |
| >55% | 68 (64) |
| 45-54% | 18 (17) |
| 36-44% | 14 (13) |
| <35% | 6 (6) |
| Trastornos segmentarios, n (%) | 63 (59) |
| Aquinesia apical | 22 (21) |

analizó su característica y los métodos con los que fueron evaluados en internación: electrocardiograma, troponinas cardíacas (TnC), ecocardiograma, cinecoronariografía y resonancia cardíaca (RMC). Se evaluó la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEy) y la motilidad segmentaria. Se valoraron diferentes patrones en base a las secuencias de realce tardío de contraste.

**Resultados:** 111 pacientes, el 66% (n=73) mujeres, con una mediana en su edad de 60 años [RIC: 53-70]. El patrón electrocardiográfico predominante fue supradesnivel del segmento ST (38 % n=42), seguido por T negativa (33% n=30). La cinecoronariografía fue normal en el 66% (n=62), mientras que en un 44% (n=49) se encontró algún grado de ateromatosis. Por ecocardiografía, la FEy se mostró preservada en el 64% (n=68), aunque el 59% (n=63) presentó trastornos segmentarios. Un 20% (n=22) fue evaluado con RMC. 13 presentó realce subendocárdico o transmural (correspondiendo a un patrón isquémico), mientras que en 3 se observó un patrón subepicárdico, intramiocárdico o realce tardío difuso (no isquémico). Los valores de TnC tendieron a ser superiores en el grupo con realce: 473 [RIC: 310-838] vs 266 [RIC: 171-299] ng/L; p: 0,07. La mortalidad intrahospitalaria fue del 1% y la media de la internación fue de 4 días [RIC: 3-5].

**TABLA 2. Hallazgos en resonancia cardiaca**

| n (%) | 22 (20) |
|---|---|
| Fracción de eyección, n (%) | |
| >55% | 17 (77,3) |
| 45-54% | 4 (18,2) |
| 36-44 % | 1 (4,5) |
| <35% | 0 |
| Trastornos segmentarios, n (%) | 17 (77) |
| Patrones de realce tardío, n (%) | |
| Transmural | 9 (41) |
| Sin realce | 6 (27,3) |
| Subendocárdico | 4 (18,2) |
| Intramiocárdico | 1 (4,5) |
| Subepicárdico | 1 (4,5) |
| Realce tardío difuso | 1 (4,5) |
| Diagnóstico presuntivo, n (%) | |
| Infarto de miocardio | 13 (59,2) |
| Miocarditis | 3 (13,6) |
| Tako-Tsubo | 3 (13,6) |
| Incierto | 3 (13,6) |

**Conclusión:** En nuestra muestra de pacientes con MINOCA predominó la presentación con supradesnivel del ST, la ausencia de aterosclerosis y la fracción de eyección preservada. En aquellos evaluados con RMC, la mayoría presentó algún grado de fibrosis, principalmente de patrón isquémico. En estos, los valores de TnC fueron más elevados.

## 0620 - PREVALENCIA DE LOS SÍNDROMES CARDIOGERIÁTRICOS: CLAVES PARA UNA PRÁCTICA MÁS INTEGRAL

Cardio Geriatría / Cardiología Clínica

Soledad PALACIO | Guillermo Alberto SUAREZ | Patricia BLANCO | Laura FLOR | Florencia SOBRINO | Maria Sol DONATO | Agustina MONTEROS | Natalia Eva Amalia LASARTE

*Consejos: Cardiogeriatría*

**Introducción:** El envejecimiento redefine la práctica cardiológica: los pacientes presentan a la consulta una combinación creciente de enfermedades crónicas, consumo elevado de medicamentos y pérdida progresiva de reserva funcional. Cuantificar esta complejidad resulta imprescindible para diseñar estrategias terapéuticas seguras y efectivas

**Objetivos:** Caracterizar la carga de multimorbilidad, fragilidad y polifarmacia en adultos de 60 años o más que consultan de forma ambulatoria, e identificar los factores clínicos que se asocian de manera independiente con los síndromes geriátricos.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en 574 pacientes ambulatorios de >= 60 años atendidos en la consulta de cardiología en mayo de 2025.Para el análisis descriptivo se emplearon medianas e intervalos intercuartílicos para variables continuas y frecuencias para categóricas. Las comparaciones se realizaron con la prueba de Mann–Whitney y $x^2$. Se construyó un modelo de regresión logística multivariable para identificar predictores independientes de fragilidad, incluyendo edad, comorbilidad, polifarmacia, número de factores de riesgo coronario y antecedentes cardiovasculares. Todos los análisis se efectuaron con Stata 17, considerando significación estadística con p < 0,05.

**Resultados:** Se analizaron 574 pacientes consecutivos; la mediana de edad fue 73 años (RIC 67–79) y 53 % eran mujeres. El 74 % presentaba >=2 comorbilidades (mediana 3; RIC 2–5); el 53 % recibía >= 5 fármacos y el 5,6 % alcanzaba la hiperpolifarmacia. El 33 % presentaba pre-fragilidad y el 13 % era frágil. Entre los factores de riesgo coronario se observaron hipertensión en el 76,8 %, dislipemia en 61,5 %, sedentarismo en 53,3 %, tabaquismo 22,0 % y diabetes en 23,2 %; la mediana de factores de riesgo por paciente fue 2 (RIC 1–3). El 29 % tenía al menos un antecedente cardiovascular: cardiopatía isquémica 18,5 %, insuficiencia cardíaca 14,2 %, fibrilación auricular 11,8 %, revascularización coronaria 10,6 %, accidente cerebrovascular 9,4 % y enfermedad arterial periférica 8,2 %. En el análisis multivariado se observó que la probabilidad de fragilidad aumentó 8 % por cada año adicional de edad (OR 1,08; IC 95 % 1,04–1,11; p < 0,001) y 19 % por cada comorbilidad agregada (OR 1,19; IC 95 % 1,10–1,28; p < 0,001). La polifarmacia se asoció con un incremento relativo del 82 % en el riesgo (OR 1,82; IC 95 % 0,99–3,34; p = 0,049). Cada FRC adicional elevó la probabilidad de ser frágil en un 30 % (OR 1,30; IC 95 % 1,12–1,51; p < 0,001) y la presencia de al menos un antecedente cardiovascular duplicó ese riesgo (OR 2,02; IC 95 % 1,22–3,36; p = 0,007).

**Conclusión:** : En la práctica cardiológica ambulatoria, la multimorbilidad y la polifarmacia son habituales y la fragilidad afecta a uno de cada ocho adultos mayores. El riesgo de fragilidad emerge de la interacción entre envejecimiento, la multimorbilidad, la polifarmacia, los FRC y antecedentes cardiovasculares. Este fenotipo de alta complejidad exige integrar rutinariamente la valoración integral y estrategias de optimización terapéutica —incluida la deprescripción— para mejorar los resultados clínicos en esta población en constante crecimiento

## 0623 - PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Ezequiel Hernán FORTE | Leonardo Maximiliano Miguel BUFI | Nicolas RENNA | Juan Patricio NOGUEIRA | Emiliano Eduardo SALMERI | Matias Fernando ARRUPE | Sergio GIMENEZ | Pablo CORRAL

*GRUPO GAELP(A)*

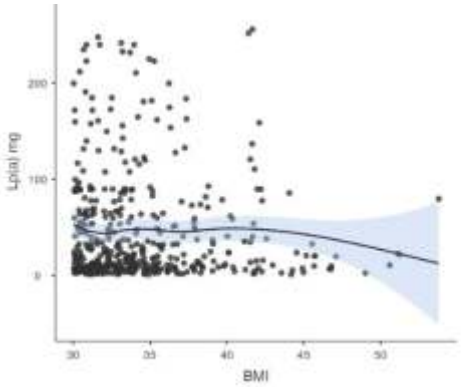
**Introducción:** Los valores de Lipoproteína (a) [Lp(a)] están determinados principalmente por factores genéticos. Tanto la elevación de Lp(a) como el índice de masa corporal (IMC) son factores de riesgo para enfermedad cardiovascular aterosclerótica. La combinación entre estos factores puede incrementar el riesgo cardiovascular. Estados inflamatorios crónicos, como sucede en personas con obesidad, pueden influir en los niveles de Lp(a), existiendo en la bibliografía datos contradictorios al respecto.

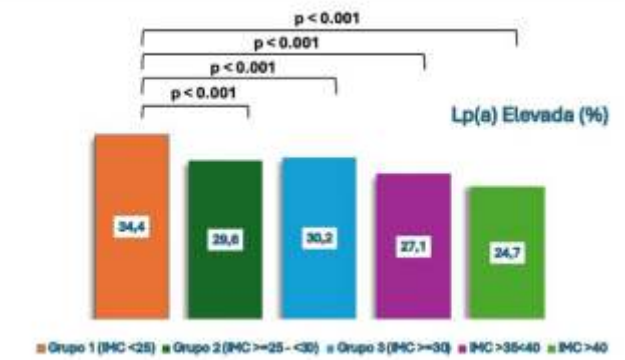
**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de Lp(a) elevada en pacientes (p) con sobrepeso, obesidad y su asociación con cardiopatía isquémica (CI). Cómo puntos secundarios exploratorios se analizaron los grupos con obesidad grado II (IMC >= 35) y obesidad Grado III (IMC >=40).

**Materiales y Métodos:** Se diseño un estudio observacional, retrospectivo/prospectivo y multicéntrico en la Argentina. Se recopilaron datos clínicos, antecedentes cardiovasculares y niveles de Lp(a). Se estableció el valor de Lp(a) elevada como niveles >50 mg/dL o >125 nmol/L. Se estratificaron niveles de Lp(a) según IMC (kg/m2): Grupo 1: IMC<24.9, Grupo 2: IMC 25-29.9 y Grupo 3: IMC >=30.

**Resultados:** Se analizaron 2997 pacientes. En la tabla 1 podemos observar las características basales de la población, así como los valores medios de Lp(a) en los diferentes grupos evaluados. El IMC promedio fue de 27.5 (+/- 5.5) kg/m2 (% de p en cada grupo: Grupo 1 34,2%, Grupo 2 65,8% y Grupo 3 27,3%). La media de IMC en pacientes con Lp(a) elevada resultó de 27,57 vs 28,17 kg/m2 en el grupo de Lp(a) no elevada (p 0.0043). El valor medio de Lp(a) en paciente > 25 IMC vs <25 IMC resultó de 47,2 mg/dL (+/- 62,8) vs 58 +/- 77,6 mg/dL (p 0.002) y 93,1 nmol/L +/- 115,6 vs 108,6 +/- 123,5 nmol/L (p 0.006). En el gráfico 1 se observa la distribución de Lp(a) elevada en los diferentes subgrupos, así como un gráfico de correlación lineal (Pearson -0.09 – Correlación débil o nula). El análisis multivariado mostró en los p con sobrepeso y en aquellos con obesidad, tener Lp (a) elevada se asoció en forma independiente con mayor riesgo de CI (Grupo 2 (sobrepeso): HR 1.59 IC95% 1.1-2.2 p 0.008, Grupo 3 (obesidad): HR 1.58 IC95% 1.03-2.4 p 0.033). En forma exploratoria se evaluó los pacientes con IMC >40 hallando una media de LP(a) de 46,76 mg/dL +/- 64,7 mg/dL y 80,5 nmol/L +/- 96.4 nmol/L. En este grupo el 24,7% tenían Lp(a) elevada vs el 34,4% del grupo 1 (p=0.0001).

| | Total | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 |
|---|---|---|---|---|
| Edad | 57.6 +/- 15 | 54.6 +/- 16.7 | 59.2 +/- 14.1 | 58.3 +/- 13.1 |
| Mujeres | 46.1 | 62.1 | 36 | 23.9 |
| HTA | 52 | 59.9 | 53 | 69.4 |
| DM2 | 13.3 | 4.99 | 10.7 | 22.7 |
| CI | 14.4 | 10.4 | 16.1 | 17 |
| EVP | 3.2 | 3.7 | 2.8 | 3.2 |
| ACV | 2.1 | 1.3 | 2.4 | 2.8 |
| EAO | 6-3 | 5.4 | 6 | 7.9 |
| Lp (a) media mg/dl | 50.8 +/- 68 | 58 +/- 77 | 48 +/- 68 | 47.8 +/- 68 |
| Lp (a) media mol/L | 98.1 +/- 11.8 | 108.6 +/- 123 | 90.4 +/- 113 | 90.4 +/- 113 |
| Lp (a) elevada % | 31.3 | 34.4 | 29.6 | 30.2 |



**Conclusión:** La prevalencia de Lp(a) elevada es menor en los p con sobrepeso y obesidad. Asimismo, en ambos grupos, valores elevados de Lp(a) se asociaron a mayor riesgo de CI.

## 0625 - CONSTRUYENDO NUESTROS DATOS: HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ARGENTINA. MÁS DE 10 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Julieta SORICETTI[1] | Nicolas SILVA CROOME[2] | Guillermina SORASIO[1] | Pablo COSTAS MARTIGNAGO[2] | Paul VARGAS MIELES[2] | Nicolas CARUSO[1] | Manuel FIGUEROA[1] | Adrián José LESCANO[2]

*Centro Gallego de Buenos Aires[1]; Sanatorio Trinidad de Quilmes[2]*

**Introducción:** La Hipertensión Pulmonar (HP) es una enfermedad poco prevalente, heterogénea y con elevada morbimortalidad. La información epidemiológica en Latinoamérica es limitada y no se encuentra representada en la bibliografía que sustenta las guías de práctica clínica actuales.

**Objetivos:** Realizar un análisis sobre las características de los pacientes (p) con HP seguidos por nuestro grupo médico multidisciplinario, evaluando sus características clínicas y variables de riesgo.

**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 marzo de 2025. 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 o rango intercuartilo según distribución.

| Variables hemodinámicas | |
|---|---|
| PAD (mmHg) | 9.57 ± 6.83 |
| PAPs (mmHg) | 62.34 ± 22.17 |
| PAPd (mmHg) | 28.15 ± 10.91 |
| PAPm (mmHg) | 40.18 ± 14.31 |
| RVP (UW) | 6.69 ± 4.88 |
| Compliance (ml/mmHg) | 2,52 ± 1.68 |
| Wedge (mmHg) | 11.9 ± 4.55 |
| IC (l/min*m²) | 2.82 ± 0.82 |
| IVS (ml/m²) | 35.4 ± 12.12 |
| AP SAT (%) | 72.9 ± 8.75 |
| **Variables ecocardiográficas** | |
| Área de AD (cm2) | 22,5 ± 6.41 |
| TAPSE (mm) | 19,42 ± 4.54 |
| PL strain (%) | -16,3 ± 4.8 |
| CAF (%) | 29,75 ± 7,88 |
| IE | 1,19 ± 0.25 |
| TAPSE/sPAP (mm/mmHg) | 0,315 ± 0.13 |

**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.

| | | |
|---|---|---|
| | Edad, años (SD) | 62 (SD ± 17) |
| | Sexo femenino (%) | 66.44 |
| | Grupo (%) | |
| | I | 55.73 |
| | II | 11.01 |
| | III | 26.52 |
| | IV | 4.72 |
| | V | 2.02 |
| | Patología asociada (%) | |
| Grupo I | Idiopático | 53 |
| Grupo I | Enfermedad del tejido conectivo | 29 |
| Grupo I | Cardiopatía congénita | 13 |
| Grupo I | Hipertensión portopulmonar | 2 |
| Grupo I | HIV | 2 |
| Grupo I | Asociado a drogas | 1 |
| Grupo III | Enfermedad pulmonar intersticial | 73 |
| Grupo III | EPOC | 19 |
| Grupo III | Sdme. Combinado | 8 |
| | WHO CF (%) | |
| | I | 3.29 |
| | II | 48 |
| | III | 37.88 |
| | IV | 10.82 |
| | TC6M | |
| | Distancia (m) | 334 ± 150.5 |
| | Estratificación de riesgo (%) | |
| | Bajo | 28.06 |
| | Intermedio | 53.67 |
| | Alto | 18.26 |
| | Tratamiento inicial (%) | |
| | Monoterapia | 36.59 |
| | Terapia dual | 42.65 |
| | Terapia triple | 20.76 |

**Resultados:** Se incluyeron 451 p con una edad media de 62 años ± 17 y sexo femenino de 66.44%. En cuanto a los grupos se observó: grupo I: 55.73%, grupo II: 11.01%, grupo III: 26.52%, grupo IV 4.72% y grupo V: 2.02%. 48% presentó clase funcional avanzada (III/IV). 54.39% mostró insuficiencia cardíaca, 12.11%

síncope y 10.48% angor. En el TC6m solo el 25% recorrió una distancia mayor a 440 metros. En el CCD 11.11% presentó índice cardíaco (IC) menor de 2 l/min*m2 y 20.67% IC entre 2 y 2.5 l/min*m2. 86.89% tuvo resistencia vascular pulmonar >5 UW. 71.01% mostró dilatación del ventrículo derecho y 62.14%, deterioro de la función sistólica. La mediana de NT-proBNP fue 1384.64 pg/ml. 17.33% tuvieron un valor mayor de 1100 pg/ml. 53.67% se clasificaron como de riesgo intermedio y 18.26 %, con alto riesgo. 64% recibió terapia combinada y 22% triple terapia.

**Conclusión:** En nuestra cohorte de p con HP hemos observado una prevalencia del grupo I, con mayor sexo femenino, clase funcional avanzada, marcada limitación a la actividad física, remodelado negativo de cavidades derechas, parámetros hemodinámicos de severidad y solo el 28% en bajo riesgo lo que indica que deben adoptarse estrategias para lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo.

## 0628 - REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y CULTURA CIUDADANA: ¿POR QUÉ LAS PERSONAS NO SABEN CÓMO ACTUAR EN UNA EMERGENCIA?

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

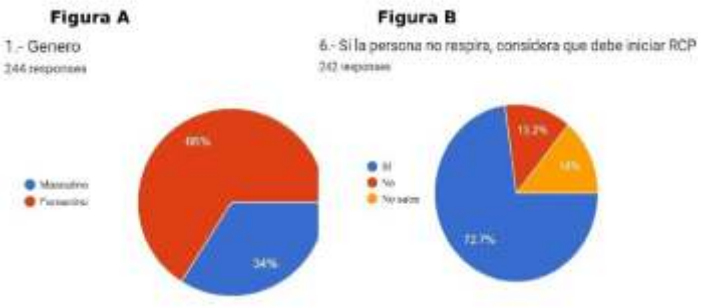
Andrés VÉLEZ GARCÍA | Carlos Alberto de Jesús ESTRADA FRANCO | Santiago NORIEGA | Ignacio Miguel BRUSCO | Roxana Edith PALACIO | Norberto Gustavo ALLENDE | Jorge Enrique TRONGÉ | Fernando José SOKN

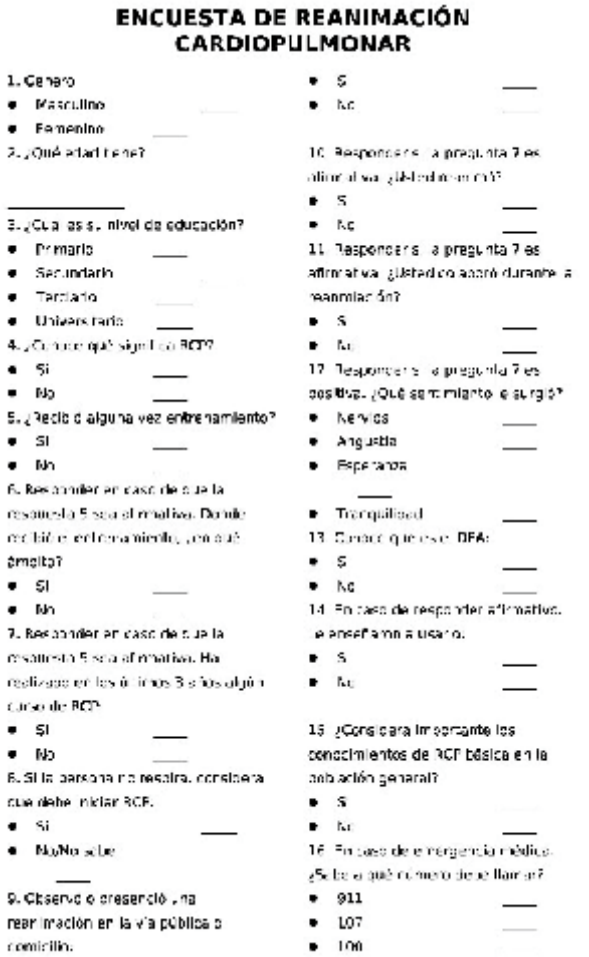
*Clínica IMA Adrogué*

**Introducción:** La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una maniobra esencial y potencialmente salvadora en casos de paro cardiorrespiratorio, cuya efectividad depende en gran medida de su implementación inmediata. A pesar de su importancia, la respuesta ciudadana ante emergencias médicas súbitas continúa siendo limitada.

**Objetivos:** Identificar el nivel de conocimiento que posee la población sobre Reanimacion Cardiopulmonar y el uso del Desfibrilador Externo Automático.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta de tipo cuantitativo y descriptivo de corte transversal, estructurada, dirigida a la población general de manera anónima y autoaplicada, compuesto por preguntas de opción múltiple y escala Likert. Se evaluaron aspectos como: Conocimiento básico sobre reanimación cardiopulmonar y desfibrilador externo automático, experiencia previa en capacitación o cursos de primeros auxilios, disposición y percepción personal ante una situación de emergencia. La población objetivo estuvo conformada por personas mayores de 18 años, residentes del tercer cinturón del conurbano bonaerense, partido Almirante Brown. La encuesta (figura 1) se difundió el mes de marzo de 2025 de manera presencial en plazas y en nuestra institución médica. La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.



ENCUESTA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

1. Genero
- Masculino
- Femenino

2. ¿Qué edad tiene?

3. ¿Cuál es su nivel de educación?
- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

4. ¿Conoce qué significa RCP?
- Si
- No

5. ¿Recibió alguna vez entrenamiento?
- Si
- No

6. Responder en caso de que la respuesta 5 sea afirmativa. Donde recibió entrenamiento, con qué frecuencia?
- Si
- No

7. Responder en caso de que la respuesta 5 sea afirmativa. Ha realizado en los últimos 3 años algún curso de RCP?
- Si
- No

8. Si la persona no respira, considera que debe iniciar RCP.
- Si
- No/No sabe

9. Observó o presenció una reanimación en la vía pública o domicilio.
- Si
- No

10. Responder si la pregunta 7 es afirmativa ¿Utilizó el desfibrilador?
- Si
- No

11. Responder si la pregunta 7 es afirmativa ¿Utilizó el desfibrilador durante la reanimación?
- Si
- No

12. Responder si la pregunta 7 es positiva. ¿Qué sentimiento le surgió?
- Nervios
- Angustia
- Esperanza
- Tranquilidad

13. Conoce qué es un DEA:
- Si
- No

14. En caso de responder afirmativo. Le enseñaron a usarlo.
- Si
- No

15. ¿Considera importante los conocimientos de RCP básica en la población general?
- Si
- No

16. En caso de emergencia médica ¿Sabe a qué número llamar?
- 911
- 107
- 100

**Figura A**

**Figura B**

**Resultados:** Se encuestaron un total de 250 personas (figura 2). La distribución por género mostró predominancia del sexo femenino 64% (N: 161); la población encuestada estuvo distribuida de manera equitativa en tres tercios de acuerdo a los

grupos etarios correspondiente de 18 a 37 años 34% (N:84); 38 a 55 años 35% (N: 87) y >55 años 31% (N:79), mientras que, a nivel educativo, la mayor parte de la población cuenta con formación secundaria 36% (N:90), predominado el sexo femenino y edades entre 38 a 55 años. Del total de encuestados, el 91% (N:228) afirmó conocer el significado de RCP; sin embargo, el 49% (N:113) recibió entrenamiento, y de ellos el 37% (N:41) realizaron un curso de reanimación cardiopulmonar en los últimos tres años. El ámbito mas frecuente de educación sobre reanimación cardiopulmonar fue el laboral con un 45% (N:113), seguido por los establecimientos educativos con 30% (N:34). El 70% (N:176) conoce cuando debe iniciar la reanimación cardiopulmonar, el 30% (N:74) desconoce lo que debe de realizar dentro de la cadena de supervivencia. El 19% (N:47) manifestó haber presenciado una situación de reanimación en vía pública o en domicilio, de este universo, 36% (N:17) intervinieron activamente realizando la maniobra, mientras que el 47% (N:22) colaboraron en la cadena de supervivencia. Por otra parte, 20 personas manifestaron sentimientos de esperanza o tranquilidad mientras que los restantes refirieron sentimiento negativo como nervios o angustia. El 61% de los encuestados (N:153) conoce el concepto del DEA, pero solo el 32% (N:49) de ellos ha recibido instrucción sobre su uso. Como resultado final, el 100% de los participantes consideró importante que la población general tenga conocimientos básicos de reanimación cardiopulmonar y el 96% (N:250) conocen el la vía de comunicación inicial ante una emergencia.

**Conclusión:** Se evidenció una brecha entre el conocimiento teórico y la capacitación práctica. La experiencia directa con emergencias no garantiza la acción ciudadana. El conocimiento sobre el DEA es amplio, sin embargo pocos ciudadanos han sido instruidos en su uso. El conocimiento del número de emergencias es alentador, ya que casi en su totalidad, conocen a que numero deben de llamar. Existe una valoración positiva y unánime sobre la importancia de la RCP en la comunidad.

## 0629 - PREDICTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Victoria RIZZO CISMONDO | María Inés SOSA LIPRANDI | Alvaro SOSA LIPRANDI | Joaquin PEREA | Marina Raquel PÉREZ BEC | Melisa ELFMAN | Julia JANCHES QUIÑONES

*Sanatorio Güemes*

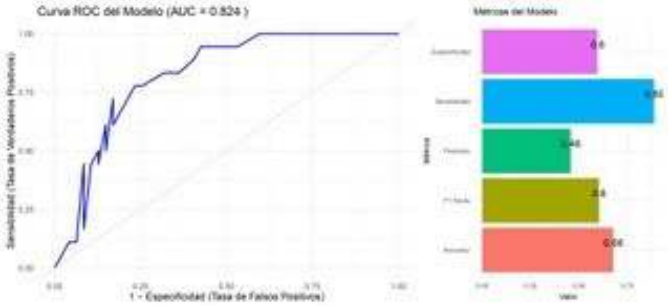
**Introducción:** La Hipertensión Pulmonar (HP), es un problema de salud pública mundial, con una prevalencia cercana al 1%. Es una enfermedad que puede manifestarse en cualquier etapa de la vida, aunque su aparición es más frecuente en la edad adulta, donde suele provocar una notable disminución en la calidad de vida del paciente y se asocia con una alta tasa de mortalidad. Representa un problema creciente de salud pública, ya que implica un impacto considerable tanto a nivel individual como en los sistemas sanitarios, debido a la complejidad de su tratamiento y el seguimiento a largo plazo que requiere.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue identificar predictores pronósticos en una cohorte de pacientes con HP evaluados en un centro de alta complejidad.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional prospectivo en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HP, con seguimiento en un centro de tercer nivel. Se analizaron variables clínicas, de laboratorio, hemodinámicas e imágenes, tanto en la evaluación basal como durante el seguimiento a largo plazo. Se utilizó la estadística descriptiva convencional. El outcome de interés fue un combinado de muerte por todas las causas, internación por insuficiencia cardíaca o progresión de la enfermedad. Para la identificación exploratoria de factores asociados al outcome, se aplicaron los métodos de selección de variables Boruta,

| Variable | Overall | Evento NO (Insuficiencia cardiaca, progresion o muerte) | Evento SI (Insuficiencia cardiaca, progresion o muerte) |
|---|---|---|---|
| N | 68 | 47 | 18 |
| Mediana de seguimiento [RIC] | 37 [15-72] | 36 [10-79] | 48 [25-68] |
| Edad mediana [RIC] | 48.00 [43.50- 72.00] | 58.00 [42.50,-71.00] | 62.50 [45.25-73.00] |
| Indice Corporal mediana [RIC] | 1.81 [1.51- 2.00] | 1.81 [1.63- 2.00] | 1.73 [1.43- 1.97] |
| Sexo Masculino | 18 (27.3) | 11 (24.4) | 7 (38.9) |
| Grupo HTP( % ) | | | |
| 1 | 47 (71.2) | 34 (75.6) | 12 (66.7) |
| 2 | 4 (6.1) | 3 (6.7) | 1 (5.6) |
| 3 | 5 (7.6) | 3 (6.7) | 2 (11.1) |
| 4 | 10 (15.2) | 5 (11.1) | 5 (27.8) |
| Insuficiencia renal | 8 (12.5) | 6 (14.0) | 1 (5.6) |
| Insuficiencia cardiaca | 17 (26.6) | 10 (23.3) | 4 (22.2) |
| Ecoti AI area cm2 [mediana [RIC] | 23.00 [19.00-32.00] | 23.00 [20.00-32.00] | 23.50 [18.00-31.00] |
| Ecoti derrame Pericardico | 14 (20.6) | 10 (21.3) | 4 (22.2) |
| Ecoti PSAP media (DE) | 65.84 (24.45) | 67.57 (24.01) | 58.82 (26.18) |
| Ecoti TAPSE mediana [RIC] | 16.00 [14.50-18.00] | 16.00 [14.00- 20.00] | 17.00 [14.25- 19.75] |
| Ecoti DDVD media (DE) | 44.34 (9.31) | 44.49 (7.30) | 43.94 (15.27) |
| Ferritina media(DE) | 68.65 (29.95) | 63.81 (29.73) | 58.22 (29.05) |
| Saturacion de Transferrina mediana [RIC] | 15.00 [7.00-20.00] | 15.00 [7.50- 22.00] | 11.50 [7.00-19.75] |
| Urea mediana [RIC] | 38.00 [27.50-53.00] | 37.00 [26.50-47.00] | 48.00 [35.00- 47.75] |
| Creatinina mediana [RIC] | 0.92 [0.71- 1.20] | 0.92 [0.72- 1.27] | 0.92 [0.72 -1.00] |
| Clearance mediana[RIC] | 66.00 [52.50-86.00] | 68.00 [49.00- 86.00] | 65.00 [51.25-82.50] |
| BNP mediana[RIC] | 863.00 [146.00- 2041.00] | 255.00 [146.00-2000.00] | 1372.00 [864.00- 2558] |
| ProBNP mediana [RIC] | 1321.00 [65.00- 3214.00] | 1594.00 [107.50- 3234.00] | 902.00 [53.80-1841.75] |
| TAS mediana [RIC] | 20.00 [18.00- 44.00] | 22.00 [20.00-44.00] | 20.00 [12.40-13.00] |
| Sodio mediana [RIC] | 136.00 [134.00-139.00] | 137.00 [134.50- 139.50] | 135.50 [134.25-138.00] |
| Potasio (mediana [RIC]) | 4.00 [3.60-4.30] | 4.00 [3.80-4.35] | 3.65 [3.50- 4.07] |
| PCR mediana [RIC] | 29.00 [2.10-138.00] | 12.00 [1.90-127.00] | 79.00 [19.75- 380.00] |
| Cateterismo | 45 (72.6) | 32 (78.0) | 12 (61.1) |
| PAPM media (DE) | 45.75 (17.07) | 44.84 (16.07) | 58.22 (17.27) |
| RVP media (DE) | 12.22 (9.07) | 11.86 (7.46) | 13.17 (9.22) |
| RVP en Uni (mediana [RIC] | 8.40 [3.15- 15.00] | 8.40 [3.58- 15.00] | 8.58 [2.55- 20.50] |
| RVP en Dyna mediana [RIC] | 533.00 [291.00-1838.00] | 533.00 [174.00-1039.00] | 942.00 [262.50-1838.75] |
| Indice cardiaco mediana [RIC] | 2.68 [2.02-3.38] | 2.47 [1.98- 3.06] | 2.82 [2.33- 3.92] |
| Gasto Cardiaco media (DE) | 3.71 (2.41) | 3.74 (2.47) | 3.65 (2.33) |
| Monoterapia | 23(36.8) | 18(34) | 4 (22.2) |
| Doble terapia | 14 (20.6) | 11 (23.4) | 3 (16.7) |
| Triple terapia | 6 (8.8) | 3 (6.4) | 3 (16.7) |
| Muerte | 11 (19.3) | 0(0.0) | 11(61.1) |

LASSO y Recursive Feature Elimination (RFE). Las variables cuantitativas de interés asociadas al outcome fueron transformadas o dicotomizadas según su punto de corte crítico determinado en relación con el evento. Se ajustaron modelos de predicción mediante regresión de Cox y se evaluó su capacidad predictiva mediante curvas ROC y métricas habituales. Además, se generaron curvas de sobrevida mediante el método de Kaplan-Meier. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó con RStudio (versión 4.1.0).




**Resultados:** Desde febrero 2017 a enero 2025 fueron incluidos para el análisis 65 pacientes. La mediana de edad fue de 60 años (21-84) y el 76.9% corresponden al género femenino. La mediana de seguimiento fue de 37 meses [13-72] con un 27 % de eventos. El 71% de los pacientes corresponden al grupo 1 y el 6%, 8% y 15% al grupo 2, 3 y 4,respectivamente. El resto de las características basales de la población se describen en la tabla 1. En el análisis multivariado mediante regresión de Cox identificamos como predictores independientes de nuestro outcome los siguientes factores: Potasio bajo (<3.7 mmol/l ) HR 6.61 [2.09-20.9] p 0.0013; proteína C reactiva elevada (>16.5) HR 3.34 [1.05-10.6] p 0.0408; TAPSE HR 1.20 [1.04-1.39] p:0.0126. El modelo presentó una buena capacidad discriminativa con un área bajo la curva roc de 0.82 (IC 95% 0.72-0.92) y una sensibilidad y especificidad de 89% y 60% (Ver gráfico).

**Conclusión:** En este análisis exploratorio, identificamos factores potencialmente asociados con un peor pronóstico en pacientes con hipertensión pulmonar. Estos hallazgos requieren validación en estudios prospectivos adicionales para confirmar su aplicabilidad clínica.

## 0631 - CAMBIOS MORFOLÓGICOS EN EL VENTRÍCULO IZQUIERDO ASOCIADOS A LA OBESIDAD INDUCIDA POR DIETA ALTA EN GRASA Y DIFERENCIAS DE SEXO

Investigación Básica

Vittorio D'ALESSANDRO | Damián Ariel SORIA | Santiago NOVAKOSKY | Mariana ROMERO | Rosana ELESGARAY | Analia TOMAT | Cristina ARRANZ | Carolina Cecilia CANIFFI

*Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)*

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad a nivel global, con la obesidad identificada como un factor de riesgo crucial. En Argentina, se ha observado un preocupante aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad desde edades muy tempranas. A pesar de los mecanismos propuestos que conectan la obesidad con las patologías cardíacas, la evidencia actual es limitada, especialmente en lo que respecta a las diferencias de sexo y el impacto específico de las dietas ricas en grasas

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos del consumo de una dieta rica en grasas desde etapas tempranas de la vida sobre la estructura cardíaca de ratas macho (m) y hembra (h) y observar si existen diferencias de sexo.

**Materiales y Métodos:** Se utilizaron ratas Wistar m y h que fueron alimentadas con una dieta alta en grasas (HFD) o una dieta estándar (SD) desde el destete (3 semanas de vida) hasta las 14 semanas de edad. A las 14 semanas, se midieron: el peso corporal, la presión arterial sistólica (PAS) y la glucemia en ayunas. Se sacrificaron las ratas y se extrajo sangre para evaluar el perfil lipídico, y el tejido adiposo retroperitoneal, el ventrículo izquierdo (VI), la aurícula derecha (AD) y la tibia izquierda, los cuales se pesaron o se midieron en longitud. Se midió el área de los miocitos y de la vasculatura del VI en secciones teñidas con hematoxilina-eosina y el colágeno perivascular en secciones teñidas con Sirius red. A demás se midió el contenido de TGF- por inmunohistoquímica en el VI. Estadística: ANOVA de dos vías, test a posteriori Bonferroni. n=8 ratas/grupo.

| | SD m | HFD m | DC h | DGH h |
|---|---|---|---|---|
| Peso corporal (g) | 492±10 | 553±8$^{***}$ | 348±6$^{***}$ | 429±11$^{***\&\&\&}$ |
| Glucemia (mg/dL) | 122±6 | 135±3$^{**}$ | 117±1 | 131±4$^{**}$ |
| TA/longitud tibia (g/cm) | 1,98±0,11 | 3,66±0,11$^{***}$ | 1,45±0,13$^{*}$ | 2,34±0,24$^{***\&\&\&}$ |
| Triglicéridos(mg/dL) | 69±6 | 96±8$^{**}$ | 90±6 | 117±11$^{*}$ |
| Índice de Castelli | 1,39±0,02 | 1,52±0,04$^{**}$ | 1,37±0,02 | 1,39±0,03$^{\&\&}$ |
| Colesterol total (mg/dL) | 94±2 | 95±3 | 80±2$^{**}$ | 81±3$^{\&\&}$ |
| VI/longitud de tibia (g/cm) | 0,24±0,01 | 0,25±0,01 | 0,18±0,01$^{***}$ | 0,20±0,01$^{*\&\&\&}$ |
| Área miocitos VI (µm2) | 337±11 | 410±16$^{**}$ | 278±7$^{*}$ | 336±15$^{*\&\&}$ |
| AD/longitud tibia(g/cm) | 12,9±0,7 | 16,8±1,1$^{**}$ | 8,6±0,4$^{**}$ | 13,1±1,1$^{***\&\&}$ |
| Área vascular(A media/ A luz) | 1.53±0.08 | 1.85±012$^{*}$ | 1.79±0.08 | 1.84±0.07 |
| Colágeno PV (A col/A total) | 1.7±0.3 | 2.7±0.9$^{**}$ | 1.6±0.3 | 2.2±0.4 |
| TGF-β(A marcada/A total) | 13.1±1.1 | 10.9±0.5 | 13.0±2.0 | 15.3±1.4 |

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001 vs. SDm; #p<0.05; ##p<0.01; ###p<0.001 vs. SDf; &p<0.05; &&p<0.01; &&&p<0.001; vs. HFDm

**Resultados:** A las 14 semanas se observó que la PAS fue similar en todos los grupos. Los m y las h alimentados con HFD mostraron un mayor peso corporal y glucemia en ayunas, ademas mayor contenido de tejido adiposo retroperitoneal en comparación con los grupos SD. Con respecto al perfil lipídico se observó un mayor contenido de triglicéridos y un mayor índice de Castelli en las ratas HFD con respecto a las SD. Por otro lado, las ratas h poseen un menor contenido de colesterol total que sus pares m. Las SDh mostraron una menor relación VI/longitud de tibia en comparación con las ratas SDm, y HFD aumentó esta relación sólo en el grupo de h. Además, el área de los miocitos del VI fue mayor en ambos grupos HFD comparado con SD, aunque el área en las h siempre fue menor que en los m. La relación AD/longitud de tibia fue menor en las ratas SDh en comparación con el grupo SDm, y HFD aumentó esta relación en las ratas m y h. El área vascular y del colágeno perivascular fue mayor sólo en HFDm, sin observarse diferencias en la marcación de TGF- .

**Conclusión:** En nuestro modelo de obesidad, aún sin cambios hemodinámicos evidenciables en la PAS, el consumo de HFD promueve alteraciones en el metabolismo intermedio que tienen un impacto diferencial en la morfología cardiaca y vascular dependiendo del sexo.

## 0632 - EL PERFIL INVISIBLE DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: LIPOPROTEINA A EN POBLACIÓN SANTAFESINA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiopatía Isquémica

Miguel HOMINAL | Lucía ROSSI

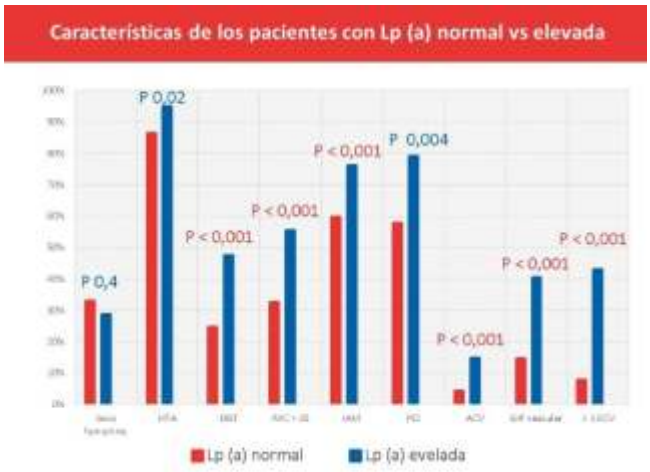
*FAC - Federación Argentina de Cardiología*

**Introducción:** La lipoproteína (a) [Lp(a)] es una partícula lipídica con propiedades aterogénicas, trombogénicas e inflamatorias. Su concentración está genéticamente determinada y se asocia de forma independiente con la enfermedad cardiovascular. Sin embargo, su prevalencia y relevancia clínica en poblaciones locales aún no están claramente establecidas.

**Objetivos:** Analizar la distribución de los niveles de Lp(a) y su relación con factores de riesgo y eventos cardiovasculares en pacientes dislipémicos de una cohorte ambulatoria de la ciudad de Santa Fe.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 307 pacientes adultos con dislipemia y determinación de Lp(a), atendidos entre julio de 2019 y enero de 2025 inclusive. Se clasificaron los niveles de Lp(a) según la Sociedad Europea de Aterosclerosis. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo y antecedentes de eventos cardiovasculares.

**Resultados:** El 75,2% de los pacientes se encontraba en prevención secundaria. Se observaron altas tasas de hipertensión (89,2%), diabetes (32,4%) y obesidad (40%). El 83% recibía estatinas de alta intensidad, pero el valor promedio de LDL-C fue de 88,7 mg/dL. Los niveles elevados de Lp(a) se asociaron en forma estadísticamente significa con mayor prevalencia de diabetes, obesidad, antecedentes de accidente cerebrovascular, intervención percutanea coronaria, enfermedad vascular y múltiples eventos cardiovasculares.



**Conclusión:** En esta cohorte, la Lipoproteina (a) se comportó como un marcador independiente de riesgo cardiovascular, asociado a mayor carga de enfermedad, más allá del control lipídico convencional. Su inclusión sistemática en la evaluación clínica podría optimizar la estratificación del riesgo y el abordaje terapéutico de los pacientes diariamente en el consultorio.

## 0634 - LA COMORBILIDAD OLVIDADA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: DÉFICIT FÉRRICO

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolas SILVA CROOME

*Sanatorio Trinidad de Quilmes*

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una patología crónica y poco frecuente, caracterizada por un incremento en la resistencia vascular pulmonar y la poscarga del ventrículo derecho llevando al remodelado negativo de las cavidades derechas, e insuficiencia cardíaca, con gran impacto en la morbimortalidad. En el contexto de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEyR), el déficit férrico (DF) se ha asociado con un mayor riesgo de hospitalización y mortalidad cardiovascular. Sin embargo, la evidencia sobre la prevalencia e impacto clínico del DH en pacientes con HAP es limitada, particularmente en poblaciones de América Latina. Hasta la fecha, no se han realizado estudios aleatorizados que evalúen esta relación.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia y el impacto clínico del DF en una cohorte de pacientes con HAP.

**Materiales y Métodos:** Registro prospectivo, observacional, analítico de pacientes con diagnóstico confirmado de HAP, definida según criterios hemodinámicos como una presión arterial pulmonar media (PAPm) > 20 mmHg y una resistencia vascular pulmonar (RVP) > 2 UW. Los pacientes fueron clasificados en cinco grupos etiológicos, de acuerdo con las recomendaciones de las ESC/ERS 2022.

| Variable | DFA | no DFA | p |
|---|---|---|---|
| Edad (Años) | 60,35 ± 2,92 | 66,51 ± 2,19 | 0,088 |
| Sexo femenino (%) | 49,37 | 50,63 | 0,19 |
| **Subgrupo** | | | |
| I | 50 | 50 | 0,625 |
| II | 33 | 66 | |
| III | 44 | 66 | |
| IV | 25 | 75 | |
| **Clase funcional** | | | |
| I | 50 | 50 | 0,377 |
| II | 51,7 | 48,3 | |
| III | 47 | 53 | |
| IV | 0 | 100 | |
| **Clinica** | | | |
| IC | 21,14 | 25,51 | 0,535 |
| Sincope | 6,1 | 2,04 | 0,124 |
| Angina | 8,24 | 2 | 0,042 |
| **Parametros hemodinamicos** | | | |
| PPM | 38 ± 13,56 | 36,58 ± 11,48 | 0,56 |
| RVP (UW) | 6,31 ± 3,74 | 5,28 ± 3,46 | 0,148 |
| IC | 2,83 ± 0,76 | 2,85 ± 0,85 | 0,9156 |
| **Test de caminata** | | | |
| Distancia | 348,3 ± 137,5 | 380,29 ± 132,36 | 0,3 |
| **Evolución** | | | |
| Muerte | 12,2 | 7,14 | **0,0053** |

**Resultados:** Se incluyeron 105 pacientes. DFA :45.7%, DFR: 16.98%. No se observaron diferencias significativas en la edad ni en la distribución por sexo entre los grupos con y sin DFA. La prevalencia de DFA fue similar entre los subgrupos de HAP y entre las clases funcionales. No se evidenció una asociación entre DFA y mayor incidencia de insuficiencia cardíaca o síncope, aunque sí se registró una mayor frecuencia de angina en el grupo con DFA. No se hallaron diferencias en los valores de presión pulmonar media, resistencia vascular pulmonar, índice cardíaco obtenidos por cateterismo, ni en la distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos entre los grupos estudiados. En el análisis de mortalidad, la presencia de DHA no se asoció con un mayor riesgo de muerte durante el seguimiento. No se identificaron diferencias significativas en los niveles de ferritina entre los pacientes fallecidos y los supervivientes. No obstante, los pacientes que fallecieron presentaron niveles significativamente más bajos de ferremia (61.07 ± 28.7 µg/dL vs. 39 ± 15.3 µg/dL; p = 0.0053).

**Conclusión:** El déficit de hierro presenta una elevada prevalencia en los pacientes con HAP (60%). Sin embargo, no observamos diferencias significativas en variables clínicas, funcionales, hemodinámicas y pronosticas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estudios prospectivos y ensayos clínicos aleatorizados para determinar el papel del metabolismo del hierro en la evolución de la HAP y evaluar estrategias terapéuticas dirigidas a su corrección.

## 0644 - SELECCIÓN DE PROSTAGLANDINAS EN HIPERTENSIÓN PULMONAR. NUESTRA EXPERIENCIA

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolas SILVA CROOME[1] | Julieta SORICETTI[2] | Manuel FIGUEROA[1] | Guillermina SORASIO[2] | Nicolas CARUSO[2] | Pablo COSTAS MARTIGNAGO[1] | Paul VARGAS MIELES[1] | Adrián José LESCANO[1]

*Sanatorio Trinidad de Quilmes[1]; Centro Gallego de Buenos Aires[2]*

**Introducción:** Según las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Pulmonar (HP) las prostaglandinas (PG) están indicadas para pacientes con alto riesgo de mortalidad al momento del diagnóstico.

**Objetivos:** Conocer las características de nuestra población con HP que recibió PG como parte del tratamiento específico.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, analítico, prospectivo que incluyó p con HP confirmado por cateterismo derecho (CCD) entre enero de 2012 y marzo de 2025. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, de estudios complementarios (CCD, ecocardiograma Doppler, test de caminata de 6 minutos (TC6M), laboratorio) y terapéutica implementada, así como también CCD a los 12 meses. La estratificación de riesgo fue realizada según guías ESC 2022. Se dividió a los pacientes en 2 grupos. El grupo A recibió PG . El grupo B, no. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%), las cuantitativas en media o mediana ± desvío estándar o rango intercuartilo según distribución. Para comparar ambos grupos se utilizó test de T o chi cuadrado, según corresponda

**Resultados:** Se incluyeron 451 p, Con respecto al grupo A (106 p) : 69.52% pertenecía al Grupo 1 y 26.67% al grupo 3. 89.32% presentaban dilatación de VD y 78.22 % disfunción sistólica del mismo. La mediana de NTproBNP fue 1026 pg/ml .Sólo 34,91% pertenecía al alto riesgo. 56% recibió PG subcutáneas o endovenosas ( ver Tabla 1) Al comparar los grupos no se observaron diferencias en la edad ó sexo, pero el grupo A presentó mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca (66.6% vs 53.9% p: 0.029), sincope (21.5% vs 10.78% p: 0.009), angor (17.64% vs 8.3% p: 0.012) y CF avanzada (59.43 % vs 44.3% p: 0.009) Además El grupo A presentó mayor remodelado negativo de cavidades derechas y peor hemodinamia. (Tabla 2)

**Conclusión:** En nuestra experiencia, las herramientas de estratificación de riesgo disponibles en la actualidad son útiles pero insuficientes para decidir la implementación de PG en los pacientes con HP. En nuestra práctica habitual resultó de utilidad la utilización de variables no incluidas en dichas herramientas para para discernir el riesgo individual, permitiendo la implementación precoz de un tratamiento altamente efectivo.

**Tabla 1.** Características del grupo con prostaglandinas

| | Grupo A |
|---|---|
| **Edad, años (SD)** | 59,23 ± 18,98 |
| **Sexo femenino (%)** | 68,54% |
| **Grupo (%)** | |
| I | 71,42 |
| III | 26,67 |
| IV | 1,91 |
| **WHO CF (%)** | |
| I | 1 |
| II | 36 |
| III | 48 |
| IV | 15 |
| **TC6M** | |
| **Distancia (m)** | 298 ± 155 |
| **Estratificación de riesgo (%)** | |
| **Intermedio** | 65,09 |
| **Alto** | 34,91 |
| **Prostaglandina (%)** | |
| **Treprostinil subcutáneo** | 46,23 |
| **Epoprostenol endovenoso** | 17,32 |

**Tabla 2.** Mediciones hemodinámicas y ecocardiográficas

| | Grupo A | Grupo B | p |
|---|---|---|---|
| **Variables hemodinámicas** | | | |
| **PAD (mmHg)** | 9,86 ± 0,54 | 9,19 ± 0,31 | 0.25 |
| **PAPm (mmHg)** | 48,77 ± 13,79 | 38,76 ± 13,86 | **0.0000** |
| **RVP (UW)** | 9,38 ± 6,26 | 6,26 ± 4,8 | **0.0000** |
| **Compliance (ml/mmHg)** | 1,61 ± 1,06 | 2,62 ±1,67 | **0.0000** |
| **Wedge (mmHg)** | 10,78 ± 3,54 | 11,73 ± 3,98 | 0.68 |
| **IC (l/min*m²)** | 2,63 ± 0,79 | 2,86 ± 0,79 | **0.0156** |
| **IVS (ml/m²)** | 31,91 ± 12,13 | 36,42 ± 11,85 | **0.0029** |
| **AP SAT (%)** | 70,88 ± 12,93 | 73,41 ± 7,24 | 0.0719 |
| **Variables ecocardiográficas** | | | |
| **Área de AD (cm2)** | 25,28± 7,04 | 21,89 ± 5,71 | **0.0000** |
| **TAPSE (mm)** | 18,21 ± 4,99 | 19,58 ± 4,12 | **0.01** |
| **PL strain (%)** | -14,01 ± 4,29 | -17,36 ± 4,79 | **0.0000** |
| **CAF (%)** | 26,23 ± 8,16 | 30,78 ± 6,98 | **0.0001** |
| **IE** | 1,32 ± 0,25 | 1,15 ± 0,2 | **0.0000** |
| **VRT (m/seg)** | 3,98 ± 0,91 | 3,54 ± 0,51 | **0.0000** |

**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.

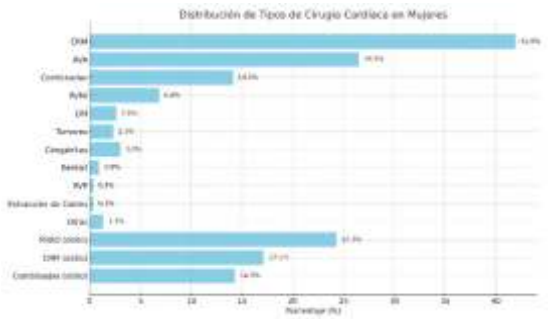
## 0649 - PERFIL CLÍNICO Y COMORBILIDADES EN MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE CARDIOCIRUGÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Alejandra Inés CHRISTEN | Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS | Andrea CRUZ ROMERO | Beymar FLORES OMONTE | Marilyn Eugenia TORO CARDENAS | Alejandro TRAININI

*Hospital Presidente Perón (Ex Finochietto)*

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular sigue siendo la principal causa de muerte en mujeres a nivel mundial. Sin embargo, existen diferencias significativas en la forma en que las mujeres presentan síntomas, responden al tratamiento y evolucionan tras una cirugía cardíaca en comparación con los hombres. Las mujeres suelen someterse a cirugía en etapas más avanzadas, con mayor carga de comorbilidades y con anatomía desfavorable, lo cual incrementa su riesgo quirúrgico y postoperatorio. Estudios recientes han documentado que la mortalidad postoperatoria es consistentemente más alta en mujeres, incluso después de ajustar



por edad y comorbilidades. Estos hallazgos sugieren la necesidad de una evaluación más específica del riesgo preoperatorio y de estrategias de manejo diferenciadas por sexo.

**Objetivos:** Identificar y describir los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad postoperatoria en mujeres sometidas a cirugía cardíaca. Asi como analizar la influencia de factores clínicos y demográficos como edad, tipo de cirugía, comorbilidades y complicaciones postoperatorias.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo lineal, basado en revisión de historias clínicas de 309 pacientes femeninas sometidas a cirugía cardíaca (valvulares, coronarias, congénitas o combinadas) de un total de 1312 pacientes. En el periodo de tiempo de enero de 2015 a diciembre de 2024 en un Hospital publico de Alta complejidad de la Provincia de Buenos Aires. Se tomaron en cuenta factores de Riesgo (HTA, diabetes, obesidad, dislipidemia), comorbilidades, complicaciones post operatorias y causas de mortalidad.

**Resultados:** La edad promedio de las pacientes que fallecieron fue de 64±13años. En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares, se observó una alta prevalencia de sedentarismo (20,58%), seguida de HTA (19,66%), dislipemia (17,38%) y diabetes (8,69%). También se encontró tabaquismo activo (5,64%) y antecedentes de exfumadoras (5,41%). La presencia de obesidad se registró en el 7,09% y el 3,58% presentaba sobrepeso. Desde el punto de vista funcional, las mujeres presentaron una FEVI conservada (16,46%), disfunción leve (2,06%), moderada (2,97%) o severa (0,69%). En relación con antecedentes cardiovasculares, el 8,46% tuvo un IAM previo. Respecto al tipo de cirugía realizada, CRM (41,9%), seguida de RVA (26,5%), procedimientos combinados (14,1%), RVMi (6,8%), DM (2,6%), resecciones de tumores cardíacos, (2,3%), cardiopatías congénitas (CIA/CIV) con un 3%. Adicionalmente, se identificaron otros tipos de intervenciones como procedimientos sobre la aorta ascendente tipo Bentall (0,9%), RVP (0,3%), y extracción de cables de marcapasos (0,3%). Un pequeño grupo de pacientes (1,3%) "otras". En cuanto a las cirugías asociadas al fallecimiento, se destacaron el RVAO (24,3%), la CRM (17,1%), y las cirugías combinadas (14,3%).

**Conclusión:** Se evidenció que los factores predisponentes más frecuentes en esta población fueron el sedentarismo, la HTA, la dislipemia y la diabetes, lo que coincide con los factores de riesgo cardiovasculares más relevantes descritos en estudios internacionales. En términos quirúrgicos, la CRM y el RVAO fueron los procedimientos más frecuentes, así como los más asociados a mortalidad. Debido a esto, cabe recalcar la importancia de implementar estrategias de prevención primaria y secundaria más efectivas dirigidas a mujeres, considerando sus particularidades clínicas y biológicas, así como optimizar la selección y el momento oportuno de la cirugía.

## 0664 - FICCION EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION PULMONAR:¿EXISTE EL REMODELADO REVERSO?

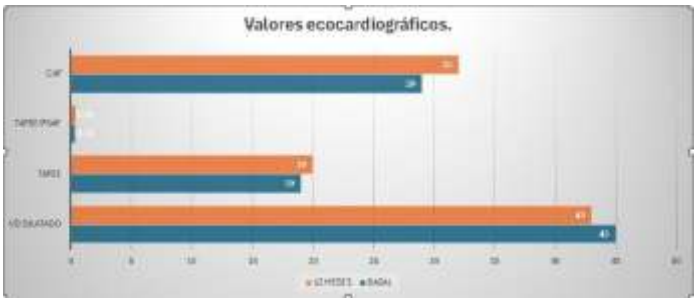
Enfermedad Vascular Pulmonar / Cardiología Clínica

Paul VARGAS MIELES[1] | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[1] | Tomas VANEGAS[1] | Nicolas CARUSO[2] | Guillermina SORASIO[2] | Julieta SORICETTI[2] | Nicolas SILVA CROOME[1] | Adrian LESCANO[1]

*Sanatorio Trinidad de Quilmes[1]; Centro Gallego De Buenos Aires[2]*

**Introducción:** La Hipertensión Pulmonar (HP) es una enfermedad poco prevalente, heterogénea y con elevada morbimortalidad. La información epidemiológica en Latinoamérica es limitada y no se encuentra representada en la bibliografía que sustenta las guías de práctica clínica actuales. Existen pocos estudios que evalúen el remodelado inverso de las cavidades derechas por ecocardiografía: ventrículo derecho (VD); aurícula derecha (AD); acoplamiento ventrículo/arterial, cambio de área fraccional, etc. en los pacientes con HP tratados mediante doble o triple terapia acompañado de los cambios hemodinámicos por cateterismo derecho durante un seguimiento en el tiempo.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo es valorar mediante ecocardiografía y cateterismo derecho los cambios estructurales y hemodinámicas que producen en los pacientes con HP sometidos a un año de tratamiento.




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 marzo de 2025. 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 intercuartílo (RI) según distribución. Se utiliza prueba T de student para analizar las distintas variables al tiempo de 12 meses

| VARIABLES ECOCARDIOGRAFICAS ANALIZADAS BASAL Y A LOS 12 MESES | | | |
|---|---|---|---|
| | BASAL | 12 MESES | p |
| VD dilatado | 45,5 ± 6,3 | 43,0 ± 12,8 | 0,0163 |
| TAPSE | 19,6 ± 4,4 | 20,9 ± 4,9 | 0,0016 |
| TAPSE/PSAP | 0,33 ± 0,13 | 0,39 ± 0,17 | 0,0049 |
| CAF | 29 ± 7,2 | 32 ± 8,2 | 0,0003 |

| VARIABLES HEMODINAMICAS | BASAL Y A LOS 12MESES. | | |
|---|---|---|---|
| | BASAL | 12 MESES | p |
| RVP | 6,8 ± 4,2 | 4,7± 3,1 | 0,0000 |
| PPM | 41,2 ± 14,2 | 34,7 ± 14,2 | 0,0000 |
| IC | 2,8±0,8 | 4,1±9,9 | 0,2 |
| PAD | 9,5 ± 5,4 | 8,4 ± 4,8 | 0,07 |
| IVS | 36 ± 11 | 40± 13 | 0,05 |

**Resultados:** Se incluyeron 451 p con una edad media de 62 años ± 17 y sexo femenino de 66.44%. En cuanto a los grupos se observó: grupo I: 55.73%, grupo II: 11.01%, grupo III: 26.52%, grupo IV 4.72% y grupo V: 2.02%. 48% presentó clase funcional avanzada (III/IV). 54.39% mostró insuficiencia cardíaca, 12.11% síncope y 10.48% ángor. En el TC6m solo el 25% recorrió una distancia mayor a 440 metros. En el CCD 11.11% presentó índice cardíaco (IC) menor de 2 l/min*m2 y 20.67% IC entre 2 y 2.5 l/min*m2. 86.89% tuvo resistencia vascular pulmonar >5 UW. 71.01%. En ecocardiografía mostró dilatación del ventrículo derecho y 62.14%, deterioro de la función sistólica. La mediana de NT-proBNP fue 1384.64 pg/ml. 17.33% tuvieron un valor mayor de 1100 pg/ml. 53.67% se clasificaron como de riesgo intermedio y 18.26 %, con alto riesgo. 64% recibió terapia combinada y 22% triple terapia. En cuanto los parámetros ecocardiográficos relacionados sobre el tamaño y la función de las cámaras derechas se observaron: menor diámetro diastólico del VD en un 2.4%. (p: 0.01); mejoría del TASPE en un 3.2% (p=0.0016); mejor acoplamiento ventrículo arterial (TAPSE/PSAP) en un 2.9% (p: 0.0049) y aumento del cambio de área fraccional (CAF) en un 3.7% (p:0.003). Sobre los parámetros hemodinámicos se observó: disminución de la resistencia vascular pulmonar (RVP) en un 5.2% (p: 0.0000); y disminución de la presión pulmonar media en un 5.1% (p:0.0000). En cuanto al índice Cardiaco (IC), el índice volumen sistólico y presión de la aurícula derecha no hay una p significativa (p: 0.09; p: 0.05; p:0.07 respectivamente)

**Conclusión:** Los pacientes con HP tratados en nuestro medio presentan remodelado inverso en cuanto la estructura de las cámaras derechas (diámetro diastólico del VD y CAF) como (TAPSE, TAPSE/PSAP) por ecocardiografía y disminución de RVP Y PPM en cuanto la hemodinamia a 12 meses de tratamiento.

## 0665 - HIPERTENSIÓN PULMONAR Y EMBARAZO. EXPERIENCIA EN ARGENTINA (ARGEN-HP)

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolas SILVA CROOME | Pablo COSTAS MARTIGNAGO | Luis LEMA | Martin BOSIO | Graciela SVETLIZA | Guillermina SORASIO | Nicolas DAMELIO | Mariana CORDOBA

*ARGENHP RESEARCH GROUP*

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HP) durante el embarazo representa una condición de alto riesgo, asociada a elevada morbimortalidad materna y fetal

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas de pacientes (p) con hipertensión pulmonar (HP) y embarazo (emb) en nuestra población.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, analítico y prospectivo que incluyó pacientes con HP y emb (diagnóstico de HP previo o durante el embarazo) del registro argentino de HP. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, ecocardiográficos (eco), hemodinámicos y terapéuticos. El riesgo se definió según las guías europeas 2022 previo al emb. Se analizaron las características del emb, del recién nacido y del tipo de parto. Se definió emb pretérmino como <37 semanas. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como medias o medianas con sus respectivos desvíos estándar o rangos intercuartílicos .

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes, con una edad media de 32 años (± 8.3). El 56.2% tenía diagnóstico previo de HP y el 43.18% fue diagnosticado durante el emb. Grupo I: 95.45%; Grupo IV: 4.55%. La Tabla 1 muestra las características basales y tratamientos durante el emb. El tiempo de gestación fue de 30 semanas (15-35); embarazo a término: 31.25%; pretérmino: 67.75%. Peso del recién nacido: 2780 g (± 623.9); el 25% pesó 2100 gramos. Tipo de parto: vaginal 24.3%, cesárea 75.68% (urgente 27%). Mortalidad fetal: 16.67%; mortalidad materna: 4%. Internación materna: 7.5 días (6-12). Parámetros ecocardiográficos: disfunción del VD en 58.8% (severa 14.7%, moderada 26.47%, leve 17.65%), TAPSE: 17.59 mm (±4.78), FAC: 37.62% (±16.07), TVR: 4.08 (3.44–4.6), derrame pericárdico en 25%. Variables hemodinámicas: Presión auricular derecha: 9 mmHg (5–15) Presión media de arteria pulmonar : 59 mmHg (52–65) Gasto cardíaco : 4.8 L/min (3.7–6.8) Índice cardíaco : 2.6 L/min/m² (2.28–3.5) Resistencia vascular pulmonar : 9.29 UW (6.4–12.88)

**Conclusión:** En nuestra población con HP y embarazo se observó un alto porcentaje de diagnóstico de novo de HP (43.18%), elevada mortalidad fetal (16.67%), embarazo pretérmino y uso de parto vaginal (24.3%). Asimismo, se detectó un perfil de compromiso vascular importante (PAPm y RVP) con preservación de la función del ventrículo derecho. Este análisis del registro ARGEN-HP destaca la necesidad de ampliar la información en esta subpoblación y resalta la elevada tasa de morbimortalidad asociada.

| Variable | Valor |
|---|---|
| Edad (años) | 60,35 ± 2,92 |
| Sexo femenino (%) | 49,37 |
| **Subgrupo (%)** | |
| I | 95,45 |
| IV | 4,55 |
| **Clase funcional (%)** | |
| I | 4,55 |
| II | 36,36 |
| III | 45,45 |
| IV | 13,64 |
| **Presentación clínica (%)** | |
| Insuficiencia cardíaca | 40,91 |
| Sincope | 40,91 |
| Angor | 9,09 |
| **Tratamiento inicial (%)** | |
| Monoterapia | 13,51 |
| Doble terapia | 27,03 |
| Triple terapia | 59,46 |

## 0668 - VALOR PRONÓSTICO DEL DESACOPLAMIENTO VD–AP EN LA AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

Jaqueline FREYRE HERNANDO | Ana SPACCAVENTO | Lucrecia BURGOS | Ivana SEIA | Alan SIGAL | Pablo ELISSAMBURU | Mirta DIEZ | Juan Pablo COSTABEL

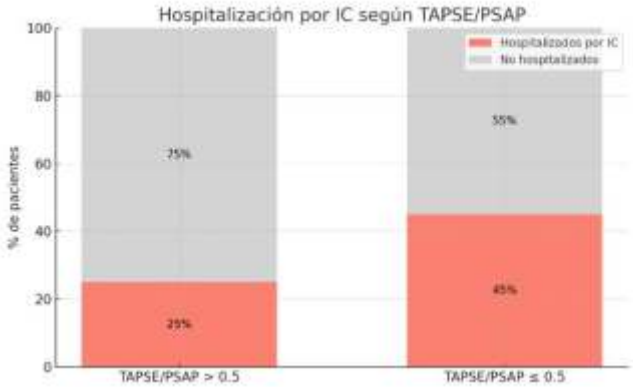
*ICBA*

**Introducción:** La afectación del ventrículo derecho (VD) es una manifestación frecuente en la amiloidosis cardíaca por transtiretina (CA-TTR), especialmente en etapas avanzadas, y puede tener implicancias pronósticas relevantes. La evaluación ecocardiográfica del VD, sin embargo, continúa siendo desafiante. En este contexto, la relación entre el desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo (TAPSE) y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), así como la relación entre la onda S por Doppler tisular (S-TDI) y la PSAP, han sido propuestas como marcadores del desacoplamiento VD–arteria pulmonar (VD–AP), lo que podría reflejar con mayor precisión la carga funcional del VD.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar el valor pronóstico de las relaciones TAPSE/PSAP y S-TDI/PSAP en pacientes con CA-TTR, y compararlas con otros predictores clínicos y ecocardiográficos tradicionales, en relación con el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC).

**Materiales y Métodos**: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico confirmado de CA-TTR bajo seguimiento ambulatorio en una clínica especializada en miocardiopatías. Se recolectaron datos clínicos, bioquímicos y ecocardiográficos al momento del

diagnóstico, y se documentaron eventos de hospitalización por IC durante el seguimiento. El desenlace primario fue la primera hospitalización por IC. Se emplearon modelos de regresión de Cox univariado y multivariado para identificar predictores independientes, y análisis de Kaplan-Meier para evaluar curvas de supervivencia libre de eventos. Los puntos de corte óptimos de las variables continuas se definieron mediante el índice de Youden.




**Resultados:** Se incluyeron 191 pacientes (edad media 80±7.9 años, 88.5% hombres), todos con fracción de eyección preservada o levemente reducida (mediana 53%, RIC 43–61%) y evidencia ecocardiográfica de disfunción del VD (TAPSE: 18 mm [RIC 15–20]; S-TDI: 9.5 cm/s [RIC 8–10]). La mediana de TAPSE/PSAP fue 0.43 (RIC 0.32–0.62) y la de S-TDI/PSAP, 0.23 (RIC 0.18–0.32). Durante un seguimiento mediano de 391 días (RIC 84–704), el 32% de los pacientes presentó al menos un episodio de hospitalización por IC. En el análisis univariado, una menor relación TAPSE/PSAP se asoció significativamente con mayor riesgo de hospitalización (HR 0.149; p=0.039), al igual que valores más bajos de TAPSE de forma aislada (HR 0.959; p=0.04) y mayor edad (HR 1.066; p=0.01). La PSAP aislada no alcanzó significancia estadística (HR 1.014; p=0.10). El punto de corte óptimo para TAPSE/PSAP fue <= 0.5, con una sensibilidad del 78% y especificidad del 67% (AUC 0.60; IC 95% 0.50–0.71). En el análisis multivariado, la presencia de TAPSE/PSAP <= 0.5 se asoció de forma independiente con mayor riesgo de hospitalización por IC (HR 2.053; IC 95% 1.1–4.33). En contraste, la relación S-TDI/PSAP no mostró asociación significativa ni en los análisis univariado ni multivariado (p=0.843).

**Conclusión:** En pacientes con amiloidosis cardíaca por transtiretina, el desacoplamiento ventrículo derecho–arteria pulmonar, evaluado mediante la relación TAPSE/PSAP, se asocia con un mayor riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca. Este índice ecocardiográfico simple y accesible podría aportar valor pronóstico complementario en esta población, especialmente en estadios avanzados de la enfermedad. En cambio, la relación S-TDI/PSAP no demostró valor pronóstico en este análisis, lo que sugiere una utilidad inferior de este índice dependiente de Doppler tisular en este contexto.

## 0672 - RELACIÓN AURÍCULA DERECHA Y AURÍCULA IZQUIERDA POR ECOCARDIOGRAMA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar / Multimagen

Andrea Stefania VILLARREAL ZAMBRANO | Victoria CARRERA | Sofia Ileana MATTI | Paul VARGAS MIELES | Adrian LESCANO

*Centro Gallego De Buenos Aires*

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HP) representa una problemática de salud pública, con una prevalencia aproximada del 1% en la población global. El diagnóstico temprano y oportuno de esta patología resultan cruciales para optimizar el pronóstico, la evolución y, consecuentemente, la supervivencia de los pacientes; dada la elevada morbimortalidad asociada. La HP se desencadena por un incremento en la resistencia vascular pulmonar, que ocasiona un aumento de la presión en la aurícula derecha (AD), acompañado de remodelación y dilatación de ambas cavidades. La ecocardiografía permite su utilización rutinaria tanto para el diagnóstico, su seguimiento y la evaluación de la respuesta al tratamiento. Se propone investigar la relación entre el tamaño de la aurícula derecha y la aurícula izquierda en los diferentes grupos de HP, con el objetivo de determinar si este cociente podría establecerse como un parámetro adicional en el proceso de sospecha diagnóstica de esta patología.

**Objetivos:** Analizar la relación entre área de la aurícula derecha (AAD) y de la aurícula izquierda (AAI) mediante parámetros ecocardiográficos y su correlación con mediciones hemodinámicas en los distintos grupos de hipertensión pulmonar como probable parámetro de sospecha del desarrollo de la enfermedad

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo, en el cual se analizó la asociación de AAD/AAI en un grupo de 49 pacientes con diagnóstico de HP, evaluados de forma ambulatoria en nuestro centro de referencia en HP, estudiados mediante guía ecocardiográfica, en el periodo de 01 de enero de 2024 a 30 de abril del 2025.

**Resultados:** En nuestra cohorte de 49 pacientes con HP, se evidenció una media de edad de 67.4 años (mínima edad de 22 años y máxima de 89 años), de los cuales 34 fueron mujeres y 15 fueron hombres, con una relación 2.3:1. La muestra incluyó

23 pacientes del grupo 1 de HP, 6 del grupo 2, 19 del grupo 3, 1 del grupo 4 y ningún paciente del grupo 5. El área de la aurícula derecha presentó un valor mínimo de 13 mm2 y un máximo de 48 mm2. En los pacientes con HP del grupo 1 y 2 se evidenció una relación AD/AI >=1, con una media de resistencia vascular pulmonar (RVP) de 7.6UW y presión Wedge (PW) de 10.4mmHg para el grupo 1 y de 8.26UW y 11mmHg para el grupo 2. Mientras que en pacientes del grupo 3 se evidenció una la relación AD/AI <=0.9, con media de RVP de 5.7UW y PW de 11.6mmHg. El paciente del grupo 4 presentaba una relación AD/AI de 0.78 con RVP de 10UW y PW de 12mmHg.

**Conclusión:** El incremento del cociente AD/AI se evidenció de manera predilecta en pacientes con HP del grupo 1 y 2, ambos grupos presentan similares valores de PW, pero difieren en las mediciones de RVP. A partir de estos hallazgos, se puede inferir que existe una correlación entre lo observado en el ecocardiograma y el valor de PW. Esto podría corresponderse a que la remodelación estructural auricular se encuentra relacionada con el aumento de presión a nivel de arteria pulmonar que, a su vez, interviene en el remodelado del ventrículo derecho y su capacidad funcional. Sin embargo, no hemos podido establecer la misma relación entre el aumento de la relación AD/AI con el valor de RVP; lo que podría ser consecuencia de un sesgo en nuestro estudio debido a que el tiempo transcurrido entre la realización del ecocardiograma y el cateterismo derecho difiere en cada paciente y el tratamiento de cada uno de ellos podría encontrarse en diferentes fases. A pesar de esto, consideramos que los hallazgos adquiridos por un método accesible como el ecocardiograma transtorácico, nos proporcionan parámetros fidedignos para establecer una sospecha de HP y permitir el seguimiento en pacientes con diagnóstico confirmado.

## 0678 - "DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA EXTRACCIÓN DE CABLES DE MARCAPASOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES"

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Arritmias y Electrofisiología

Beymar FLORES OMONTE | Javier Andres DUVAL | Andrea CRUZ ROMERO | Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS | Ivan HORISBERGER | Tomás Edward LLANOS TIRADO | Gonzalo BELLEZA | Alejandro TRAININI

*Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón*

**Introducción:** La terapia con dispositivos cardíacos implantables, como los marcapasos (MCP), ha crecido significativamente en las últimas décadas, mejorando sustancialmente la sobrevida y calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, este aumento en los implantes conlleva una mayor necesidad de procedimientos de revisión y extracción de electrodos, ya sea por infección, disfunción del sistema, rotura de cables o recambio del dispositivo. Este estudio retrospectivo analiza la experiencia acumulada durante diez años en un centro de referencia.

**Objetivos:** Describir la experiencia de un único centro en la extracción de electrodos de MCP entre enero de 2015 y diciembre de 2024, analizando las indicaciones, técnicas empleadas y resultados obtenidos. Se evaluaron las tasas de éxito primario (extracción endovascular) y secundario (extracción mediante esternotomía).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de 56 pacientes sometidos a extracción de cables de marcapasos, con un total de 103 electrodos intervenidos. Las principales indicaciones fueron: infección del bolsillo del dispositivo (24 pacientes, 43%), decúbito del generador o de los cables (12 pacientes, 21%), endocarditis (10 pacientes, 18%), disfunción del sistema o recambio del dispositivo (7 pacientes, 13%) y exposición del generador (3 pacientes, 5%). El 22% de los pacientes fueron derivados de otras instituciones. La técnica inicial fue la extracción endovascular, mediante tracción simple o técnicas avanzadas con vainas (metálicas, plásticas o rotacionales).

**Resultados:** La edad media fue de 62 ± 13,8 años, con predominio masculino (37 pacientes, 66%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (60,3%), diabetes mellitus (22%) y disfunción ventricular izquierda severa (33,4%). De los 103 cables, el 97% fueron extraídos exitosamente por vía endovascular. El tiempo de permanencia de los catéteres fue significativamente menor en el grupo de tracción simple (21,1 meses) en comparación con el grupo tratado con técnicas complejas (116 meses), con diferencia estadísticamente significativa (p=0,00001). Tres pacientes requirieron esternotomía para completar la extracción de un cable residual. La tasa de éxito total, considerando ambos abordajes, fue del 100%.

**Conclusión:** La infección fue la principal indicación para la extracción de electrodos. La tracción simple demostró ser efectiva en cables con menor tiempo de implantación, mientras que las técnicas avanzadas y la esternotomía se reservaron para casos más complejos. La experiencia de este centro evidencia resultados exitosos y seguros en un hospital público de alta complejidad.

## 0679 - REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR EN PACIENTES INTERNADOS EN UCO. RESULTADOS FINALES.

Cardiología Clínica / Arritmias y Electrofisiología

Flavio Andres DELFINO[1] | Walter Ramon ALUSTIZA[2] | Lucrecia Maria BURGOS[1] | Maria Pia MARTURANO[2] | Fernando DI TOMMASO[3] | Joaquin PEREA[4] | Mauro Javier GARCIA AURELIO[1] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1]

*Áreas SAC: Área de Investigación[1]; Sanatorio Pasteur[2]; Hospital Rivadavia[3]; Sanatorio Güemes[4]*

**Introducción:** La Fibrilación y Aleteo Auricular (FA/AA) representan a la arritmia sostenida más frecuente a nivel mundial, se asocia a un incremento en el riesgo de eventos tromboembólicos, insuficiencia cardíaca y muerte. El Registro ARGEN-FA es un análisis multi-céntrico nacional que busca caracterizar clínicamente a los pacientes que se internan por FA/AA en Argentina.

**Objetivos:** 1- Evaluar las características clínicas de los pacientes internados por FA/AA o que la presenten como intercurrencia. 2- Analizar la estrategia de tratamiento, así como el uso y tipo de anticoagulantes en la internación y al alta. 3- Describir la evolución clínica hospitalaria.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes internados por FA/AA. Participaron 21 centros públicos y privados de 5 provincias y CABA entre junio/2023 y abril/2025. Se recabaron variables clínicas, de laboratorio, ecocardiográficas y terapéuticas. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Se incluyeron 350 pacientes. La edad media fue de 72 ± 13 años con predominio de hombres (60,5%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (75%), dislipemia (26%), Diabetes (22%) e insuficiencia cardiaca (19,7%). El 37,4% tenía antecedente de FA/AA previo. El 68% presentaba un CHA2DS2-VASc 3 y el 25% un HAS-BLED 3. Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron palpitaciones (41,1%), disnea (39,4%) y angina (12,2%); el 13,5% ingreso con descompensación hemodinámica. En cuanto al tiempo de evolución el 39% fue de tiempo incierto, el 33% paroxística, el 22,6% permanente y 5,4% persistente. En el 20,2% se interpretó que la FA/AA fue de causa secundaria y la mayoría (89%) tenían origen no valvular. El 60,5% presentó función sistólica preservada (FEVI>55%). La dilatación de aurícula izquierda estuvo presente en el 82% de los casos (la mitad de grado moderado/severo). La estrategia terapéutica durante la internación fue en el 58,5% control de frecuencia cardíaca y de los pacientes a quienes se les realizo control de ritmo al 31,5% se les realizo cardioversión eléctrica (75% con éxito). En la etapa hospitalaria se anticoaguló al 72,3%. Durante la internación el 19,4% presento insuficiencia cardíaca aguda, 1,7% hemorragia, 1,7% ACV y la mortalidad fue del 4,9%. Al alta el 48% se encontraba en ritmo sinusal (82,4% en el grupo control de ritmo) y la anticoagulación se indicó en el 84,4% de los casos (mayoritariamente del tipo directo).

**Conclusión:** El registro refleja una población añosa con elevada carga de comorbilidades y heterogeneidad en la presentación clínica y manejo terapéutico de pacientes internados con FA/AA en la Argentina. La alta proporción de pacientes con FA/AA de tiempo incierto y de causa secundaria sugiere limitaciones diagnósticas siendo un desafío en la práctica clínica. A pesar del riesgo tromboembólico elevado de esta población, la sexta parte de los pacientes no fue anticoagulado al alta, en muchos casos por decisiones clínicas no respaldadas por guías. Estos hallazgos destacan la necesidad de estrategias para mejorar la implementación de recomendaciones internacionales y optimizar la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con FA en el ámbito nacional.

## 0680 - CIRUGIA DE CONO EN PEDIATRIA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Gustavo Gaston SIVORI | Gustavo Gaston SIVORI

*Hospital Garrahan*

**Introducción:** Durante 1990-2024 se operaron 63 pacientes Mediana de edad : 11.3 años (rango: 13 dias -18.6 años )

**Objetivos:** Tecnicas quirurgicas Carpentier y Danielson: 24 p (38%) Reconstruccion de cono: 29p (46%) Reemplazo tricuspideo con valvula biologica: 5p (8%) 5p via univentricular 7p requirieron intervenciones adicionales : 4p glenn, 3p Cox-maze 9p reoperaciones insuficiencia severa de la VT: 6p Danielson previos , 2p reemplazo tricuspideo y 1p cono

**Materiales y Métodos:** Resultados Mortalidad: 11.5% (3 p) Media de 10.1 años despues de la cirugia (rango:5.7-10.12) Arritmias (p = 0.05) Disfuncion del VD (p = 0.008), disfuncion del VI (p = 0.0001) Reoperacion (p = 0.03) 0% mortalidad en reconstruccion de cono

**Resultados:** Seguimiento Mediana 6.5 años (rango: 1- 29.1 años ) 91.6% clase funcional I/II 79.2% ritmo sinusal

**Conclusión:** Conclusion La reconstruccion de cono resultó ser una tecnica eficaz, con baja mortalidad, menor necesidad de reintervenciones y duradera a mediana y largo plazo

## 0681 - RELACIÓN ENTRE LA PROLONGACIÓN DEL PERÍODO EYECTIVO Y LA GRAVEDAD DE LA ESTENOSIS AÓRTICA.

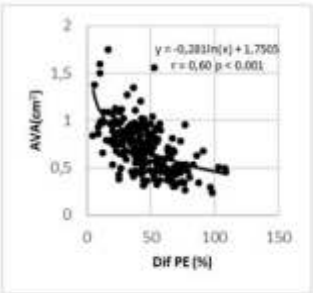
Valvulopatías / Multimagen

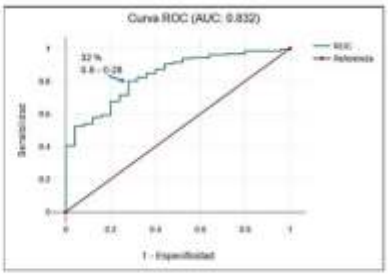
Ricardo Alberto MIGLIORE | María Elena ADANIYA | Miguel Angel BARRANCO | Silvia Consuelo GONZALEZ | Fabi LARIOS | Mariana BENTKOWSKI | Jeremías Daniel DORSCH | Carlos Anibal GIUDICI COSTA

*Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin*

**Introducción:** En la estenosis aórtica (EAo) el período eyectivo (Pey) del ventrículo izquierdo se va prolongando a medida que progresa la enfermedad como mecanismo compensador para mantener la eyección del volumen sistólico (VS) constante. La prolongación del Pey depende del VS, la frecuencia cardíaca y la poscarga representada por la carga vascular y valvular (EAo). Teóricamente a mayor disminución del área valvular aórtica (AVA) le corresponde mayor duración del Pey. Poder discernir en cuanto la prolongación del Pey se debe a la EAo podría ser de utilidad en aquellos pacientes en los cuales el estudio de eco-Doppler es técnicamente dificultoso y no es posible obtener satisfactoriamente el gradiente transvalvular aórtico, lo que permitiría definir si la EAo es significativa o no.

**Objetivos:** Evaluar la relación entra la prolongación del período Pey y la gravedad de la EAo.




**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 234 pacientes (p), edad promedio 67 ± 16 años, portadores de EAo leve a moderada (AVA > = 1 cm2) 25 p y EAo grave (AVA < 1 cm2) 209 p con eco Doppler cardíaco. El cálculo del AVA y VS se realizó según las recomendaciones de la ASE. El Pey se midió desde el comienzo al fin de la curva de flujo en el tracto de salida del ventrículo izquierdo en la vista de cinco cámaras con Doppler pulsado. Para estimar el Pey predicho (Peypre) que le corresponde a cada paciente de acuerdo con su VS se utilizó la fórmula de Harley (J Clin Invest 1969;48:895-905): Peypre = 0.002 x VS + 0.106) La diferencia entre el Pey medido (Peym) y el Peypre que reflejaría el grado de EAo se expresó de dos formas: como diferencia de valores absolutos (Pey m-pre) y como porcentaje de la diferencia (Dif m-pre %). Para el análisis estadístico se utilizó correlación y regresión, prueba de t y la curva ROC considerando un nivel de significación de p < 0.05.

**Resultados:** El Peym fue de 330 ± 40 mseg y el Peypre de 230 ± 40 mseg. Se obtuvo una correlación logarítmica significativa (r = 0.60 p<0.001) entre el AVA y la Dif m-pre % (ver gráfico). Una Dif m-pre % de 32 % tuvo una sensibilidad de

80 % y especificidad de 72 % para predecir un AVA < 1cm2 (ver curva ROC). La correlación entre AVA y Pey m-pre fue menor aunque significativa (r = 0.40 p<0.001). En 85 p que presentaban un Pey menor de 320 mseg (límite superior normal) el valor de 32 % para Dif m-pre tuvo sensibilidad de 77 % y especificidad de 66 % para predecir un AVA < 1cm2.

**Conclusión:** La prolongación del Pey evaluada como porcentaje (Dif m-pre %) permite estimar la gravedad de la EAo con mediciones simples como el Pey y el VS siendo útil especialmente en los pacientes en los cuales no se puede registrar los gradientes transvalvulares adecuadamente.

## 0682 - UNA MIRADA HEMODINÁMICA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR. ¿DIFERENCIAS O SIMILITUDES ENTRE LOS SUBGRUPOS?

Enfermedad Vascular Pulmonar

Maria Paula FAREZ | Marina SIBOLDI | Pilar MOLINA BRANCA | Joel Ernesto FUGEL | Nicolas SILVA CROOME | Nicolas CARUSO | Julieta SORICETTI | Adrián José LESCANO

*Fundación Favaloro*

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad poco prevalente, multifactorial y con alta morbimortalidad. Su abordaje requiere un enfoque multidisciplinario y su diagnóstico es hemodinámico. La valoración hemodinámica de la circulación pulmonar mediante cateterismo cardíaco derecho (CCD) representa la técnica diagnostica confirmatoria y una herramienta pronóstica. Asimismo, disponemos de escasa informacion sobre los diferentes perfiles hemodinámicos.

**Objetivos:** Describir las variables hemodinámicas de la circulación pulmonar en nuestra población con HP y las diferencias entre los distintos subgrupos.

**Materiales y Métodos:** Registro prospectivo, descriptivo y multicéntrico de pacientes con HP confirmada por CCD con un valor de presion arterial pulmonar media (PAPm) > 20 mmHg y resistencia vascular pulmonar (RVP) > 2 Unidades Wood entre enero de 2011 y octubre de 2024. Se recolectaron los datos clínicos, funcionales, ecocardiográficos, hemodinámicos y terapéuticos según las recomendaciones. Los pacientes fueron clasificados en 5 grupos de acuerdo con las recomendaciones de las guías de HP ESC/ERS 2022. Hemos comparado las variables hemodinámicas entre los 5 grupos para establecer diferencias y similitudes.

**Resultados:** Se incluyeron 451 pacientes, la mediana de edad global fue de 62,3 años (RIC 50–75), con mayor, sexo femenino (66,4%), con prevalencia de CF III de la NYHA en los grupos 3 y 5 (observar tabla 1). Al analizar las variables hemodinámicas entre los diferentes subgrupos se observa al grupo 2, valores mas elevados de presión en aurícula derecha (PAD) (12 mm Hg, RIC 9–15),(p = 0,0001). El grupo 4 con PAPm y RVP más elevadas (45 mm Hg, RIC 30,5–51; 7.4 UW), seguido por el grupo 1 (41 mm Hg, RIC 29–53, RVP 6.2 UW) (p = 0,0002 y 0.0001 respectivamente). Los grupos 1 y 4 tuvieron menor compliance vascular (1,79 y 1,47 mL/mmHg respectivamente),(p = 0,0001). No se observaron diferencias significativas en el índice cardíaco (IndC) entre los grupos (mediana global ~2,7 L/min/m², p = 0,9266). Tabla 2.

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con HP, se evidenció una marcada diferencia hemodinámica entre los distintos subgrupos diagnósticos, donde el Grupo I y IV presenta mayores evidencias de compromiso vascular pulmonar (PPM y RVP), sin diferencia en el índice cardiaco. Asimismo, se observa mayor congestion venosa (PAD) en los pacientes con HP Grupo II.

## 0683 - TIEMPO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA ENTRE TURNOS QUIRÚRGICOS EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Matias BERTOZZI | Gimena CARDOSO | Agustin VITALE | Ramiro BRAGAGNOLO | Javier DORADO | Matias ACCOCE

*Sanatorio Anchorena San Martin*

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva es un procedimiento necesario para las intervenciones quirúrgicas cardíacas centrales. Sin embargo, el tiempo de soporte ventilatorio luego de la intervención varía según la gravedad clínica, los resultados del procedimiento y otras variables. En este sentido, un mayor tiempo de ventilación mecánica se asocia a peores resultados clínicos.

**Objetivos:** Describir las diferencias en el tiempo de ventilación mecánica entre dos turnos quirúrgicos.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, observacional y retrospectivo en una institución privada de la provincia de Buenos Aires. Se incluyeron variables clínicas y quirúrgicas, y se registraron las complicaciones ocurridas durante la estadía en la unidad coronaria. El turno quirúrgico de la mañana (TM) se definió como aquel en el que los pacientes ingresaron a cirugía entre las 8:00 y las 14:00 horas, mientras que el turno tarde (TT) comprendió las cirugías realizadas entre las 14:00 y las 20:00 horas. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIQ), y las variables categóricas como número y porcentaje (n [%]). El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS versión 24.1.

**Resultados:** Se incluyeron 138 sujetos entre julio de 2022 y diciembre de 2024. De ellos, 101 (74,8%) eran hombres, con una mediana de edad de 64 años (RIQ 55–71) y un índice de masa corporal de 27,7 (RIQ 25–32) puntos. El 48,9% de las cirugías fueron de urgencia y el 41,8% correspondieron a cirugías de revascularización miocárdica (CRM), seguidas por el 31,3% de cirugías valvulares y el 17,2% (n = 23) combinadas. La mediana de horas de ventilación mecánica invasiva posquirúrgica en las cirugías de CRM fue de 4 horas (RIQ 2,7–60) en el TM y 12 horas (RIQ 1–15) en el TT. Para las cirugías valvulares, la mediana fue de 4,3 horas (RIQ 2,7–10) en el TM y 14 horas (RIQ 2–19) en el TT. Por último, las cirugías combinadas presentaron una mediana de 6 horas (RIQ 4–24) en el TM y 14 horas (RIQ 13–17) en el TT. Ninguna de estas comparaciones presentó diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 1. Características de los pacientes POP**

| Variables | Todos n= 134 | Turno Mañana n= 48 | Turno Tarde n= 86 | Valor de p |
|---|---|---|---|---|
| Sexo Masculino | 101 (74.8) | 39 (81.3) | 62 (72.1) | 0.113 |
| Edad, años | 64 (55 - 71) | 63 (55 - 60) | 63 (55 - 80) | 0.276 |
| Antecedentes | | | | |
| Hipertension Arterial | 86 (63.7) | 36 (75) | 50 (57.5) | 0.061 |
| Dislipidemia | 72 (53.3) | 26 (54.2) | 46 (52.9) | 0.99 |
| Ex tabaquista | 36 (26.7) | 15 (31.3) | 21 (24.1) | 0.419 |
| Diabetes | 40 (29.6) | 17 (35.4) | 23 (26.4) | 0.326 |
| Tabaquista | 36 (26.7) | 13 (27.1) | 23 (26.4) | 0.99 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 4 (3) | 2 (4.2) | 2 (2.3) | 0.616 |
| Enfermedad vascular periferica | 3 (2.2) | 2 (4.2) | 1 (1.1) | 0.288 |
| Índice de masa corporal, puntaje | 27.7 (25 - 32) | 27.8 (26 -32) | 27.6 (25 -31) | 0.371 |
| Función ventricular | | | | 0.786 |
| Normal | 95 (70.4) | 31 (64.7) | 64 (74.4) | |
| Leve | 8 (6.7) | 4 (8.3) | 5 (5.8) | |
| Moderada | 20 (14.8) | 8 (16.7) | 12 (14) | |
| Severa | 11 (8.1) | 6 (12.5) | 5 (5.8) | |
| Cirugía Cardiaca / CRM previo | | | | 0.178 |
| Cirugía cardiaca | 24 (17.7) | 9 (18.8) | 13 (15.1) | |
| Cirugía de revascularizacion miocardica | 1 (0.7) | 0 (0) | 1 (0.7) | |
| Fibrilación Auricular/ Insuficiencia Renal previa | | | | 0.916 |
| Fibrilación Auricular | 9 (6.7) | 4 (8.3) | 7 (8.1) | |
| Insuficiencia Renal | 6 (4.4) | 2 (4.2) | 4 (4.7) | |
| Enfermedad Cerebro Vascular/ Enfermedad | | | | 0.116 |
| Enfermedad cerebro vascular | 11 (8.1) | 1 (2.1) | 10 (11.6) | |
| Enfermedad infecciosa | 7 (5.2) | 4 (8.3) | 3 (3.5) | |
| Valvulopatia previa | 55 (40.7) | 23 (48) | 33 (38) | 0.044 |

Referencias. Todas las variables se expresan como mediana y Rango Intercuartílico o n y % según corresponden.

**Table 2 POP. Características según tipo de cirugía**

| Variables | Todos n= 134 | Turno Mañana n= 48 | Turno Tarde n= 86 | Valor de p |
|---|---|---|---|---|
| Prioridad quirúrgica | | | | <0.001 |
| Programada | 61 (45.9) | 25 (52) | 36 (41.8) | |
| Urgencia | 66 (48.9) | 20 (41.7) | 46 (53.5) | |
| Emergencia | 7 (5.2) | 3 (6.3) | 4 (4.7) | |
| Tipo de cirugía | | | | 0.021 |
| Revascularización miocárdica | 56 (41.8) | 22 (45.8) | 34 (40) | |
| Valvular | 42 (31.3) | 14 (29.2) | 28 (32.9) | |
| Combinada | 23 (17.2) | 11 (22.9) | 12 (14.1) | |
| Otro | 13 (9.7) | 1 (2.1) | 11 (12.9) | |
| Utilización de circulación extracorporea | 72 (53.3) | 23 (47.9) | 48 (55.8) | 0.138 |
| Tiempo de circulación extracorporea, min | 118 (92 - 147) | 128 (100 - 156) | 113 (89 - 147) | 0.120 |
| Scores | | | | |
| Argenscore, puntaje | 26 (18 - 33) | 26 (21 - 34) | 26 (17 -34) | 0.391 |
| Euroscore, puntaje | 2.4 (1.5 - 5.3) | 2.5 (1.5 - 4.7) | 2.4 (1.5 - 5.5) | 0.928 |
| Sofa Inicial, puntaje | 1 (0 - 2) | 1 (0 - 2) | 1 (0 - 3) | 0.535 |
| Tiempo ARM en cirugía, hs | | | | |
| Cirugía de revascularización miocárdica | 4 (4 - 5) | 4 (4 - 5.3) | 4 (4 - 5) | 0.801 |
| Valvulares | 4 (4 - 5) | 4 (4 - 5.3) | 4 (4 - 4.7) | 0.204 |
| Combinada | 5 (4 - 6.2) | 5 (4.5 - 7) | 5 (4 - 6) | 0.880 |
| Otras | 6 (4 - 7) | SR | 6 (4 - 7) | NC |
| Tiempo ARM Pop según qx, hs | | | | |
| Cirugía de revascularización miocárdica | 9.7 (2 - 16.7) | 4 (2.7 - 60) | 12 (1 - 15) | 0.602 |
| Valvulares | 10.3 (2 - 16.5) | 4.3 (2.7 - 10) | 14 (2 - 19) | 0.207 |
| Combinada | 14 (5.7 - 18) | 6 (4 - 24) | 14 (13 - 17) | 0.606 |
| Otras | 14 (3 - 99) | SR | 14 (3 - 99) | NC |
| Tiempo ARM total, hs | 17 (7 - 24) | 9.5 (7.3 - 24.8) | 18 (7 - 20.5) | 0.206 |
| Estadía en UCO desde cirugía, días | 6 (5 - 11) | 6 (5 - 11) | 6 (5 - 11) | 0.361 |
| Estadía en UCO, días | 10 (6 - 18) | 10 (7 - 19) | 10.5 (6 - 18) | 0.254 |
| Condición al alta | | | | 0.924 |
| Vivo | 118 (88.1) | 42 (87.5) | 76 (88.4) | |
| Muerto | 16 (11.9) | 6 (12.5) | 10 (11.6) | |

Referencias. Todas las variables se expresan como mediana y Rango Intercuartílico o n y % según corresponden; UCO (Unidad coronaria); ARM (Asistencia respiratoria mecánica). Hs (horas). SR (Sin registro); NC (No corresponde).

**Conclusión:** Si bien las diferencias no alcanzaron significancia estadística, la mayor duración de la ventilación mecánica en el turno tarde sugieren posibles patrones que ameritan una evaluación más profunda en investigaciones con mayor tamaño muestrál, con mas centros participantes y con control de factores de confusión.

## 0685 - CARDIOGERIATRÍA EN PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS. ANATOMÍA DE LA COMPLEJIDAD

Cardio Geriatría / Cardiología Clínica

Patricia BLANCO | Guillermo Alberto SUAREZ | Maria Soledad PALACIO | Laura FLOR | Florencia SOBRINO | Maria Sol DONATO | Mariana RADRIZZANI | Silvina Mariel ALONSO

*Consejos: Cardiogeriatría*

**Introducción:** La multimorbilidad, la polifarmacia y la fragilidad son más prevalentes con el envejecimiento, pero los datos cuantitativos en octogenarios y nonagenarios son escasos. Caracterizar este grupo es esencial para diseñar intervenciones individualizadas en la consulta cardiológica.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de multimorbilidad, polifarmacia, fragilidad, factores de riesgo cardiovascular (FRC) y antecedentes cardiológicos en pacientes >= 80 años, e identificar los predictores independientes de fragilidad en todo el grupo y en el subgrupo >= 90 años.

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal en el cual se incluyeron 574 pacientes (p.) ambulatorios >= 60 años. Se seleccionaron 228 p.>= 80 años (mediana 84 años, RIC 82–87) y 46 p. >= 90 años (mediana 92 años, RIC 91–94).

Multimorbilidad se definió como >= 2 enfermedades crónicas; polifarmacia >= 5 fármacos; hiperpolifarmacia >= 10 fármacos; fragilidad a FRAIL >= 2. Se usaron modelos de regresión logística multivariable con fragilidad como variable dependiente.

**Resultados:** En el grupo de pacientes >= 80 años, el 88% presentó multimorbilidad, el 68% polifarmacia y un 11% hiperpolifarmacia. La pre-fragilidad y la fragilidad se observaron en el 42 % y 22 % del total de p., respectivamente. La mediana de FRC fue 3 (RIC 2–4); la prevalencia de hipertensión y dislipidemia fue de 83 % y 70 %, respectivamente. El 38 % presentó al menos un antecedente cardiológico. En el análisis de regresión logística, la fragilidad se asoció de forma independiente con la edad (OR 1,08; IC 95 % 1,04–1,11), el número de comorbilidades (OR 1,21; 1,12–1,36), la polifarmacia (OR 2,11; 1,18–3,77), los FRC (OR 1,28; 1,08–1,52) y los antecedentes cardiológicos (OR 3,05; 1,67–5,55). En el subgrupo de p. >= 90 años, la multimorbilidad aumentó al 94 %, la polifarmacia disminuyó al 63 % al igual que la hiperpolifarmacia al 9 %. La pre-fragilidad se mantuvo en el 33 % y la fragilidad alcanzó el 28 %. El 46 % de los p. tenían antecedentes cardiológicos. Los predictores independientes de este subgrupo de pacientes fueron la fragilidad. la polifarmacia (OR 2,44; IC 95 % 1,04–5,72), las comorbilidades (OR 1,18; 1,01–1,38) y los antecedentes cardiológicos (OR 2,91; 1,09–7,76). A su vez, los FRC dejaron de ser significativos.

**Conclusión:** En pacientes ambulatorios >= 80 años, la fragilidad se explica por la interacción de edad, multimorbilidad, polifarmacia, FRC y antecedentes cardiológicos. En nonagenarios, la polifarmacia y la historia de enfermedad cardiovascular prevalecen como potenciadores de la fragilidad, mientras que la carga de FRC deja de ser determinante. Estos hallazgos respaldan necesidad de la incorporación sistemática del cribado de fragilidad en la práctica cardiológica ambulatoria.

## 0687 - PUESTA A PRUEBA DEL PODER DE PREDICCIÓN DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y ENFERMEDAD CORONARIA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL, EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Jarol CHOQUE | Jarol CHOQUE

*Centro Cardiovascular De Alta Complejidad Juan De D. Peron Polo Sanitario*

**Introducción:** La incorporación de la inteligencia artificial (IA) al ámbito de la salud está en continuo progreso. Existen estudios que muestran buena concordancia entre aplicaciones de lectura de imágenes por IA y estudios complementarios convencionales.

| Enfermedad coronaria por CCG e IA | Concordancia positiva (%) | Concordancia negativa ( %) | Discordancia (%) | Valor P: | Test Kappa-cohen |
|---|---|---|---|---|---|
| Coronarias sin lesiones | 0 | 99.2 | 0.8 | - | 0.0001 |
| Enfermedad severa de 1 vaso | 0.8 | 74.3 | 24.3 | 0.016 | 0.044 |
| Enfermedad severa de 2 vasos | 21.8 | 55.2 | 23 | 0.001 | 0.483 |
| Enfermedad severa de 3 o mas vasos | 39.1 | 33.3 | 27.6 | 0.001 | 0.48 |

**Objetivos:** Conocer la concordancia entre la IA y los métodos convencionales como el ecocardiograma Doppler y la cinecoronariografia en pacientes con diagnóstico de IAMCEST con respecto a la fracción de eyección y la enfermedad coronaria.

| Fey por eco e IA | Concordancia positiva (%) | Concordancia negativa (%) | Discordancia (%) | Valor P: | Test Kappa-Cohen |
|---|---|---|---|---|---|
| Fey preservada (mayor o igual a 50 %) | 2.5 | 70.4 | 27.1 | 0.01 | 0.10 |
| Fey ligeramente reducida ( entre 40-49 %) | 24.6 | 38.4 | 37 | 0.001 | 0.247 |
| Reducida (menor a 40 %) | 25 | 42.6 | 32.4 | 0.001 | 0.38 |

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal, comparativo y unicéntrico. Realizado en el periodo comprendido enero 2021 al mes de diciembre 2024. Sobre un total de 412 pacientes con IAMCEST en dicho periodo, se incluyeron de manera consecutiva 383, dado que contaban con los estudios complementarios requeridos. Para el mismo se presentaron a Chat Gpt casos clínicos detallados con datos personales, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares, descripciones de la forma de presentación del evento y del electrocardiograma. Para establecer concordancia entre estudios complementarios y la IA, se utilizó el coeficiente de Kappa de Koen. Se definió ínfima, escasa, moderada, buena y muy buena concordancia según los valores obtenidos: 0-0.20; 0.21-0.40; 0.41-0.60, 0.61- 0.80 y 0.81-0.10 respectivamente. Para el análisis estadístico se utilizó el Sofware SPSS 23.

**Resultados:** Sobre un total de 383 pacientes con IAMCEST , fueron predominantemente del sexo masculino 78,9 % y con una mediana de edad 63 ( 48-78 ) años. Se trató de IAMCEST anterior 45.3 % , anterolateral 6.4 %, anterior extenso 8.7% , inferior 32.1% , inferolateral 5,2 % e inferoposterior 2.3 %. Se pudo establecer que si bien hubo asociación significativa entre el estudio de ecocardiograma Doppler con respecto a la FEY y el predicho por la IA, el nivel de concordancia fue ínfima a moderada. Tabla 1 Con respecto a la anatomía coronaria el nivel de asociación entre el cateterismo y la predicción de la IA fue significativo, la concordancia también fue también ínfima a moderada Tabla 2.

**Conclusión:** Se observa que Chat Gpt tiene ínfima a moderada concordancia al evaluar predicción de FEY y resultado de cinecoronariografía en pacientes con diagnóstico de IAMCEST.

## 0688 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR RIESGO INTERMEDIO-ALTO: MANEJO INVASIVO GUIADO POR ELEMENTOS NO INVASIVOS EN UNIDAD CORONARIA.

Enfermedad Vascular Pulmonar

Francisco GAC PASTEN | Gabriel VALLE | Cesar DEL CASTILLO GORDILLO

*Hospital DIPRECA*

**Introducción:** El TEP de riesgo intermedio-alto agrupa a pacientes normotensos, pero con disfunción del ventrículo derecho y biomarcadores elevados. Estos pacientes tienen una mortalidad significativamente mayor que aquellos con TEP de bajo riesgo y podrían beneficiarse de tratamientos de reperfusión, como trombólisis dirigida o embolectomía. No obstante, estas estrategias conllevan riesgos hemorrágicos, especialmente en ausencia de signos de inestabilidad. Las guías actuales limitan su indicación a situaciones de deterioro clínico. Ante esta brecha terapéutica, se diseñó un protocolo basado en herramientas no invasivas para seleccionar candidatos a tratamiento intervencionista.

**Objetivos:** Evaluar resultados de pacientes seleccionados aplicando el protocolo para guiar manejo intervencional en TEP riesgo intermedio-alto.

**Materiales y Métodos**: Estudio observacional prospectivo en pacientes adultos con TEP de riesgo intermedio-alto ingresados en la unidad coronaria. Los criterios de inclusión incluyeron parámetros clínicos (PAS <100 mmHg, FC >110 lpm, FR >25 o SatO2 <90%), ecocardiográficos (TAPSE <14 mm, relación VD/VI >1) y hallazgos en angio-TC. Se aplicó un algoritmo de decisión (ver Figura 1 del póster), donde la ausencia de mejoría o el deterioro indicaron la realización de trombólisis dirigida por catéter con ultrasonido. Se evaluaron cambios en TAPSE, tamaño del VD y carga trombótica a 24 y 48–96 horas, respectivamente. Se registraron eventos adversos durante la hospitalización y seguimiento a 30 días.

**Resultados:** Se incluyeron 9 pacientes con diagnóstico confirmado de tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio-alto. Los criterios ecocardiográficos para indicar intervención fueron: - TAPSE reducido (<14 mm) en 6 pacientes (66,7%). - Relación ventrículo derecho/ventrículo izquierdo (VD/VI) >1 en 4 pacientes (44,4%). En los casos seleccionados por el algoritmo, se aplicó trombólisis localizada asistida por ultrasonido. A las 24 horas postintervención se observó: - Mejoría del TAPSE en 8 pacientes (88,9%). - Normalización de la relación VD/VI en 4 pacientes (44,4%). - Reducción del diámetro basal del VD en 7 pacientes (77,8%). A las 48–96 horas, la evaluación por angiotomografía computada mostró: - Disminución de la carga trombótica en 7 pacientes (77,8%). Eventos adversos: se documentó un hematoma leve, que no requirió intervención adicional. No se observaron eventos adversos mayores, incluyendo hemorragias mayores, paro cardíaco ni mortalidad a 30 días. Estos hallazgos preliminares sugieren una tendencia favorable en la función del ventrículo derecho y en la reducción de la carga trombótica, con un perfil de seguridad clínicamente aceptable, tras la aplicación del protocolo de selección para manejo intervencionista.

**Conclusión:** El uso de un protocolo basado en herramientas clínicas y no invasivas permitió identificar pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto que se beneficiaron del tratamiento intervencionista. Se observaron mejoras en la función del VD y reducción de la carga trombótica, sin eventos adversos mayores. Estos resultados refuerzan la necesidad de estrategias de selección más precisas en este grupo y abren el camino para investigaciones futuras con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado.

## 0689 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS MAYORES. DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO Y PATRONES DE USO DE MEDICACIÓN EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN BUENOS AIRES.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Pablo Daniel CUTINE[1] | María Florencia PEREZ ASOREY[1] | Florencia AGUILO[1] | Lorenzo Martin LOBO[1] | Valentina GARAY[2] | Daniel PIROLA[1] | María Isabel RODRIGUEZ ACUÑA[1] | Laura BRANDANI[1]

*Fundación Favaloro[1]; Universidad Favaloro[2]*

**Introducción:** Los factores de riesgo cardiovascular presentan una mayor prevalencia en la población adulta mayor. Sin embargo, su distribución y control varían según la edad y el sexo, lo que exige enfoques preventivos personalizados.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y el manejo de los Factores de Riesgo Cardiovascular en personas de 65 a 75 años (grupo Over65) y en mayores de 75 años (grupo Over75), con un análisis comparativo según el sexo.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal con seguimiento prospectivo, que incluyó a 1.743 participantes del programa de prevención cardiovascular, en la cuidad de Buenos Aires, entre 2017 y 2023. Se recolectaron datos antropométricos, clínicos y de laboratorio de las historias clínicas de los pacientes.

**Resultados:** El grupo Over75 presentó una prevalencia significativamente mayor de hipertensión (61,3% vs. 50,4%, p<0,0005), una presión arterial sistólica promedio más elevada (130,1±15,8 vs. 126±14 mmHg, p<0,002) y mayor prevalencia de diabetes mellitus. El síndrome metabólico fue más frecuente en Over75, con un mayor número promedio de sus componentes (2,4±1,1 vs. 2,0±1,3, p<0,0005). Aunque la prevalencia global de dislipidemia fue similar entre los grupos, los mayores de 75 años mostraron una frecuencia más alta de niveles bajos de colesterol HDL (19% vs. 14,4%, p<0,05). El uso de tratamiento hipolipemiante fue comparable entre los grupos; sin embargo, las mujeres alcanzaron con menor frecuencia los objetivos de LDL-c. Las tasas de control de hipertensión y la intensidad del tratamiento antihipertensivo fueron similares entre hombres y mujeres.

**Conclusión:** El envejecimiento se asocia con una mayor carga de FRCV, en particular hipertensión y diabetes. A pesar de una intensidad terapéutica comparable, persisten disparidades en el control lipídico, especialmente en las mujeres. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias de prevención cardiovascular individualizadas, adaptadas a la edad y al sexo en poblaciones de adultos mayores.

## 0693 - USO DE ACETAZOLAMIDA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA. EXPERIENCIA INTRAHOSPITALARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL CONURBANO BONAERENSE

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Leonel Damian DEGENHARDT | Jhosimar Weimar GALEAN OÑA | Leonardo MENDIETA | Augusto TRIONE

*Hospital General Alberto Balestrini*

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) es una causa frecuente de hospitalización en mayores de 65 años, con alta morbimortalidad y costos asociados. El tratamiento inicial se basa en diuréticos de asa, pero muchos pacientes muestran respuesta limitada o desarrollan resistencia, dificultando el control de los síntomas. Recientemente, la acetazolamida, un diurético que inhibe la anhidrasa carbónica, ha ganado interés por su efecto sinérgico con los diuréticos de asa. El ensayo clínico ADVOR mostró beneficios en la descongestión y eficiencia del tratamiento. Sin embargo, faltan datos sobre su efectividad en la práctica diaria. Ante la persistencia de signos de congestión en varios pacientes a pesar del tratamiento estándar, se realizó un estudio observacional retrospectivo para evaluar el uso de acetazolamida junto a diuréticos de asa, analizando su impacto en la evolución clínica, función renal, duración de la hospitalización y mortalidad intrahospitalaria.

**Objetivos:** - Describir la experiencia del uso intrahospitalario de acetazolamida en pacientes con ICD. - Comparar la evolución clínica de los pacientes tratados con acetazolamida frente a aquellos que recibieron el tratamiento estándar.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo y de no intervención. Se incluyeron 69 pacientes internados por ICD con signos de sobrecarga hidrosalina entre octubre de 2024 y mayo de 2025. Fueron designados según

el criterio del cardiólogo de primer contacto médico a : - Grupo A: Tratamiento estándar más Acetazolamida (250 mg/día, VO) - - Grupo B: solo tratamiento estándar. Se analizaron entre varias variables; complicaciones múltiples, función renal (TFG), tiempo de internación y la mortalidad intrahospitalaria. mediante Chi-cuadrado, test de Student y analisis uni y multivariado por regresión logística y lineal.

**Resultados:** El grupo con acetazolamida mostró mayor prevalencia de diabetes mellitus (43,5% vs. 28,6%) e hipertensión arterial (78% vs. 71%), mientras que el grupo control tuvo más tabaquismo activo (65% vs. 43%). Dislipidemia (17%) y obesidad (60,9% vs. 60%) fueron similares en ambos grupos. El sedentarismo fue alto en ambas cohortes, pero más frecuente en el grupo tratado (95% vs. 88%). Al ingreso, por ecocardiografía, la FEY del VI estaba reducida de forma comparable en ambos grupos (47,8% en el grupo acetazolamida vs. 45,7% en el grupo control). La presión arterial sistólica fue ligeramente menor en el grupo tratado (117 mmHg frente a 123 mmHg), al igual que la diastólica (72 mmHg vs. 76 mmHg). Respecto a los desenlaces clínicos, y tras el análisis multivariado de regresión lineal, se destacó una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de filtrado glomerular al alt, la cual fue significativamente superior en el grupo tratado (media de 68,5 ml/min/1.73 m² frente a 59,9 ml/min/1.73 m² en el grupo control; p = 0,00013), asimismo, la internación fue más breve en el grupo con acetazolamida (promedio de 6,4 días) en comparación con el grupo control (7,2 días), con una diferencia significativa (p = 0,0017).

**Conclusión:** El uso de acetazolamida en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) se relacionó con menor mortalidad intrahospitalaria, mejor función renal y menor duración de internación, en concordancia con estudios previos como el ADVOR. Aunque el estudio tiene limitaciones —diseño retrospectivo, muestra pequeña, falta de seguimiento y posible sesgo de selección—, sus resultados abren nuevas líneas de investigación sobre el papel de la acetazolamida en distintos subgrupos de pacientes y su efecto a mediano y largo plazo.

## 0695 - MARCADORES DE RIESGO DE MUERTE EN HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ARGENTINA

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolas SILVA CROOME[1] | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[1] | Paul VARGAS MIELES[2] | María Angélica PEREZ[2] | Tomas VANEGAS[2] | Julieta SORICETTI[2] | Nicolas CARUSO[2] | Adrián José LESCANO[2]

*Sanatorio Trinidad de Quilmes[1]; Centro Gallego de Buenos Aires[2]*

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HP) es una condición hemodinámica grave, que se asocia a elevada mortalidad. Contar con modelos pronósticos validados localmente puede ayudar a optimizar la estratificación de riesgo, así como la utilización de recursos en nuestro medio.

**Objetivos:** Analizar la sobrevida de una cohorte argentina de HP e identificar predictores independientes de mortalidad mediante regresión logística, evaluando la capacidad discriminativa del modelo con el área bajo la curva ROC.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo, que incluyó pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo cardiaco derecho (CCD), entre enero de 2011 y mayo de 2025. Se recolectaron variables clínicas, ecocardiográficas, hemodinámicas y de laboratorio. El punto final evaluado fue mortalidad por cualquier causa. Las variables con p < 0,05 en el análisis univariado se incorporaron a un modelo multivariado de regresión logística. La discriminación del modelo se valoró mediante el área bajo la curva (ABC) y la calibración con la prueba de Hosmer-Lemeshow.

**Tabla 1.** Análisis uni y multivariado

| Variable | Análisis univariado OR (IC 95 %) o media ± DS | p | Análisis multivariado OR (IC 95 %) | p |
|---|---|---|---|---|
| Edad (años) | Vivos 61 ± 18 vs fallecidos 67 ± 16 | 0,007 | - | - |
| NYHA CF avanzada | Vivos 40,2% vs fallecidos 69,6% | <0,001 | - | - |
| Angina | Vivos 6,7% vs fallecidos 24,4% | <0,001 | - | - |
| Insuficiencia cardiaca | 2,82 (1,68–4,71) | <0,001 | **2,96 (1,85–4,74)** | **<0,001** |
| HTP Grupo 1 | 3,25 (2,14-5,26) | <0,001 | **2,56 (1,58-4,13)** | **<0,001** |
| Hematocrito (%) | Vivos 39,9 ± 5,9 vs fallecidos 37,3 ± 6,1 | 0,003 | - | - |
| NT-ProBNP > 1100 pg/mL | 5,54 (3,26–9,41) | <0,001 | **2,48 (1,28–4,79)** | **0,007** |
| Área AD > 26 cm² | 5,01 (2,96–8,49) | <0,001 | - | - |
| DDVD (mm) | Vivos 44,1 ± 5,9 vs fallecidos 47,5 ± 7,0 | <0,001 | **0,96 por mm (0,93–0,99)** | **0,007** |
| TAPSE/PSAP < 0,19 | 3,72 (2,09–6,61) | <0,001 | - | - |
| PAPm (mmHg) | Vivos 38,8 ± 14,5 vs fallecidos 45,5 ± 12,3 | <0,001 | - | - |
| RVP (U Wood) | Vivos 6,22 ± 4,79 vs fallecidos 8,65 ± 4,80 | <0,001 | **1,10 por UW (1,03–1,16)** | **0,002** |
| IVS < 31 (ml/min/m2) | Vivos 28,4% vs fallecidos 53,2% | <0,001 | - | - |

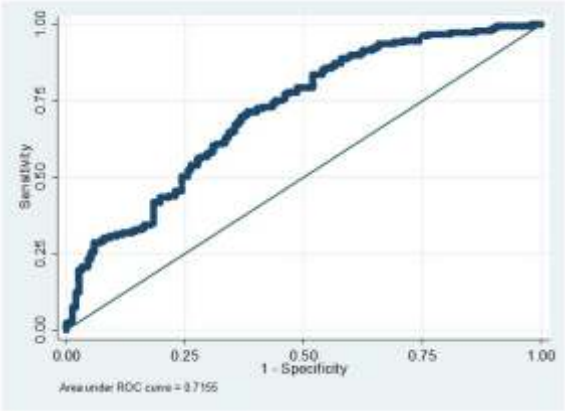
**DS:** desvío estándar, **NYHA CF:** clase funcional de la New York Heart Association, **HTP:** hipertensión pulmonar, **AD:** aurícula derecha, **DDVD:** diámetro diastólico del ventrículo derecho, **TAPSE:** excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo, **PSAP:** presión sistólica de la arteria pulmonar, **PAPm:** presión arterial pulmonar media, **RVP:** resistencia vascular pulmonar, **IVS:** índice de volumen sistólico

**Resultados:** Fueron incluidos 450 pacientes consecutivos con HP (grupos 1 a 5). La edad media fue 62 ± 18 años y el 66 % eran mujeres; la distribución por grupos fue: grupo 1: 54 %, 2: 11 %, 3: 27 %, 4: 6 % y 5: 2 %. Durante el seguimiento, la mortalidad global fue 20,5 % (92/448). Los pacientes que fallecieron eran predominantemente del grupo 1, de mayor edad

y mostraban peor estado clínico (clase funcional avanzada, IC y angina), mayor compromiso hemodinámico (PAPm y RVP elevadas) y signos de disfunción ventricular derecha (TAPSE/PSAP bajo, aurícula derecha agrandada, diámetro VD aumentado). Parámetros de laboratorio (NT-proBNP alto y hematocrito bajo) aportaron información para definir a este perfil de alto riesgo.

**Conclusión:** En esta cohorte argentina de HP, la mortalidad a mediano plazo fue elevada. Un modelo que integra variables habitualmente utilizadas en la práctica clínica permitió predecir la muerte con una discriminación moderada (ABC 0,71). Estos hallazgos respaldan el uso de marcadores hemodinámicos y bioquímicos accesibles para refinar la estratificación de riesgo y orientar las decisiones terapéuticas en la práctica clínica local.

**Gráfico 1.** Curva Roc del Modelo (ABC 0.71)




## 0699 - CARACTERISTICAS CLINICAS Y ELECTROFISIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS Y MARCAPASOS PERMANENTE EN EL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

Arritmias y Electrofisiología / Enfermedad de Chagas

Florencia Lucía MUSCHIETTI | Hyun Sok YOO | Remigio Andres CRIOLLO ESQUIVEL | Maria Victoria CARVELLI | Pablo Augusto FERNANDEZ | Daniel ETCHEVERRY | 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) con una creciente propagación a nivel regional y global. Se estima que entre el 20-30% de los individuos infectados desarrollan la fase crónica de la enfermedad. La afección del sistema eléctrico del corazón puede abarcar tanto el nódulo sinusal, el nódulo auriculoventricular y las ramas de haz de His con requerimiento de marcapasos permanente a edades tempranas siendo la causa más frecuente de implante de dispositivos de estimulación cardíaca en individuos menores <50 años en las zonas endémicas.

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas y electrofisiológicas de los pacientes (p) con ECh y marcapasos permanentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires en un seguimiento a largo plazo. Determinar las diferencias entre pacientes con enfermedad de nódulo sinusal (ENS) y de nódulo auriculoventricular (ENAV)

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 77 pacientes con ECh y portadores de marcapasos permanente con seguimiento a largo plazo de un hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se analizaron de manera retrospectiva las características clínicas, electrofisiológicas y ecocardiográficas. Las variables numéricas se expresaron en mediana y rangos intercuartílicos y las categóricas en porcentajes (%). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney y de Fisher según correspondiera. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

**Resultados:** La edad de los p fue 65,5 años (57,5 - 73,3 años). El 67,5% eran mujeres. La edad del primoimplante del marcapasos fue 56 años (47 - 61 años). El 45% de los p tenían hipertensión arterial (HTA), el 16,9 % dislipemia y el 10,4% diabetes mellitus (DM), el 9,1% accidente cerebrovascular isquémico (ACV) y el 5,2% enfermedad coronaria. El 41,6% tuvieron fibrilación o aleteo auricular (FA) paroxística o permanente. El 58,3 % de los p tenían fracción de eyección (FEY) del ventrículo izquierdo >50%, el 35% tenían entre 30-50% y el 6,7% tenían <30%. El motivo del implante fue la ENS en el 44,2% de los p, la ENAV en el 40%, FA de baja respuesta ventricular en el 12,9% y la enfermedad binodal en el 2,9% (tabla 1). El grupo de ENAV tenía mayor proporción de hombres (39,3% vs 12,9%) y prevalencia de enfermedad coronaria (14,3% vs 0%) que el de ENS. No hubo diferencias significativas de edad de primoimplante u otros factores de comorbilidad (HTA, DBT, FA, ACV

Tabla 1. Características clínicas y motivo de implante

| | |
|---|---|
| Edad (años) | 65,5 (57,5 - 73,3) |
| Mujeres | 67,5% |
| Edad de primoimplante (años) | 56 (47 - 61) |
| HTA | 45% |
| DBT | 10,4% |
| Enf. coronaria | 5,2% |
| FA (paroxística o permanete) | 41,6% |
| ACV | 9,1% |
| FEY <50% | 41,7% |
| Motivo de implante<br>Enfermedad nódulo sinusal<br>Enfermedad nódulo AV<br>FA Baja respuesta<br>Enfermedad binodal | <br>44,2%<br>40%<br>12,9%<br>2,9% |
| Seguimiento (meses) | 147 (75 - 206) |

y FEY) entre ambos grupos (tabla 2). Las modalidades de estimulación más frecuentes fueron DDD o DDDR. Luego de un seguimiento de 147 meses (75 - 206 meses), el 15,5% pasó a modalidad VVI/VVIR por FA permanente. El 50,7% de los p requirió el recambio de generador (37% 1 recambio, 9,6% 2 recambios y 4,1% 3 recambios). El 29% de los p con ENS requirió de estimulación ventricular (Vp) y el 21,4% del grupo de ENAV requirió de estimulación auricular (Ap) durante el seguimiento.

| Tabla 2 | Enf. Sinusal | Enf. NAV | p |
|---|---|---|---|
| Edad (años) | 61 (55 - 72) | 68 (60,5 - 75,8) | NS |
| Mujeres | 12,9% | 39,3% | 0,03 |
| Edad primoimplante (años) | 56 (43,5 - 61) | 55,5 (49,5 - 59,5) | NS |
| HTA | 32,3% | 46,4% | NS |
| DBT | 6,5% | 14,3% | NS |
| Enf. coronaria | 0% | 14,3% | 0,04 |
| FA | 35,5% | 25% | NS |
| ACV | 6,5% | 3,6% | NS |
| FEY<50% | 19,3% | 28,5% | NS |
| Programación | | | |
| Estimulación<br>Ap >80%<br>Vp >80% | <br>51%<br>29% | <br>21,4%<br>78,6% | |
| Modalidad<br>DDDR/DDD<br>VVIR/VVI | <br>74,2%<br>25,8% | <br>85,8%<br>14,2% | |

**Conclusión:** Los pacientes con ECh manifiestan diversos trastornos del sistema eléctrico cardíaco que motiva el implante de marcapaso permanente a edades tempranas. Las prevalencias de FA (paroxística o permanente) y ACV fueron elevadas. Hubo mayor proporción de hombres y prevalencia de enfermedad coronaria en los individuos con ENAV. El 20-30% de los pacientes evolucionó a ser dependientes de estimulación bicameral.

## 0703 - IMPACTO DE LA OBESIDAD SOBRE FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

María Florencia PEREZ ASOREY[1] | Pablo Daniel CUTINE[1] | Ignacio GONDOLESI[2] | Florencia AGUILO[1] | Laura BRANDANI[1] | Daniel PIROLA[1] | María Isabel RODRIGUEZ ACUÑA[1] | Gustavo GIUNTA[1]

*Fundación Favaloro[1]; Universidad Favaloro[2]*

**Introducción:** La obesidad ha alcanzado proporciones pandémicas. Diversos estudios Investigaciones han reportado cifras preocupantes de obesidad en niños y adolescentes. Por este motivo, es prioritario conocer su prevalencia y 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 metabólico, alteraciones de la eco-estructura cardíaca y desempeño en la prueba de esfuerzo.

**Materiales y Métodos:** En un diseño observacional transversal 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 diagnosticó obesidad empleando las tablas de la OMS con valores de IMC  percentil (pc) 97 (IMC-Al). Se realizó una análisis comparativo entre los pacientes con IMC  97 y aquellos por debajo de ese pc (IMC-Ba).

**Resultados:** 380 participantes del registro tenían entre 16 y 17 años (edad promedio 16.6 ± 0.4 años; 51.8% de sexo femenino). 59 pacientes (15.5%) eran obesos. No hubo diferencia en la proporción de mujeres entre ambos grupos (IMC-Al 47.5% vs. IMC-Ba 52.6%; p=ns). Respecto a los FRCV, la presión arterial del grupo IMC-Al mostró valores más elevados tanto sistólica (IMC-Al 116.5 ± 10.0 vs. IMC-Ba 108.8 ± 10.0; p<0.001), como diastólica (IMC-Al 75.6 ± 7.8 vs. IMC-Ba 68.04± 7.6; p<0.001). Se observó además un incremento en el colesterol total, (IMC-Al 168.9 ± 27.0 vs IMC-Ba156.0 ± 30.0; p<0.01), c-LDL (IMC-Al 98.7 ± 25.4 vs. IMC-Ba 87.8 ± 24.3; p<0.01) y triglicéridos en el grupo de IMC-Al (IMC-Al 95.0 ± 65.5 vs 71.0 ± 40; p<0.001). Así como menores niveles de HDLc (IMC-Al 48.5 ± 8.6 vs 52.1 ± 9.5; p<0.05). Mayor cantidad de pacientes del grupo de IMC-Al (IMC-Al 8.5% vs. IMC-Ba 0.9%; IC 95% 3.57-67.9; p<0.001) cumplieron con los criterios diagnósticos de síndrome metabólico. En la ergometría, se encontraron diferencias de presión arterial sistólica máxima (IMC-Al 154.1 ± 18.7 vs. IMC-Ba 146.4 ± 16.6; p<0.01) y la presión arterial diastólica máxima (IMC-Al 75.2 ± 7.7 vs. IMC-Ba 70.2 ± 7.8; p<0.001), y el doble producto (IMC-Al 28345.3 ± 3211.8 vs. IMC-Ba 26510.2 ± 4676.1; p<0.01). Por el contrario, el trabajo realizado (METs) fue menor en el grupo de IMC-Al (IMC-Al 11.9 ± 2.8 vs. IMC-Ba 13.8 ± 2.9; p<0.001). De los parámetros ecocardiográficos, el Área de aurícula izquierda (AAI) fue significativamente superior en el grupo de IMC-Al (IMC-Al 16.6 ± 3.0 vs. IMC-Ba 15.0 ± 2.4; p<0.001 ). Además, fueron superiores el diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (IMC-Al 48.3 ± 4.6 vs. IMC-Ba 45.5 ± 4.3; p<0.001), diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (IMC-Al 28.9 ± 3.9 vs. IMC-Ba 27.5 ± 4.1; p<0.05), el espesor septal (IMC-Al 8.9 ± 1.2 vs. IMC-Ba 8.1 ± 1.1; p<0.001), y la masa absoluta ventricular

izquierda (MAVI) (IMC-AI 141.9 ± 40.9 vs. IMC-Ba 114.5 ± 32.4; p<0.001). La MAVI ajustada por la talla elevada a 1.7 fue mayor en el grupo IMC-AI (IMC-AI 59.6 ± 14.2 vs. IMC-Ba 47.8 ± 11.7; p<0.001).

**Conclusión:** La presencia de obesidad se asoció a niveles elevados de presión arterial, dislipidemia y diferencias significativas de dimensiones en el ecocardiograma. Además, se relaciona con peores resultados en las pruebas de esfuerzo. Identificar tempranamente la obesidad es crucial para implementar estrategias de intervención precoces que minimicen los efectos negativos sobre la salud cardiovascular.

## 0705 - MEDIASTINITIS POSTQUIRÚRGICA: UN DESAFÍO EN LA CIRUGÍA CARDÍACA" ANÁLISIS DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Investigación Básica

Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS | Maria Belén ROSELL | Marilyn Eugenia TORO CARDENAS | Beymar FLORES OMONTE | Antonella INZAURRALDE | Alejandro TRAININI | Alejandra Inés CHRISTEN | Flavia Denise GIANOLI RIVAS

*Hospital Interzonal General de Agudos Presidente Perón (ex-Finochietto)*

**Introducción:** La mediastinitis es una de las complicaciones más temidas de la cirugía cardíaca, con una incidencia que oscila entre el 0,9% y el 5%, Debido a su elevada morbilidad y mortalidad, A pesar de los avances en cirugía cardíaca y las estrategias para prevenir la infección del sitio quirúrgico, la mediastinitis sigue siendo una preocupación importante, asociada con una estancia hospitalaria prolongada y un aumento de la mortalidad y los costos.

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes con mediastinitis postquirúrgica (MDT) en un Hospital Público de tercer nivel de la Provincia de Buenos Aires en los últimos 10 años.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes consecutivos con diagnóstico confirmado de MDT en nuestra Institución, que se operaron entre enero de 2015 y diciembre de 2024, inclusive. Se tomaron variables epidemiológicas, factores de riesgo cardiovasculares tradicionales y parámetros clínico-quirúrgicos pre, intra y postoperatorios. Se utilizaron las pruebas t de Student y Chi-Cuadrado (SPSS v24).

**Resultados:** En el período de enero de 2015 a diciembre de 2024, se intervieron 1346 pacientes, de los cuales 36 desarrollaron mediastinitis postquirúrgica (MDT). La distribución por sexo fue de 29 hombres (H) y 7 mujeres (M), con una edad promedio de 55,55 años. Dentro de los factores de riesgo, se observó una diferencia significativa en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (No MDT: 4,16% vs. MDT: 13,88%; p < 0,05). Aunque se evidenció un gran porcentaje de diabetes y sobrepeso en pacientes con MDT, estos no fueron estadísticamente significativos. En relación con el tipo de cirugía, los pacientes a los que se les realizó una cirugía de revascularización miocárdica (CRM) con doble mamaria (DM) presentaron una incidencia de MDT significativamente mayor (CRM-DM sin MDT: 7,42% vs. CRM-DM con MDT: 25%; p < 0,001). Además, se observó en los pacientes con MDT una incidencia significativamente mayor en aquellos que requirieron Re-operación por sangrado (No MDT: 2,04% vs. MDT: 8,33%; p < 0,05) y Re-intubación (No MDT: 4,55% vs. MDT: 22,22%; p < 0,001). Los pacientes con MDT registraron un mayor tiempo de internación total (No MDT: 8,8 ± 8 vs. MDT: 33,5 ± 22; p < 0,0001), en Unidad de Recuperación Cardíaca (No MDT: 4,6 ± 6 vs. MDT: 11,9 ± 18; p = 0,001) y en sala general (No MDT: 4,4 ± 5 vs. MDT: 19,7 ± 12; p < 0,0001). La incidencia de mediastinitis durante el período de estudio en nuestra población fue del 2,67%, y la mortalidad hospitalaria por mediastinitis fue del 8,91% en los últimos diez años.

**Conclusión:** La mediastinitis postquirúrgica es una complicación grave con una incidencia del 2,67% en los últimos 10 años. Los factores de riesgo incluyen EPOC, cirugía de revascularización miocárdica con doble mamaria y reoperación por sangrado y reintubación. La mediastinitis se asocia con mayor tiempo de internación y mortalidad hospitalaria. La identificación de factores de riesgo y la implementación de medidas preventivas pueden reducir la incidencia y morbimortalidad.

## 0707 - CUANDO LA EXPERIENCIA SUPERA LA EVIDENCIA

Multimagen / Enfermedad Vascular Pulmonar

Paul VARGAS MIELES[1] | Romina CAPRINI[1] | Ezequiel BESMALINOVICH[1] | Guillermina SORACIO[2] | Nicolas SILVA CROOME[1] | Adrián José LESCANO[1]

*Sanatorio Trinidad de Quilmes[1]; Centro Gallego de Buenos Aires[2]*

**Introducción:** Las guías de Hipertensión Pulmonar (HP) incorporan variables clínicas, funcionales, hemodinámicas y de imagen como indicadores pronósticos. Los parámetros de la función sistólica del ventrículo derecho (FSVD), como la excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (TAPSE), han sido excluidos de las escalas internacionales.

**Objetivos:** Determinar el valor del TAPSE como valor pronóstico en nuestros pacientes con HP.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes (P) con diagnóstico de HP (confirmada por cateterismo cardíaco derecho: presión pulmonar media ≥ 25 mmHg). Se registraron los datos: demográficos; grupo de HP (G); variables clínicas: síntomas y clase funcional (CF), neurohormonales: péptido natriurético cerebral (BNP), parámetros hemodinámicos: presión de la aurícula derecha (AD) e índice cardíaco (IC); funcionales: distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos (PC6M), datos ecocardiográficos: FSVD, TAPSE y derrame pericárdico (DP). Se definieron los factores de mal pronóstico según las guías internacionales de HP (riesgo entre moderado/alto): antecedentes de insuficiencia cardíaca, síncope, CF avanzada (III/IV), PC6M <160m, BNP ≥300pg/dl, presencia de DP, AD ≥14mmHg e IC ≤2,2 l/min/m2. El resultado fue la mortalidad (M) durante el seguimiento a dos años. El TAPSE se analizó como una variable integral y se dicotomizó en > 16 mm (A) y ≤ 16 mm (B). Utilizamos el programa STATA 14. Se aplicó la prueba T o Chi-cuadrado, según las variables. Se utilizó el modelo de regresión logística para determinar el impacto del TAPSE en la mortalidad, integrado en un análisis multivariado.

**Resultados:** Estudio multicéntrico, analítico, prospectivo, que incluyó 181 pacientes, con una mortalidad del 25%, 77% mujeres y una edad media de 57 (± 18) años. El grupo de HP fue: I 68%, II 13%, III 7 % IV 7%, V 5%. Entre los factores pronósticos, destacamos: CF avanzada 50%, síncope 22%, PC6M ≤160m 16%, AD ≥14 mmHg 18%, IC ≤2,2 26%, BNP ≥ 300 52% y DP en el 30%. En los datos ecocardiográficos observados: deterioro de la FSVD en el 79% (24% moderado, 18% severo), un valor medio de TAPSE de 18 mm (± 4,1), con una distribución del 75% en el grupo A y del 25% en el grupo B. La relación entre la mortaludad y el TAPSE medio demostró una asociación significativa: 19,1 mm en el grupo A de supervivencia (IC 95% 18-20) vs 15,8 mm en el grupo B (IC 95% 14,5-17,1) y un valor p: 0,003. Asimismo, observamos menor mortalidad en el grupo A (17 vs 47%; p: 0,001). El análisis multivariado muestra una correlación entre la mortalidad y diferentes variables, como la edad, la IC, el síncope y el valor del TAPSE (p<0,005). Al integrar los grupos, observamos que el grupo B presenta un coeficiente de 1,5 (0,5-2,4), con mayor variación que el resto de las variables (p=0,001). El OR del grupo B fue de 4,5, con una fuerza de asociación mayor que el resto de las variables (edad, IC, síncope), y una adecuación del modelo del 76,6%.

**Conclusión:** En esta población con diagnóstico de HP, se observa una relación significativa entre el valor del TAPSE y la mortalidad. La dicotomización del TAPSE ≤ 16 se asocia de forma independiente con la mortalidad. Estos hallazgos destacan la necesidad de diseñar un estudio a gran escala para determinar el papel pronóstico de dicho parámetro.

## 0709 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST ASOCIADO AL CONSUMO DE COCAÍNA

Cardiología Clínica

Jarol CHOQUE

*Centro Cardiovascular de Alta Complejidad Juan de D. Peron Polo Sanitario*

**Introducción:** El desarrollo de infarto agudo de Miocardio con elevación del ST (IAMCEST) se encuentra vinculado a la presencia de factores de riesgo cardiovasculares convencionales; la cocaína se asocia con eventos cardiovasculares.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes con diagnóstico de IAMCEST y la asociación con consumo de cocaína.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico y analítico, con inclusión consecutiva de 383 pacientes con diagnóstico de IAMCEST, en el periodo comprendido entre el mes de enero 2021 y diciembre 2024. Las

variables cualitativas se expresaron como porcentajes y se aplicaron el test de CHI2 o Fisher según correspondiera. Las variables continuas como promedios o medianas y se analizaron mediante test paramétricos y no paramétricos según el tipo de distribución. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 23

**Resultados:** Sobre un total de 383 pacientes con diagnóstico de IAMCEST, el 10,2 % eran consumidores de cocaína. Los pacientes consumidores eran significativamente menores que los no consumidores, con una mediana de 47 (8-54) años vs 65 (56-71) años respectivamente. P: 0,0001 Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares, el género masculino fue mayor en los consumidores (92,3 % vs 77,3 %) con diferencia significativa. P: 0,030. También el tabaquismo fue significativamente más frecuente en los consumidores (74,4 % vs 50 %). P:0,04. Sin embargo, el hallazgo de arterias coronarias sin lesiones significativas fue mucho mayor en los consumidores de cocaína (35,9% vs 3,4 %). P:0,0001. En ecocardiograma Doppler deterioro severo de la Fey en consumidores fue del 20,5 % vs no consumidores 27,3 %. P: 0,6. Si bien sin diferencias significativas, la mortalidad fue mayor en los consumidores (12,5 % vs 11,7 %). P:0,87 %.

| | Consumidores de cocaina N: 39 | No consumidores N: 344 | Valor de P: |
|---|---|---|---|
| Edad años (RIC) | 47( 38-54) | 65( 56-71) | 0.0001 |
| Genero masculino | 92.3% | 77.3% | 0.030 |
| Tabaquismo | 74,4% | 50% | 0.04 |
| Hipertension arterial | 53.8 | 55.2 | 0.86 |
| Diabetes mellitus | 10.3% | 26.2% | 0.029 |
| Dislipidemia | 15,4 | 24,1 | 0.22 |
| Sedentarismo | 87% | 90 | 0.96 |
| Obesidad | 17,9 | 29,1% | 0.14 |

**Conclusión:** En nuestro estudio observamos un considerable porcentaje de pacientes con diagnóstico de IAMCEST asociado al consumo de cocaína. Se trató de una población más joven, predominantemente del género masculino y tabaquistas. Si bien en la mayoría con diagnóstico de enfermedad coronaria, hay un elevado número sin lesiones significativas en el grupo de consumo cocaina. La mortalidad tuvo una tendencia mayor en los consumidores de cocaína.

## 0711 - MAPEO DE LA ADAPTACIÓN VENTRICULAR DERECHA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: PERSPECTIVAS DE UN MODELO DE SEIS FENOTIPOS

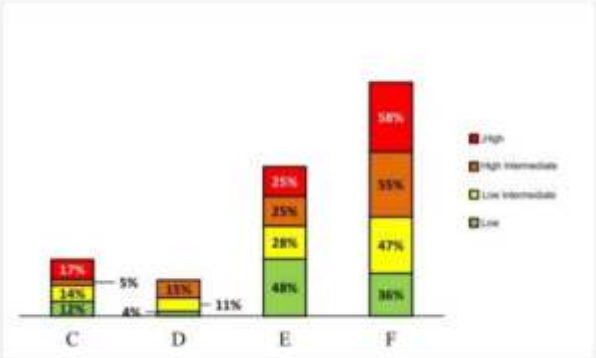
Enfermedad Vascular Pulmonar / Multimagen

Julieta SORICETTI[1] | Rafael CONDE[2] | Jorge CANEVA[3] | Pablo COSTAS[4] | Guillermo GIACOMI[1] | Paula KAPLAN[5] | Luis LEMA[1] | Adrián José LESCANO[6]

*TREPAR-HP[1]; TREPAR-HP[2]; TREPAR-HP[3]; TREPAR-HP[4]; TREPAR-HP[5]; TREPAR-HP[6]*

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad progresiva que causa disfunción del ventrículo derecho (VD). Las clasificaciones fenotípicas que combinan el tamaño del VD, la contractilidad y el acoplamiento ventricular-arterial pueden mejorar la estratificación del riesgo.

**Objetivos:** Determinar los diferentes fenotipos ecocardiográficos en pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar que reciben tratamiento con Treprostinil subcutáneo




**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico en pacientes con HAP de novo como parte del registro Treprostinil Subcutáneo a Largo Plazo en Hipertensión Pulmonar (TREPAR-HP). Se evaluaron seis fenotipos del VD (A-F) según el diámetro basal del VD, el cambio de área fraccional (FAC) y el cociente TAPSE/PASP, desde adaptación normal (A-C) hasta disfunción grave (D-F).

**Resultados:** Se incluyeron 93 pacientes (edad media de 46,7 años, 86 % mujeres), la HAP idiopática fue la más frecuente (57 %). La mayoría presentó clase funcional III (62,4 %) y recibió terapia dual (86 %). la talla ($p = 0,002$), el área auricular derecha ($p = 0,001$), el diámetro del ventrículo derecho ($p < 0,001$) y el TAPSE ($p < 0,001$) difirieron entre los fenotipos. La mediana de BNP fue de 290,3 pg/ml y el gasto cardíaco medio fue de 4,38 l/min ($p = 0,012$). La distribución de los fenotipos varió según la clasificación de riesgo REVEAL.

**Conclusión:** Los fenotipos del ventrículo derecho (VD) identifican patrones de adaptación distintivos en la HAP. Los fenotipos avanzados (D-F) se correlacionan con peor clase funcional, áreas auriculares derechas más grandes y mayor disfunción del VD, lo que facilita la estratificación del riesgo.

## 0713 - IMPACTO DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES AÑOSOS, EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Nilton Raul MÉNDEZ CHOQUE | Silvia HUARACHI JUAREZ | Agustín MARTINEZ | Leandro Gastón PUERTA | Gabriel DIONISIO | Natacha RUIZ | Sergio Daniel BRANDEBURGO | Sergio CENTENO

*Hospital General de Agudos F. Santojanni*

**Introducción:** La organización mundial de la salud OMS considera anciano de 75 a 90 años y anciano longevo a partir de los 90 años en dichos grupos etarios la enfermedad cardiovascular sobre todo el Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST (IAMCEST) tiene una alta prevalencia e impacto en la morbi mortalidad, por lo cual describir las características de esta población es relevante

**Objetivos:** Describir las características clínicas, de revascularización por angioplastia primaria y complicaciones de los pacientes añosos que ingresaron por IAMCEST

**Materiales y Métodos:** Estudio unicentrico, prospectivo observacional, se analizaron resultados entre los periodos de 2014 a 2024

| Variable | % |
|---|---|
| HTA | 79 |
| DLP | 20 |
| DBT | 18 |
| TBQ | 16 |
| IAM previo | 10 |
| ATC previa | 10 |
| CRM previa | 0,7 |
| Acceso radial | 52 |
| KKA | 86 |
| KKD | 19 |
| ATC exitosa | 84% |
| Mortalidad | 14% |
| Demora dolor consulta | 215" |
| Demora puerta balón | 81" |

**Resultados:** El porcentaje del género masculino fue 58%; 43% de los pacientes fueron derivados de otro centro; factores de riesgo: HTA 79%; DLP 20%; DBT 18%; TBQ 16%. Antecedentes cardiovasculares: IAM previo 10%; ATC previa 10%; CRM previa 0.7%; el acceso radial fue el 52% de las veces; la lesión abrió con cuerda 38%; enfermedad de TCI 17%; enfermedad multivaso 22%; KKA de ingreso 86%; shock cardiogénico 19%; ATC. Exitosa 84%; mortalidad 14%; demora dolor consulta: 215"; demora traslado 101"; demora puerta balón 81"

**Conclusión:** El presente estudio expone que pacientes mayores a 75 años presentan una mayor mortalidad en el contexto de IAMCEST; a su vez los tiempos de puerta balón son más prolongados con respecto a pacientes mas jóvenes esto puede deberse a las alteraciones anatómicas y la fragilidad de dicha población

## 0715 - IMPACTO DEL GÉNERO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE BUENOS AIRES

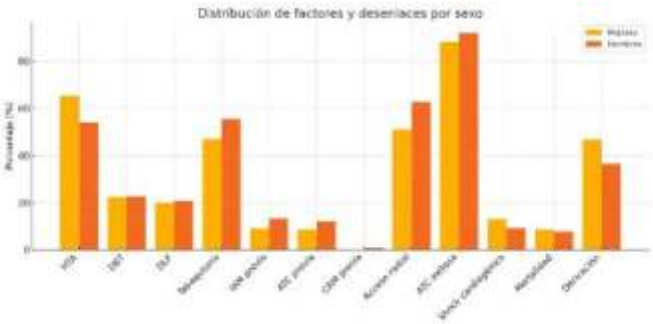
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Corazón y Mujer

Silvia HUARACHI JUAREZ | Agustín MARTINEZ | Leandro Gastón PUERTA | Gabriel DIONISIO | Natacha RUIZ | Sergio Daniel BRANDEBURGO | Carolina ETCHEVERRY | Sergio CENTENO

*Hospital General de Agudos F. Santojanni*

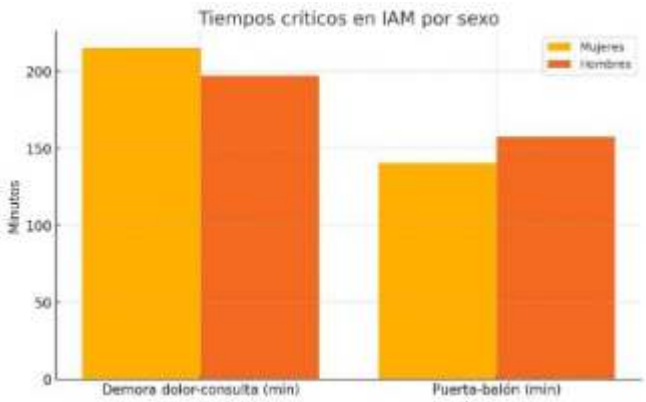
**Introducción:** El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), es una de las causas principales de morbi mortalidad en nuestro país. Estudios y registros nacionales e internacionales han demostrado que existen diferencias basadas en el género en cuanto a factores de riesgo, edad y comorbilidades. Nuestra institución pertenece a la Red de Infarto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) desde hace más de una década, con el presente estudio queremos compartir nuestra experiencia.

**Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas, tiempos de reperfusión y complicaciones distribuidos por diferencia de género en pacientes que ingresaron o fueron derivados de otros centros con diagnóstico de IAMCEST.




**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo unicentrico observacional, se analizaron resultados de entre los periodos de 2014 a 2024 , se analizaron los resultados de 1318 pacientes (p) de una base de datos confeccionada en

Microsoft Excel y posteriormente analizada con software Epi Info. versión 7.2.




**Resultados:** Se analizaron los resultados de 1318 pacientes (p). Se compararon resultados según sexo de los pacientes, de los cuales 246 (18.74%) fueron mujeres y 1070 (81.16%) fueron hombres. Las mujeres presentaron mayor edad promedio (66,6 años vs 59,6 años en varones, p<0,001).En relación a factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial (HTA): más frecuente en mujeres (56,1% vs 43,9%, OR 0,62, p=0,001). Tabaquismo: más prevalente en hombres (53,8% vs 46,2%, odds ratio OR 1,40, p=0,01). Diabetes y dislipemia: sin diferencias significativas. Antecedentes cardiovasculares: Infarto agudo de miocardio (IAM) previo: más común en varones (13,2% vs 9%, OR 1,54, p~0,07). Angioplastia coronaria (ATC) previa: más frecuente en varones (12,1% vs 8,6%, OR 1,47, p~0,11). Cirugía de revascularización previa (CRM): muy poco frecuente y sin diferencias en ambos sexos. Demora dolor-consulta: 214 min en mujeres vs 197 min hombres. Las mujeres fueron derivadas de otra institución en mayor proporción que los hombres (46,7% vs 36,5%). Demora traslado y puerta-balón: Las mujeres tuvieron tiempos puerta-balón más prolongados (157 min vs 140min). El acceso radial se utilizó más en hombres (62,7% vs 51%). Anatomía coronaria y procedimiento: Lesión de tronco coronaria izquierda (TCI) y enfermedad de 3 vasos: sin diferencias, la proporción de lesión de TCI es levemente mayor en mujeres (8,7%) que en hombres (5,3%). Tasa de éxito Angioplastia exitosa ( ATC): levemente menor en mujeres (88,1% vs 92%, p~0,06) Presentación clínica y desenlace: Shock cardiogénico: más frecuente en mujeres (13% vs 9,1%, OR 0,66, p~0,04) El shock cardiogénico en contexto de IAM en el 9,8% de los pacientes, pero fue más frecuente en mujeres (13% vs 9,1%). Killip Kimball A: similar (93,8% en mujeres vs 93,6% en hombres). Mortalidad intrahospitalaria: ligeramente mayor en mujeres (8,6% vs 7,6%).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con IAMCEST tratados mediante angioplastia primaria. Las diferencias por sexo en el IAM no solo reflejan variaciones biológicas, sino también desigualdades en el reconocimiento de síntomas y el manejo. Incorporar un enfoque sensible al género en la atención cardiovascular es fundamental para mejorar la equidad y los resultados clínicos. Es un hallazgo relevante para estrategias de educación en salud y mejora del acceso a la atención precoz.

## 0717 - "EL CORAZON DERECHO BAJO ESCRUTINIO ECOCARDIOGRÁFICO"

Enfermedad Vascular Pulmonar / Cardiología Clínica

Tomas VANEGAS[1] | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[1] | Nicolas SILVA CROOME[2] | Paul VARGAS MIELES[2] | Guillermina SORASIO[3] | Ezequiel BESMALINOVICH[2] | Julieta SORICETTI[1] | Adrián José LESCANO[4]

*Centro Gallego De Buenos Aires[1]; Sanatorio Trinidad de Quilmes[2]; Áreas SAC: Consejos Científicos[3]; Sanatorio de la Trinidad Mitre[4]*

**Introducción:** La Hipertensión Pulmonar (HP) es una enfermedad poco frecuente, heterogénea y con alta morbimortalidad. La información relacionada a diversos parámetros ecocardiográficos en la HP en Latinoamérica es limitada y se encuentra poco representada en la bibliografía, así como el análisis global que tiene el universo de variables que se enfocan a evaluar severidad.

**Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo y comparativo de las características ecocardiográficas de una cohorte de pacientes con HP evaluando parámetros claves de la función y remodelación negativa del ventrículo derecho (VD) y su relación con los valores de referencia normales para comprender mejor el fenotipo de la enfermedad en nuestra población.

| Parámetro | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo | Valor Normal |
|---|---|---|---|---|---|
| DDVD (Diámetro Diastólico del Ventrículo Derecho) | 45.20 mm | 6.67 mm | 28.2 mm | 76 mm | < 36 mm |
| TAPSE (Excursión Sistólica del Anillo Tricúspideo) | 19.45 mm | 4.47 mm | 7 mm | 37.6 mm | > 17 mm |
| Onda S (Onda S del Ventrículo Derecho) | 11.79 cm/s | 3.40 cm/s | 3 cm/s | 24 cm/s | > 10 cm/s |
| VRT (Velocidad de Regurgitación Tricúspidea) | 3.66 m/s | 0.57 m/s | 2.7 m/s | 5.9 m/s | < 2.8 m/s |
| Area AD (Área de Aurícula Derecha) | 22.55 cm2 | 6.39 cm2 | 12 cm2 | 51 cm2 | < 19 cm2 |
| Index C (Índice Cardíaco) | 1.20 L/min/m2 | 0.24 L/min/m2 | 0.9 L/min/m2 | 2.2 L/min/m2 | > 2.6 L/min/m2 |
| Strpl (Strain Longitudinal de VD) | -16.30 % | 4.80 % | 6 % | 28 % | > -19 % |
| CAF (Fracción de Acortamiento) | 29.76 % | 7.89 % | 10 % | 52 % | > 35 % |
| E/E´ | 9.2 | 3.04 | 4 | 22 | <15 m/seg |

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo que incluyó 407 pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo derecho (CCD) según guías ESC 2022, entre enero de 2012 y marzo de 2025. Se analizaron los siguientes datos ecocardiográficos: Diámetro Diastólico del Ventrículo Derecho (DDVD), Excursión Sistólica del Anillo Tricúspideo (TAPSE), Onda S del Ventrículo Derecho (ONDA S), Velocidad de Regurgitación Tricúspidea (VRT), Área de la Aurícula Derecha (Área AD), Índice Cardíaco (IC) medido por CCD, Fracción de Acortamiento (CAF), Strain Longitudinal del VD (Strpl) y la relación E/e'. Se compararon las medias observadas con los valores normales de referencia establecidos para cada parámetro, todas las variables se detallan en la tabla 1.

**Resultados:** El DDVD promedio fue de 45.20 mm. El Área AD fue de 22.55 cm2, El TAPSE promedio fue de 19.45 mm, La Onda S tuvo una media de 11.79 cm/. El CAF con una media de 29.76%. El Strpl mostró una media de -16.30%. La media del VRT fue de 3.66 m/s y la PSAP fue de 69.4 mmHg. El IC promedio fue de 1.20 L/min/m2. La relación E/e' mostró una media de 9.2.

**Conclusión:** Los hallazgos ecocardiográficos de esta cohorte revelan un perfil de dilatación y disfunción significativa de cavidades derechas. El DDVD indica una prevalente dilatación del VD y el Area de AD una precoz sobrecarga de volumen. El Strpl se considera el marcador más sensible y precoz de disfunción sistólica longitudinal del VD. Mientras que el CAF se encontró por debajo del valor normal, indicando también disfunción global del VD. El IC notablemente inferior, muestra un estado de bajo gasto cardíaco en la población con HP, El VRT y la PSAP se encuentran muy elevados lo que establece severidad y diagnósticos generalmente tardíos. La ONDA S no parece ser un parámetro de peso dentro de la estimación de riesgo y severidad, mientras que el TAPSE ligeramente por encima del umbral de normalidad, además de mostrar un amplio amplio rango (7 a 37.6 mm) denota subgrupos con disfunción severa o valores normales que presentan algún grado de alteración por lo que se sigue considerando un marcador poco exacto y tardío. Finalmente la E/e muestra que en promedio no hay aumento de las presiones de llenado en el VI, aunque el valor máximo de 22 indica que en algunos casos si.

## 0719 - FUTURO PROFESIONAL DE LOS CARDIÓLOGOS EN ARGENTINA: ¿QUEDARSE O EMIGRAR?

Investigación Básica

Felipe BERTON[1] | Luciana CARRAL[1] | Lucio FLORES[2] | Lucia ROSSI[3] | Leandro Luis POZZER[3] | Francisco OLIVARES[3] | Mariano Ezequiel NAPOLI LLOBERA[1] | Ezequiel LERECH[1]

*Áreas SAC: SAC Joven[1]; CONAREC2; FAC - Federación Argentina de Cardiología[3]*

**Introducción:** En los últimos años, el sistema de salud argentino ha enfrentado numerosas barreras que afectan la calidad de formación, en la cual se destaca una creciente insatisfacción profesional y económica, condiciones laborales desfavorables, inestabilidad socio política y elevados niveles de burnout. En este escenario, un número creciente de residentes y especialistas en cardiología considera completar su formación o desarrollar su carrera profesional en el exterior, buscando mejores condiciones económicas, mayor bienestar personal y crecimiento profesional. Estas decisiones, que comienzan desde las etapas iniciales de la residencia, reflejan una combinación de factores académicos, laborales y personales que requieren un análisis sistemático.

**Objetivos:** Explorar y describir las motivaciones y dificultades que enfrentan los residentes de cardiología y cardiólogos en Argentina al considerar la posibilidad de emigrar y ejercer su profesión en el exterior.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal analítico realizado desde marzo de 2025. Se realizaron encuestas electrónicas anónimas a médicos residentes en cardiología y cardiólogos de Argentina. El cuestionario incluyó 16 ítems que exploraron variables sociodemográficas, percepciones sobre aspectos desfavorables del sistema de salud local y motivaciones personales, profesionales y académicas para considerar la emigración. Se tomaron las respuestas obtenidas hasta mayo de 2025.

**Resultados:** Se analizaron 327 respuestas. La mediana de edad fue de 31 años (RIC 28–34), con un 80% (n=261) de menores de 35 años y un 51% (n=162) de género femenino. El 87% (n=284) eran cardiólogos en formación o con menos

| | |
|---|---|
| Edad (años) – Mediana (RIC) | 31% (28-34) |
| Género (n) | |
| Hombres | 49% (161) |
| Mujeres | 50% (162) |
| No binario | 1% (4) |
| Provincia de desempeño profesional (n) | |
| CABA | 33,6% (110) |
| Buenos Aires | 17,7% (58) |
| Santa Fe | 17,4% (57) |
| Córdoba | 9,8% (32) |
| Otras | 19,88% (65) |
| Etapa formativa (n) | |
| Residencia/Cosenrencia | 52% (170) |
| Jefe/Instructor de Residentes | 6% (18) |
| Cardiólogos < 10 años de profesión | 35% (110) |
| Cardiólogos > 10 años de profesión | 7% (22) |
| En pareja (n) 68% (224) | |
| Con hijos (n) 22% (103) | |

| Tengo intenciones de vivir/trabajar en otro país (n) | 84% (281) |
|---|---|
| Percibo oportunidades de crecimiento en mi entorno (n) | 57%(188) |
| He iniciado trámites para vivir/trabajar en el exterior | 53% |
| Aspectos desalentadores del sistema de salud (n) | |
| Relación trabajo/ingresos baja | 93%(303) |
| Desequilibrio trabajo/tiempo libre | 68%(224) |
| Falta de reconocimiento/valoración profesional | 66%(217) |
| Inestabilidad económica/política del país | 58%(189) |
| Maltrato en el ámbito laboral | 27%(90) |
| Motivaciones para emigrar (n) | |
| Económica | 74%(246) |
| Mejores condiciones laborales | 72%(231) |
| Seguridad personal/Calidad de vida | 64%(205) |
| Formación académica | 43%(139) |
| Acceso a tecnología médica avanzada | 32%(103) |
| Dificultades percibidas para vivir/ejercer en el extranjero (n) | |
| Familia/Afectos | 52%(168) |
| Validación de títulos profesionales | 26%(85) |
| Idioma | 26%(85) |

de 10 años de experiencia. Las provincias más representadas fueron CABA (34%, n=110), Buenos Aires (17,5%, n=58) y Santa Fe (17,5%, n=57). El resto de características demográficas se observan en la Tabla 1. El 84% (n=274) manifestó intenciones de emigrar, siendo Europa el destino preferido (70%, n=229), y un 53% (n=173) ya había iniciado trámites como homologación de título o gestión de ciudadanía. Los principales factores negativos del sistema de salud percibidos fueron económicos, desequilibrio entre trabajo y tiempo libre, y falta de reconocimiento profesional (Tabla 2). Entre las motivaciones profesionales para emigrar se destacaron el deseo de mejor formación académica (43%, n=139) y acceso a tecnología médica avanzada (32%, n=103). Además, un 43% (n=139) indicó no percibir oportunidades de crecimiento profesional. Dentro de los encuestados con deseos de emigrar, un 13% (n=42) consideró la misma como definitiva y un 46% (n=147) estaría dispuesto a dejar temporalmente el ejercicio profesional. Las principales barreras para emigrar fueron la distancia de la familia y vínculos afectivos.

**Conclusión:** La intención de emigrar es altamente prevalente entre cardiólogos jóvenes y en formación, impulsada por factores socioeconómicos, desequilibrio laboral y falta de reconocimiento profesional. La elevada proporción que inició trámites refleja una situación crítica que pone en riesgo la permanencia y el desarrollo profesional de estos médicos en el país. Estos hallazgos resaltan la necesidad de acciones urgentes para mejorar las condiciones laborales y profesionales.

## 0724 - RESULTADO DE LA ABLACION POR RADIOFRECUENCIA DE EXTRASISTOLES VENTRICULARES ORIGINADAS EN EL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO EN PACIENTES CON CORAZON ESTRUCTURALMENTE SANO

Arritmias y Electrofisiología / Investigación Básica

Rocio Belen BENITO | Mauricio MYSUTA | Guillermo CARNERO | Mariel ALVAREZ CORREA | Arturo BOZZA | Maria Eugenia SANTILLAN | José Luis GONZÁLEZ

*Hospital Universitario Fundación Favaloro*

**Introducción:** Las extrasístoles ventriculares (EV) del tracto de salida de ventrículo derecho (TSVD) suelen aparecer en pacientes sin cardiopatía estructural, en forma de EV aisladas, taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) o sostenida (TVS). El principal mecanismo es la actividad desencadenada, pero también se han postulado los de reentrada o automatismo anormal. Varios estudios han demostrado que la ablación con radiofrecuencia (RF) es más eficaz que la terapia farmacológica para eliminar la arritmia ventricular, con un alto éxito y baja tasa de complicaciones, particularmente las originadas en el TSVD.

**Objetivos:** Evaluar el éxito agudo, las complicaciones y el porcentaje de pacientes libres de arritmia durante el seguimiento post ablación guiada con mapeo tridimensional de arritmia ventricular originada en el TSVD en pacientes sin cardiopatía estructural.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron las características basales de la población, la carga y morfología de arritmia ventricular, las características del procedimiento de ablación y su éxito. El éxito agudo de la ablación se definió como la eliminación de las EV al menos 30 minutos después de las aplicaciones de RF en la ablación y éxito en el seguimiento como la disminución igual o mayor al 80% de la carga arrítmica basal. También se analizó la tasa de complicaciones. Las variables categóricas se expresaron como números y porcentajes; las variables continuas se presentan como media y desviación estándar. Los fármacos antiarrítmicos se suspendieron al menos cinco vidas medias antes del procedimiento. Se realizó reconstrucción tridimensional con sistema de mapeo NAVX en SITE (Abbott) o CARTOS 3 (Biosense Webster). Durante la ablación se utilizó catéter multipolar HD GRID (Abbott) o PENTARAY (Biosense Webster) para mapeo a criterio del operador y catéteres irrigados de 8F (TactiCath o SmartTouch Sf) para mapeo y ablación.

**Resultados:** Se realizaron un total de 405 ablaciones por RF de EV desde marzo 2018 a diciembre 2024, de las cuales 168 se originaban en los TSVD. Características basales: HTA 11,3%, DBT 1.7 %, IAM previo 5,3%, FEY promedio 56.6%. El 22% se encontraba tomando betabloqueantes, 12,5 % drogas antiarritmicas (flecainida o propafenona) y el resto no tenía tratamiento con drogas debido a intolerancia del mismo o decisión del paciente. El 11.3 % tenía una ablación previa en otro

centro. Electrocardiograma: el 33% tenía una transición en V3, mientras que el 57 % restante se encontraba después de V4. El porcentaje promedio en el Holter fue 20,3 +/- 4 %. Procedimiento; el tiempo de radioscopia promedio fue de 7,1 ± 2 minutos mientras que el tiempo del procedimiento promedio fue de 103,5 ± 6 minutos. Cinco pacientes desarrollaron taquicardiomiopatia. El éxito agudo fue de 97,2 % y no hubo complicaciones graves asociadas al procedimiento. Seguimiento 11.4 +/- 10 meses. Luego de la ablación, se encontraban libres de arritmia en Holter al mes el 93,4 %, y a los 3 y 6 meses el 89%. Recurrencia al año fue de 10,7% (18 pacientes), de los cuales el 88% (16 pacientes) se realizó nueva ablación con un seguimiento a los 12 meses libre de arritmias.

**Conclusión:** En nuestra población en estudio, la ablación por RF de EV provenientes del TSVD es un procedimiento seguro, con un alto éxito inicial, que se mantuvo durante el seguimiento. Por lo que la ablación por RF con sistema de mapeo tridimensional, es el tratamiento de elección en pacientes con corazón estructuralmente sano que presentan EV provenientes del TSVD.

## 0728 - PREVALENCIA DE LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA Y PREDICTORES DE EVENTOS CLÍNICOS EN UNA COHORTE DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Augusto Maria LAVALLE COBO | Gabriela MATTA | Nicolas Federico RENNA | Sergio GIMENEZ | Matias Fernando ARRUPE | Laura Ester SCHREIER | Pablo CORRAL | En Representación GRUPO GAELP(A)

*GRUPO GAELP(A)*

**Introducción:** Los valores de lipoproteína(a) [Lp(a)] están determinados en gran medida por factores genéticos. Niveles elevados de Lp(a) se reconocen como un factor de riesgo cardiovascular independiente, debido a sus propiedades pro-aterogénicas, pro-trombóticas y pro-inflamatorias. Aunque la prevalencia mundial de Lp(a) elevada se estima entre el 20% y el 30%, existen datos limitados sobre su distribución y su impacto clínico en América Latina, especialmente en la Argentina.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de lipoproteína(a) elevada y su asociación con eventos clínicos en una cohorte de pacientes de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron los primeros 3000 pacientes incluidos en el registro GAELp(a) [Grupo Argentino de Estudio de Lipoproteína(a)] desde enero de 2023 a diciembre de 2024. Es un estudio observacional con un componente retrospectivo y otro prospectivo. Se evaluaron 50 variables clínicas, bioquímicas, imagenológicas y terapéuticas. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Salud de la Universidad Nacional de Cuyo. Los valores de Lp(a) fueron determinados con ensayos que median el número de partículas (nmol/L) o la masa (mg/dL) acorde a la disponibilidad de cada investigador. Se definieron valores de Lp(a) elevados >50 mg/dL o > 125 nmol/L. Se definió MACE como el compuesto de antecedentes personales de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular isquémica, revascularización coronaria y enfermedad arterial periférica. Para identificar los predictores de MACE se realizó un análisis multivariado de regresión logística. Para evaluar el valor predictivo de la concentración de Lp(a) para MACE se realizó un análisis de curva ROC expresada únicamente en nmol/L.

**Resultados:** Se incluyeron 3000 pacientes. La edad media fue de 57,6 años ± 15,1 y 53,7% fueron hombres. La mediana de Lp(a) fue de 23 mg/dL (RIC 8,9 – 70) y 44 nmol/L (RIC: 14 –162). Se observó una prevalencia de Lp(a) elevada de 34% y 31% cuando se la expresó en mg/dL y nmol/L respectivamente (fig. 1). La prevalencia de MACE en toda la población fue de 16,8%. Se identificaron como predictores de MACE, género masculino (OR 2,71), edad (por año) (OR 1,04), tabaquismo (OR 1,39), diabetes tipo 2 (OR 1,79), historia familiar de enfermedad cardiovascular (OR 1,71), hipertensión (OR 1,87) y la presencia de Lp(a) elevada (OR 1,53). El área bajo la curva (AUC) fue aproximadamente 0,57 (IC95% 0,52-0,60) (fig.2). El punto de corte óptimo de 53,2 nmol/L presenta una sensibilidad del 61% y especificidad del 54%.

**Conclusión:** El registro GAELp(a) revela que uno de cada tres argentinos presenta niveles elevados de Lp(a), los cuales se asocian con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar el screening de Lp(a) en nuestro país como una herramienta clave para identificar pacientes de alto riesgo cardiovascular e implementar estrategias preventivas oportunas.

## 0729 - "TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN VÁLVULAS BICÚSPIDES EN PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO. EVOLUCIÓN A 30 DÍAS Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO."

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Ivana OREJUELA

*Fundación Favaloro*

**Introducción:** El TAVI ha demostrado su gran beneficio en pacientes con estenosis aórtica severa, pero, uno de sus desafíos continúa siendo en aquellos que presentan una válvula bicúspide, ya que es anatómicamente diferente y con mayor grado de calcificación.

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento de la estenosis aortica en válvula bicúspide sometidos a TAVI su evolución a 30 días y en el seguimiento.

**Materiales y Métodos:** Entre marzo del 2009 y mayo del 2025 recibieron TAVI en forma consecutiva 1.115 pacientes, de todos ellos, 45 (4.03%) presentaban válvula aórtica bicúspide. Se definió Éxito Técnico (ET) al correcto implante del dispositivo, con gradiente pico menor a 20 mmHg, sin leak moderado o severo; y Éxito Clínico (EC) al ET en ausencia de muerte, infarto, ACV, cirugía de urgencia o necesidad de reintervención.

**Resultados:** La edad promedio fue de 76.6 años, 25 fueron hombres, 38 presentaban hipertensión arterial, 6 diabetes, 28 dislipidemia, 9 tabaquistas, 4 CRM, 8 ATC pre TAVI. El eGFR fue de 66.99 ± 20.9 y 16 ptes presentaron deterioro de la función renal. El STS de mortalidad fue 5.76 % ± 3,06 y el STS de morbilidad de 18.58 %± 10,7. En el ECG diagnóstico 36 tenían ritmo sinusal, 9 fibrilación auricular, 6 bloqueo AV, 5 bloqueo completo de rama derecha, 2 bloqueo completo de rama izquierda. La fracción de eyección fue de 57.1 ± 10.8%, el AVAO fue de 0.65 ± 0.18 $cm^2$ y gradiente medio: 56.5 ± 19 mmHg. En 27 ptes se utilizó SEV (25 Corevalve/Evolute, 2 Pórtico) y en 17 BEV (11 SAPIEN, 6 MyVal). Se utilizó acceso femoral en todos los ptes, uno de ellos fue quirúrgico. El cierre percuténo se utilizó en 44. El ET fue en 44 ya que un pte presento rotura del anillo y el EC en 44. A 30 días ninguno presentó ACV, infarto, cirugía de urgencia, reintervención o sangrado mayor. La necesidad de marcapaso fue en 13 ptes. El seguimiento se realizó a los 8.2 meses ± 18.5 en 40 ptes, un pte falleció de causa no cardíaca (COVID), ninguno presentó infarto, ACV, cirugía o reintervención. En el eco-Doppler el gradiente medio de 7.8 ± 3.5 mmHg. y ninguno presentó leak moderado o severo.

**Conclusión:** En esta serie, de una sola Institución, la estrategia de tratamiento TAVI en pacientes con válvulas aorticas bicúspides con alto riesgo para la cirugía fue segura y efectiva con buenos resultados a 30 días y en el seguimiento.

## 0731 - INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: ¿PREDOMINA EL SEXO FEMENINO?

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Sofía MARTINEZ | Jhaneth OVANDO GARCÍA | Vanessa Guadalupe Del Valle REYES SILVA | Deysi DIAZ MACIEL | Marines Carolina CORONEL | Stalin Fernando VILLEGAS ÁVILA | Mauro BASCONCEL | Karina PALACIOS

*Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez*

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEp) constituye una entidad clínica prevalente, especialmente en adultos mayores con múltiples comorbilidades. Diversos estudios internacionales han descripto una mayor frecuencia en mujeres, aunque existen escasos datos locales en el ámbito hospitalario público.

**Objetivos:** Analizar la distribución por sexo en pacientes internados con ICFEp en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre marzo de 2024 y mayo de 2025.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ICFEp (fracción de eyección =50%) durante el período mencionado. Se excluyeron aquellos con valvulopatías severas. Se analizaron 25 pacientes únicos, de los cuales 17 fueron mujeres y 8 varones. Se evaluaron variables clínicas como edad, comorbilidades y reinternación. El análisis estadístico incluyó comparación de proporciones mediante prueba de chi cuadrado, con significancia estadística definida como $p < 0,05$.

**Resultados:** Del total de 25 pacientes, 17 (68%) fueron mujeres y 8 (32%) varones. Dos pacientes mujeres fueron reinternadas por IC, ambas con 90 años. La edad de los pacientes osciló entre 70 y 100 años. En cuanto a comorbilidades: Hipertensión arterial: 76% (n=19), predominante en mujeres (13/17). Fibrilación auricular: 6 mujeres (35%). Tabaquismo activo: 3 pacientes (1 varón, 2 mujeres; una reinternada). Ex tabaquistas: 10 pacientes (6 varones, 4 mujeres). Sedentarismo: 100% de la cohorte. Diabetes mellitus: 5 pacientes (4 mujeres). Dislipemia: 9 pacientes (6 mujeres, 3 varones). Obesidad: 3 pacientes (2 mujeres, 1 varón). La distribución por sexo mostró una mayor proporción de mujeres con ICFEp (p = 0,04).

**Conclusión:** En esta cohorte hospitalaria, la ICFEp fue más frecuente en mujeres, en concordancia con la literatura internacional. Las comorbilidades predominantes fueron hipertensión arterial, dislipemia y sedentarismo. Este perfil clínico sugiere la necesidad de incorporar un enfoque diferencial por sexo en la evaluación, seguimiento y abordaje terapéutico de la ICFEp.

## 0733 - EVOLUCIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COARTACIÓN DE AORTA A QUIENES SE REALIZÓ ESTUDIO DE AORTA POR RESONANCIA MAGNÉTICA, EN UN HOSPITAL INFANTIL EN BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2020-2023

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Tomografía / Resonancia Magnética Cardiovascular

Katherine Elizabeth TURBAY BETANCOURT | Loreto OLIVOS SÁNCHEZ | Mariana Alejandra LOPEZ DANERI | Andres Javier ROSSO | Willy CONEJEROS PARODI

*Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez*

**Introducción:** Evolución de un grupo de pacientes con diagnóstico de Coartación de Aorta a quienes se realizó estudio de aorta por resonancia magnética, en un Hospital Infantil en Buenos Aires, Argentina, 2020-2023

La coartación de aorta, si bien requiere un estudio inicial orientado a definir el manejo al nacer, en el largo plazo supone un desafío para el cardiólogo y el cirujano en cuanto a su evolución clínica e imagenológica. Se procede a realizar una revisión de la casuística institucional a partir de estudios recientes para caracterizar la evolución de los pacientes y protocolizar su seguimiento.

**Objetivos:** Revisar la evolución clínica e imagenológica de pacientes con coartación de aorta a quienes se les realizó en el seguimiento resonancia cardiaca. Se busca valorar anatomía resultante y aparición de comorbilidades como recoartación o hipertensión arterial.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de las historias clínicas, incluyendo informes ecocardiográficos y de resonancia, de los servicios de Cardiología Infantil y de Imágenes Diagnósticas en un hospital de niños de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre 2020 y 2023. Se procesaron los datos siguientes: Sexo, edad, tipo de procedimiento realizado (cirugía o cateterismo intervencionista), angioplastia o colocación de stent, edad al momento del procedimiento, recoartación, aneurisma o dilatación, hipertensión arterial en el seguimiento, aorta bicúspide.

**Resultados:** La mitad de los pacientes presentó como hallazgo aorta bicúspide, la mitad también presento hipertensión arterial. Dos pacientes no requirieron procedimiento en ningún momento de su evolución. Se encontró dos pacientes con síndrome de Turner, y uno con agenesia mulleriana. La incidencia de recoartación es similar a la valorada en estudios internacionales.

Conclusión: La coartación de aorta es una cardiopatía congénita que conlleva un seguimiento a largo plazo de las complicaciones, requiere controles periódicos con clínica, imágenes e intervencionismo. La hipertensión arterial es prevalente en la mitad de los casos.

## 0735 - ARGEN-HP: REGISTRO INTERSOCIETARIO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ARGENTINA.

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolas SILVA CROOME | Pablo COSTAS MARTIGNAGO | Luis LEMA | Martin BOSIO | Graciela SVETLIZA | Guillermina SORASIO | Nicolas DAMELIO | Mariana CORDOBA

*ARGENHP RESEARCH GROUP*

**Introducción:** Las guías de práctica clínica en Hipertensión Pulmonar (HP) se basan en análisis de grandes cohortes del hemisferio norte, principalmente en Estados Unidos y en Europa. La información disponible en Latinoamérica es limitada.

**Objetivos:** Analizar las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de la población con HP de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Registro nacional, multicéntrico, analítico, prospectivo y consecutivo de pacientes con Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho (CCD) según criterios ESC/ERS 2022, de HP de Grupo I, III, IV y V. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, de estudios complementarios (CCD, ecocardiograma Doppler, test de caminata de 6 minutos (TC6M), laboratorio, espirometria) 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 intercuartilo (RI) según distribución.

**Resultados:** Se incluyeron 683 p con una edad media de 55 años ± 18 y sexo femenino de 66.44%. El grupo I fue el más prevalente, siendo la etiología idiopática la de mayor frecuencia. La demora diagnóstica fue de 10.91 meses. 52.67% presentó clase funcional avanzada (III/IV). 37.5% mostró insuficiencia cardíaca, 12.07% síncope y 5.6% angor. En el TC6m solo el 25% recorrió una distancia mayor a 440 metros. En el CCD 25% presentó índice cardíaco (IC) menor de 2.2 l/min*m2., presiones pulmonares y RVP severamente incrementadas. La media de diámetro basal del VD fue de 45 mm ± 8 La mediana de NT-proBNP fue 662 pg/ml. (170 – 1457). 74.23% no se encontraban en bajo riesgo. 59.6% recibió terapia combinada.

**Conclusión:** La población argentina con HP se caracteriza por ser heterogénea, con mayor prevalencia del grupo I y sexo femenino, presentando al momento del diagnóstico clase funcional avanzada, parámetros hemodinámicos de severidad y remodelado negativo de cavidades derechas. Conocer las características de nuestra población permitirá adoptar estrategias para lograr el diagnóstico precoz y un abordaje más efectivo de la patología.

| | |
|---|---|
| Edad, años (SD) | 55.65 (SD ± 18) |
| Sexo femenino (%) | 69.75 |
| Grupo (%) | |
| I | 67.41 |
| | |
| III | 15.99 |
| IV | 15.84 |
| V | 0.75 |
| Patología asociada Grupo I (%) | |
| Idiopático | 44 |
| Enfermedad del tejido conectivo | 32 |
| Cardiopatía congénita | 14 |
| Hipertensión portopulmonar | 3 |
| HIV | 3 |
| Asociado a drogas | 2 |
| WHO CF (%) | |
| I | 6.72 |
| II | 40.61 |
| III | 42.14 |
| IV | 10.53 |
| TC6M | |
| Distancia (m) | 342 ± 131.4 |
| Estratificación de riesgo (%) | |
| Bajo | 25.77 |
| Intermedio | 51.54 |
| Alto | 22.69 |
| Tratamiento inicial (%) | |
| Monoterapia | 36.56 |
| Terapia dual | 47.91 |
| Terapia triple | 11.69 |
| No Farmacologico | 3,84 |

| | |
|---|---|
| Variables hemodinámicas | |
| PAD (mmHg) | 11,27 ± 13,97 |
| PAPm (mmHg) | 45,08 ± 16,2 |
| RVP (UW) | 7,96 ± 4,94 |
| IC (l/min*m$^2$) | 2.75 ± 0.92 |
| Variables ecocardiográficas | |
| Área de AD (cm2) | 23,62 ± 7,49 |
| TAPSE (mm) | 21,58 ± 22,36 |
| PL strain (%) | -14,51 ± 4.8 |
| CAF (%) | 33,31 ± 7,66 |
| IE | 1,28 ± 0.378 |
| VRT (m/s) | 4,13 ± 0,77 |

SAC

Sociedad Argentina de Cardiología