



SAC.21

47° CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGÍA
19° CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

TEMAS LIBRES

TEMAS LIBRES A PREMIO pág. 1 - 28

TEMAS LIBRES PREFERIDOS pág. 29 - 81

E-POSTERS pág. 81 - 237

VIRTUAL

14 | 15 | 16 octubre de 2021



TEMAS LIBRES A PREMIO

47° Congreso Argentino de Cardiología Trabajos sobre cardiología clínica o quirúrgica

0115 - EL SEXO COMO DETERMINANTE DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICO-ELECTROCARDIOGRÁFICA DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

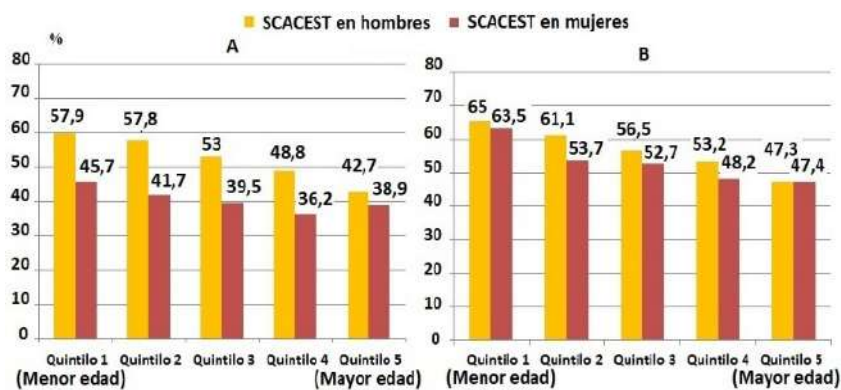
DE ABREU, Maximiliano(1) | VENSANTINI, Natalia(2) | ANTONIETTI, Laura(1) | VILLARREAL, Ricardo Alfredo(3) | MARIANI, Javier(1) | GAGLIARDI, Juan Alberto(4) | DOVAL, Hernán Claudio(2) | TAJER, Carlos D.(2)

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela (1); GEDIC (Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica) (2); Sanatorio Güemes (3); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (4)

Introducción: El sexo es determinante de diferencias epidemiológicas en las enfermedades cardiovasculares. La forma de presentación de los SCA como con elevación ST (SCACEST) o sin elevación ST (SCASEST) difiere entre hombres y mujeres. Sin embargo, no ha sido definida con precisión la influencia del sexo en la forma de presentación clínico-electrocardiográfica de los SCA.

Objetivos: Describir la influencia del sexo en la presentación clínico-electrocardiográfica de los SCA.

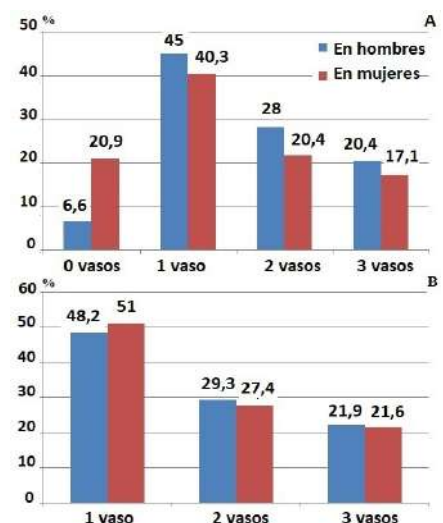
Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio observacional, multicéntrico. Se incorporaron al análisis todos los pacientes incluidos prospectivamente en un registro argentino de patología cardiovascular aguda con diagnóstico de SCA



Resultados: Se incorporaron un total de 10.019 pacientes con SCA. Hombres 72,9%, 49,3% fueron SCACEST. Las mujeres presentaron una proporción mayor de SCASEST que los hombres (60,3% vs. 46,7%; OR 1,74; IC 95% 1,59 - 1,9; p<0,001). En la población total, esta diferencia se concentró en los quintiles de menor edad, equilibrándose en los mayores (ver figura 1A). En pacientes con coronariografía en la

internación (62%), en presencia de enfermedad coronaria significativa (obstrucción $\geq 70\%$), prácticamente no existieron diferencias en la forma de presentación entre hombres y mujeres por quintil de edad (ver figura 1B). La diferencia en la forma de presentación entre sexos se debió a la mayor prevalencia de SCA con coronarias no obstructivas entre las mujeres (20,9% vs. 6,6%), ya que los SCA sin lesiones coronarias fueron en su mayoría SCASEST (77,7% vs. 22,3%). Las mujeres presentaron menor extensión de enfermedad coronaria que los hombres (ver figura 2A). Al analizar exclusivamente pacientes con lesiones coronarias significativas, se igualó la extensión de enfermedad coronaria en ambos sexos (Ver figura 2B). El porcentaje de SCA sin lesiones coronarias significativas en hombres y mujeres, por quintil de edad ascendente fue la siguiente: hombres 9,2% - 5,5% - 6% - 5,9% - 5,3%; mujeres: 29,2% - 23,3% - 23% - 19,2% - 15,7%.

Conclusiones: El sexo es una variable determinante de la forma de presentación clínico-electrocardiográfica de los SCA. En presencia de enfermedad coronaria significativa, la extensión de enfermedad coronaria y la forma de presentación fueron similares en ambos sexos. La diferencia entre sexos se debió a la mayor proporción de SCA sin lesiones significativas en el sexo femenino, debido a la elevada proporción de SCASEST asociado a coronarias normales en mujeres jóvenes.



0206 - EVALUACION DEL ORBIT BLEEDING RISK SCORE COMO PREDICTOR DE SANGRADO MAYOR EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO.

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín(1) | PIÑEL, Sebastian(1) | VITALE, Federico Luis(1) | IGLESIAS, Julieta Soledad(2) | LEONARDI, Mariela(2) | TELLECHEA, Francisco Enrique Armando(2) | ESCOBAR CALDERÓN, José Gustavo(1) | DIZEO, Claudio(2)

Sanatorio Franchín (1); Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés) (2)

Introducción: El sangrado mayor es la complicación más importante del tratamiento antitrombótico en el síndrome coronario agudo (SCA), asociándose incluso a mayor mortalidad. El score CRUSADE y el ACTION_GWT han sido desarrollado para predecir sangrado mayor en SCA, presentan una moderada capacidad predictiva y relativa complejidad para calcularlos. Por otro lado, se han desarrollado diferentes scores de riesgo de sangrado para la fibrilación auricular que, como el HAS-BLED, han sido también evaluados para SCA. Recientemente, las guías del NICE sugieren utilizar el ORBIT Bleeding risk score (ORBIT) para evaluar el riesgo de sangrado en la fibrilación auricular por su mayor capacidad predictiva. Su utilidad en el contexto de SCA ha sido poco estudiada.

Objetivos: El objetivo es evaluar al ORBIT como predictor de sangrado mayor en pacientes internados por SCA en los que se decide la anticoagulación como parte de la estrategia antitrombótica.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva pacientes internados en dos unidades coronarias con diagnóstico de SCA que recibieron anticoagulación como parte de la terapia antitrombótica. A todos se les calcularon los scores CRUSADE, ACTION-GWTG y ORBIT con los datos clínicos del ingreso. Se analizó el punto primario de sangrado mayor, definido como una clasificación de BARC 3 o 5. Se realizó análisis multivariado por regresión logística. Para establecer la capacidad de discriminación de los scores se evaluó el área bajo la curva ROC (ABC) y la comparación entre las curvas se realizó mediante la prueba de homogeneidad de áreas Ji-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 762 pacientes (580 con SCA sin elevación del ST y 182 con elevación del ST), con una edad de 68 ± 11 años, 35% mujeres. Como tratamiento antitrombótico recibió

	UNIVARIADO	p	MULTIVARIADO	p
ACTION-GWTG	OR 1,12 (IC95% 1.02-1.19)	0.001	OR: 0.99 (IC95% 0.90-1.08)	0.783
CURSADE	OR 1.06 (IC95% 1.03-1.08)	0.01	OR: 1.01 (IC95% 0.98 -1.05)	0.12
ORBIRT	OR 2.56 (IC95% 1.81-3.36)	0.01	OR: 2.46 (IC95% 1,61-3,97)	<0.01

aspirina el 100%, el 96.3% recibió inhibidores del receptor P2Y12, el 100% recibió anticoagulación con enoxaparina y el 9.5% recibió fibrinolíticos. El punto de sangrado mayor se presentó en el 3.4% (n=26). En la tabla se muestra el análisis univariado y multivariado de los diferentes scores. El ACCTION-GWTG presentó un ABC de 0.70 (IC95% 0.58- 0.82), el CRUSADE de 0.68 (IC95% 0.57-0.80) y el ORBIT de 0.80 (IC95% 0.72-0.90). El score ORBIT presentó una mayor ABC que el CRUSADE (p=0.03) sin diferencias con el ACTION-GWTG (P=0.06)

Conclusiones: Los tres scores evaluados fueron predictores en el análisis univariado, pero el ORBIT fue el único predictor independiente de sangrado mayor, presentando una mejor capacidad de discriminación que el CRUSADE y una tendencia a mejor capacidad que el ACTION-GWTG.

0231 - VALOR PREDICTIVO DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE EN EL DESARROLLO DE CARDIOTOXICIDAD

Unidad Temática: Cardio Oncología

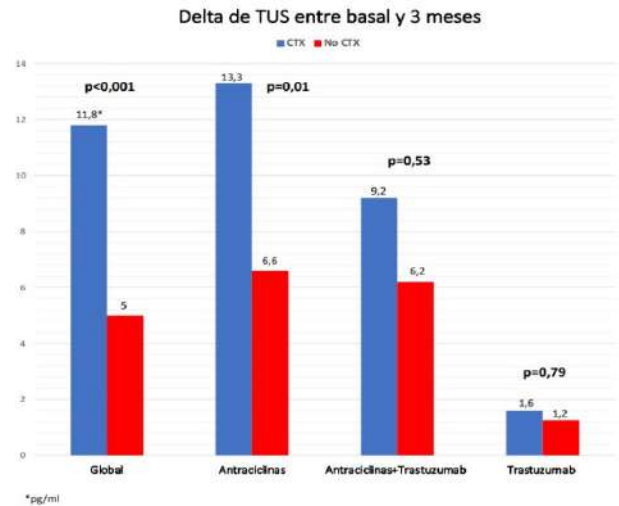
DEL CASTILLO, Santiago Luis | LLAMEDO, María Clara | CAPDEVILLE, Sofía | FILENI, Lucía | ROSSI, Emiliano | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El aumento de troponina ultrasensible (TUS) posterior al inicio de quimioterapia es un factor predictor para el desarrollo de cardiotoxicidad (CTX). Sin embargo, en la práctica clínica se desconocen los puntos de corte y el comportamiento de la misma según el tratamiento quimioterápico recibido.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la TUS para identificar pacientes en riesgo de desarrollar CTX por Antraciclinas (AC) y/o Trastuzumab (TZ) estableciendo puntos de corte para este biomarcador. El objetivo secundario fue determinar su utilidad según el tratamiento recibido.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo en el que se incluyeron pacientes en forma consecutiva en plan de tratamiento con AC y/o TZ. El punto final primario fue la aparición de CTX, definida como una caída $\geq 10\%$ de la fracción de eyección (FEY) a los 6 meses respecto al basal. Se midió TUS basal y TUS pico a los 3 meses de iniciada la quimioterapia, con lo que se obtuvo el valor del incremento de TUS. Se midió FEY basal, a los 3 y 6 meses. Se construyeron modelos de regresión logística para identificar las variables asociadas al punto final. Se realizó una curva ROC para determinar el mejor punto de corte de TUS pico e incremento de TUS. Se realizó un análisis de subgrupos para evaluar las diferencias entre tipo de tratamiento recibido y el incremento de TUS asociado al punto final.



Resultados: Se incluyeron 189 pacientes (57 años ± 14 , 81% mujeres). La incidencia de cardiotoxicidad fue del 22% (n=42). Las variables asociadas al punto final fueron diabetes (14,2% vs 4,7%, p=0,03), el valor de TUS pico a los 3 meses (18,1 \pm 14 pg/ml vs 11,6 \pm 10,3 pg/ml, p=0,005) y el incremento de TUS en el seguimiento (11,8 \pm 12,8 pg/ml vs 5 \pm 8,2 pg/ml, p<0,001). El valor de TUS pico >13 pg/ml mostró la mejor sensibilidad (S) y especificidad (E) para identificar pacientes en riesgo de desarrollar CTX (S=51,2%, E=76,7%, Valor predictivo positivo (VPP)=38,6% y valor predictivo negativo (VPN)=84,7%) mientras que un incremento de TUS>14 pg/ml mostró una S=42,4% E=92,6% VPP=60,9% y VPN=83,8%. En un análisis multivariado la presencia de TUS pico>13 pg/ml se asoció en forma independiente al desarrollo del punto final en un modelo ajustado por diabetes, hipertrofia ventricular y edad (OR=3.9, IC 95%:1.6-9.6; p=0.003). El incremento de TUS>14 pg/ml también se asoció al punto final en forma significativa (OR:12.8, IC 95%:4-40.5; p<0.001). Dentro del análisis por tratamiento recibido, se observó una diferencia significativa del incremento de TUS en los pacientes tratados con AC (13,3 \pm 13 pg/ml vs 6,6 \pm 10 pg/ml, p=0,01) mientras que no se observaron diferencias en el incremento de este biomarcador en pacientes tratados con AC + TZ y TZ. (Gráfico 1)

Conclusiones: El valor pico de TUS así como su incremento en el seguimiento de pacientes tratados con Antraciclinas y/o Trastuzumab es una herramienta útil para identificar pacientes en riesgo de desarrollar cardiotoxicidad, principalmente a expensas de su alto valor predictivo negativo. Dicho biomarcador impresiona tener mayor utilidad en el subgrupo de pacientes tratados con Antraciclinas.

0330 - TRASPLANTE CARDÍACO EN MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: 23 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

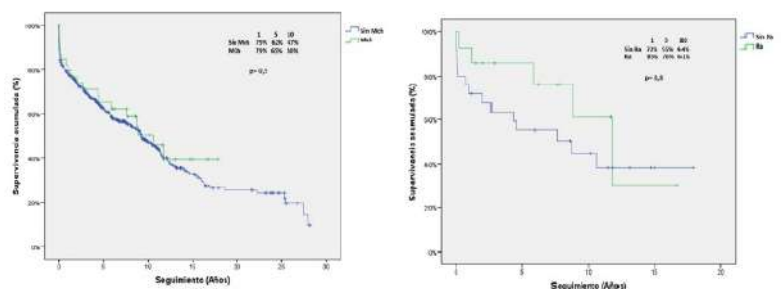
DELLA CELLA FIGUEREDO, Rosario | RENEDO, María Florencia | ABSI, Daniel Oscar | GIORDANINO, Elian Facundo | FAVALORO, Liliana | VIGLIANO, Carlos | FAVALORO, Roberto René | BERTOLOTTI, Alejandro

Fundación Favalaro

Introducción: La enfermedad de Chagas afecta a más de 2 millones de personas en Argentina. El 20-40% de los infectados pueden evolucionar hacia la miocardiopatía chagásica (MCh), una entidad de rápida progresión y elevada mortalidad. Una de las opciones terapéuticas en sus estadios avanzados es el trasplante cardíaco (TxC).

Objetivos: Comparar la supervivencia de pacientes (P) TxC por MCh frente a P TxC por otras causas. Analizar la prevalencia de reactivación de enfermedad de Chagas y su impacto en la sobrevida dentro del subgrupo de P TxC por MCh.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 606 P TxC desde agosto de 1998 a marzo de 2021. Se analizó la supervivencia de P trasplantados por MCh frente a aquellos trasplantados por otras causas, mediante la utilización de curvas de Kaplan-Meier y en forma



comparativa mediante Log Rank test. El diagnóstico de reactivación (Ra) se realizó mediante PCR en tiempo real (RT-PCRq), prueba de Strout en sangre periférica, tejido miocárdico y cutáneo. El tratamiento utilizado en los casos de Ra fue benznidazol.

Resultados: Del total de 606P TxC, 39 (6,4%) presentaban MCh. El seguimiento promedio de la población fue de $5,7 \pm 8,8$ años. La media de edad del subgrupo con MCh fue de 51 ± 11 años, siendo 28P (72%) hombres. Se trasplantaron en situación de emergencia 17P (43,6%); urgencia 16P (41%) y electiva 6P (15,4%). Se realizó inducción con timoglobulina a 6P (15,4%). Durante el seguimiento se utilizaron como inmunosupresores: esteroides, azatioprina o micofenolato y tacrolimus. Se evidenciaron dos o más episodios de rechazo celular $> 2R$ en 11P (28,2%); enfermedad vascular del injerto a los cinco años del TxC en 9P (23%) y desarrollo de neoplasias en 6P (15,4%): carcinomas cutáneos (2P), enfermedad linfoproliferativa post trasplante (3P) y carcinoma renal (1P). La supervivencia a 1, 5 y 10 años de los P TxC por MCh frente a aquellos TxC por otras causas fue de 79%, 65% y 50% versus 79%, 62% y 47% respectivamente ($p=0,5$). La vida media de la población TxC por Mch fue de 10 años; y 11,6 años en los P TxC no chagásicos. Se documentó Ra de enfermedad de Chagas en el 38,5% de los P: afectación cutánea (3P), miocarditis (1P), parasitemia (5P) y seis presentaron Ra mixta. El 53,3% de los pacientes presentó Ra dentro de los 90 días pos-TxC y el 73,3% posterior al tratamiento de rechazo. La supervivencia a 1, 5 y 10 años de los pacientes con MCh que reactivaron la enfermedad frente a los que no presentaron reactivación fue de 85%, 76% y 61% versus 72%, 55% y 44% respectivamente ($p=0,3$).

Conclusiones: En nuestra serie no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia de los P TxC por MCh en comparación con aquellos trasplantados por otras causas; así como tampoco entre los P que reactivaron la enfermedad de Chagas y los que no lo hicieron.

0599 - IMPLICANCIAS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RED DE INFARTO EN EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

Unidad Temática: *Cardiología Intervencionista*

CHIARINI, Fernando | DE LA VEGA, Marcos Fernando | PESSAH, Gustavo | LEONARDI, Carlos Raúl | GIRAUDO, Maximiliano | ITTIG, Ariel | LEHITE, Veronica Mariel | MOISES AZIZE, Guillermo

Hospital Córdoba

Introducción: El infarto agudo de miocardio con ST (IAM con ST) es la principal causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo. La perfusión precoz ha logrado disminuir la mortalidad y estadía hospitalaria. El diagnóstico y tratamiento temprano es vital en esta enfermedad. Una de las recomendaciones de los últimos consensos de infartos, es la introducción de sistemas de redes, con el objetivo de proporcionar una atención médica óptima y reducir los retrasos y de ésta manera mejorar los resultados clínicos.

Objetivos: Evaluar los resultados del tratamiento del IAM con ST, luego de implementar la RED DE INFARTO, a través de un sistema de alerta por Whatsapp coordinado por jefes de unidad coronaria, terapia intensiva, unidad de cuidados intermedios y médicos hemodinamistas y de recuperación de la división de hemodinamia y compararlos con la era pre RED.

Materiales y Métodos: Estudio monocéntrico, prospectivo, en un hospital Público de la provincia de Córdoba. La era pre Red fue definida en el período de tiempo desde 2011 hasta diciembre de 2016 y la era RED de INFARTO desde enero de 2017 hasta febrero de 2021. Se incluyeron pacientes con IAM con ST, los cuales fueron sometidos a angioplastia transluminal coronaria directa, donde se valoraron los tiempos, inicio de los síntomas y el primer contacto médico (Dolor- PCM), PCM-ingreso a Hemodinamia (PCM- HEMODINAMIA), tiempo ingreso al hospital apertura de la arteria comprometida (Puerta - Balón) y tiempo desde el comienzo del dolor a la llegada a Hemodinamia (dolor - Hemodinamia), el porcentaje de pacientes que ingresaron dentro de las 2 hs., entre las 2-4 hs., 4-6 y mayor a 6 hs. y la mortalidad intrahospitalaria. Se considera una P significativa $< 0,05$.

Resultados: En la Era pre Red se incluyeron un total de 350 pacientes con edad promedio de 56 años, con respecto al sexo, masculino 82% y 18% femenino; la arteria tratada en orden de frecuencia fue, la coronaria derecha, 49%; descendente anterior, 45% y Cx y otros: 6%, en cuanto a los tiempos Dolor- PCM fue de 280 minutos (min.); PCM- HEMODINAMIA de 152 min; dolor - HEMODINAMIA 451min y puerta-balón de 45 min. y la mortalidad intrahospitalaria del 8,57%. En la era RED se incluyeron un total de 542 pacientes con edad promedio de 55 años, con respecto al sexo, masculino 84% y 16% femenino; la arteria tratada en orden de frecuencia fue, la coronaria derecha, 52.8%; descendente anterior, 42.5% y Cx y otros: 4.59%, en cuanto a los tiempos Dolor- PCM fue de 196 minutos (min.); PCM- HEMODINAMIA de 188 min; dolor -

HEMODINAMIA 351min y puerta-balón de 35 min. y la mortalidad intrahospitalaria del 4,42% con $P=0.03$. Se aprecia un P significativa con respecto al KkII y KkIII de ingreso en la era pre red (Figura 1). No se evidenció diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a los tiempos de ingresos dentro de las 2 hs. , entre las 2-4 hs., 4-6 y mayor a 6 hs (Figura 2.).

Conclusiones: la experiencia del uso de la red permitió, disminuir los tiempos de demoras con resultados satisfactorios en cuanto a Dolor- PCM , dolor – HEMODINAMIA y puerta-balón acercándose estos últimos a lo que recomiendan consensos actuales , y además se vio reflejado el gran beneficio que esto genera para el paciente, con una significativa baja de la mortalidad intrahospitalaria, explicado tal vez por la comunicación y asistencia precoz pre- ATC. La idea es de continuar trabajando y mejorando nuestro sistema, para así acercarse cada vez más a las estrategias de nuestras guías y que los resultados se transmitan al tratamiento óptimo del IAM.

0610 - CORRELACION DEL GRADO DE ESTENOSIS CAROTIDEA MEDIANTE ECODOPPLER Y ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADA EN PACIENTES DERIVADOS A CIRUGIA CAROTIDEA

Unidad Temática: Medicina Vasculat

CASTELLI, Mariano | BELCASTRO, Fernando | GHIBAUDO, Sebastian Oscar | HERRASTI, Marcelo | KATIB, María Cristina | PEREA, Gabriel | VILLAGRA, José Maximiliano

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El diagnóstico del grado de estenosis carotidea de manera no invasiva cumple un rol preponderante para decidir la terapéutica de revascularización, siendo el ultrasonido carotídeo el método diagnóstico de primera línea en este tipo de pacientes.

Objetivos: El ánimo de este estudio fue determinar el grado de acuerdo que existe entre el EDC y la ATC en pacientes derivados a cirugía vascular.

Materiales y Métodos: Se analizaron 94 pacientes derivados a Endarterectomía carotidea que fueron estudiados mediante EDC y ATC en el período de Enero 2017 a Julio de 2019 en ICBA. El grado de correlación entre los métodos fue evaluado mediante test Pearson, previo valoración de normalidad de su distribución, analizando el porcentaje de obstrucción carotídea mediante la obtención de velocidades sistólicas y diastólicas máximas y su relación con EVC; y mediante la valoración del segmento más estrecho de la obstrucción y su relación con el segmento sano más próximo mediante ATC. El criterio NASCET fue utilizado para los dos métodos.

Resultados: El grado de correlación mediante los dos métodos fue muy bueno siendo estos evaluados mediante test de Pearson con r Pearson de 0,74 (valor $p=0,001$). Se valoró además el grado de acuerdo entre los dos métodos mediante gráficos de Bland Altman en donde se objetivó un buen grado de acuerdo en la valoración del grado de obstrucción carotidea con una media de diferencia de 0,047%.

Conclusiones: Existe un muy buen grado de acuerdo entre los dos métodos más utilizados para la valoración de pacientes con patología carotídea severa derivados a cirugía vascular. El EVC continúa teniendo un alto grado de confiabilidad y precisión diagnóstica cuando se lo compara con métodos anatómicos como la ATC.

“Dr. Pedro Cossio” Trabajos sobre cardiología clínica o quirúrgica

0137 - MICROARN CARDÍACOS CIRCULANTES COMO BIOMARCADORES DE POTENCIAL VALOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO EN MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA. ESTUDIO PROSPECTIVO.

Unidad Temática: Enfermedad Cardiovascular

ANTONIETTI, Laura | DRA SANTALLA, Manuela | MARTINEZ, María Jose | KYLE, Diego Alfredo | DE ABREU, Maximiliano | DRA GÓMEZ, Ivana | DRA FERRERO, Paola | TAJER, Carlos D.

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La miocardiopatía chagásica (MCH) es la manifestación clínica más severa de la enfermedad de Chagas crónica, que evoluciona desde una forma indeterminada- estadio A- hasta un compromiso estructural progresivo -estadios B1, B2, C y D (clasificación American Heart Association). En su forma avanzada se observa una desregulación de la expresión de los microARN involucrados en el proceso de regulación genética del desarrollo cardíaco y los trastornos

cardiovasculares. La evaluación de microARN cardíacos como biomarcadores puede constituir una herramienta de medicina de precisión para predecir potencial evolución a MCH en pacientes (p) con Chagas en su fase indeterminada y/o contribuir al diagnóstico diferencial de miocardiopatía en p chagásicos.

Objetivos: Identificar microARN cardíacos circulantes en pacientes con MCH y compararlos con p con serología positiva para Chagas (CH+) sin evidencia de MCH, p con miocardiopatía isquémica (M-Isq) y controles sanos.

Materiales y Métodos: Se conformó un equipo de investigadores básicas y clínicos con un enfoque de investigación traslacional. Se incluyeron prospectivamente 4 grupos: 1) controles sanos; 2) p con CH+ y sin MCH en estadio A; 3) p con CH+ y MCH en estadio C: fracción de eyección (Fey) <45% e historia de insuficiencia cardíaca; 4) p con M-Isq: enfermedad coronaria documentada, Fey <45% e historia de insuficiencia cardíaca. Se realizó evaluación clínica, ecocardiográfica y de laboratorio. Se analizaron los microARN en un secuenciador Illumina HiSeq. Para el análisis de los

Resultados: Entre noviembre 2016 y marzo 2020 se incluyeron 104 p. La edad media fue 43.7 ± 2 ; 53 ± 2 ; 56 ± 2 y 57 ± 1 años, mientras que la Fey fue 64.8 ± 1.1 ; 65 ± 1.2 ; 33 ± 3.4 y 29.5 ± 2.4 % en los grupos 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Se analizó el perfil de expresión de 417 microARNs en los 4 grupos y se hallaron diferencias en la comparación entre grupos (Tabla). En la MCH y la M-Isq se hallaron 4 microARNs sobre-expresados en común, respecto de individuos sanos. De los microARNs desregulados en p con MCH, 13 sobre-expresados y 4 sub-expresados no se hallaron en CH+ sin MCH (Figura), lo que les confiere un potencial valor diagnóstico/pronóstico de evolución hacia la MCH.

Conclusiones: La expresión de los microARNs cardíacos circulantes mostró diferencias en p con MCH, en comparación con p chagásicos sin MCH, p con M-Isq y controles sanos. Los hallazgos de microARNs con expresión diferencial podrían tener valor diagnóstico y/o pronóstico de la MCH.

Tabla 2: Variaciones en la expresión de microARNs. Diferencias entre grupos

	Grupo 2 (CH+ sin MCH) n= 33		Grupo 3 (MCH) n= 15		Grupo 4 (M-Isq) n= 26	
	SOBRE*	SUB*	SOBRE*	SUB*	SOBRE*	SUB*
Grupo 1 (sanos) n=30	4	2	25	6	15	5
Grupo 2 (CH+ sin MCH)			13	4	1	3
Grupo 3 (MCH)					3	3

* SOBRE: microARN sobre-expresados; SUB: microARN sub-expresados

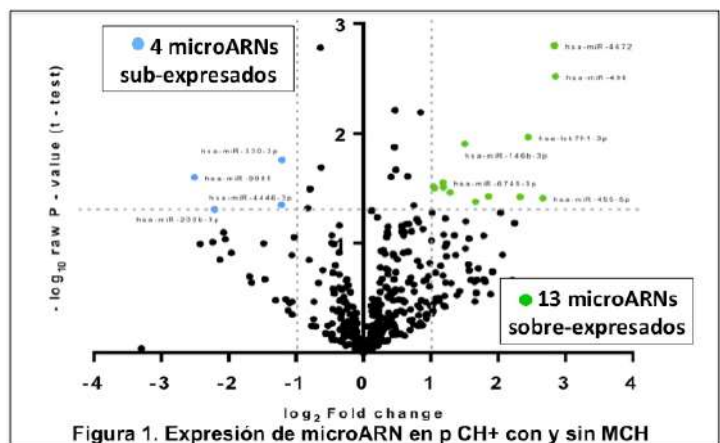


Figura 1. Expresión de microARN en p CH+ con y sin MCH

0160 - USO DE AGENTES HIPOLIPEMIANTE Y CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

SIGAL, Alan Rodrigo | LÓPEZ SANTI, María Pilar | ANTONIOLLI, Melisa | LERECH, Ezequiel | BOTTO, Fernando Osvaldo
CONAREC

Introducción: Uno de los pilares fundamentales para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes en prevención secundaria es el correcto manejo del tratamiento hipolipemiante. Las estatinas en altas dosis, el ezetimibe, y más recientemente los inhibidores de PCSK9 (iPCSK9) son las principales herramientas farmacológicas con las que contamos para que estos pacientes cumplan metas terapéuticas de colesterol LDL. A pesar de la contundente evidencia a favor de estas terapéuticas, existe una gran subutilización de las mismas a nivel mundial, con bajos niveles de adherencia e inercia terapéutica. En Argentina existe escasa evidencia sobre la calidad del tratamiento hipolipemiante, y qué porcentaje de pacientes en prevención secundaria se encuentran con un perfil lipídico controlado acorde a guías nacionales e internacionales.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento de metas terapéuticas de LDL en pacientes de alto riesgo cardiovascular en nuestro país.

Materiales y Métodos: Diseñamos un estudio de corte transversal en pacientes en prevención secundaria de eventos cardiovasculares incluídos de forma prospectiva, consecutiva y multicéntrica en hospitales de la República Argentina que poseen sistema de Residencia Médica afiliados a CONAREC. Se realizó la recolección de datos durante los meses de Marzo a Agosto del año 2020. Se relevó el tratamiento hipolipemiante que recibían, los motivos detrás de la no utilización de estatinas en dosis adecuadas, y los valores de perfil lipídico en caso de contar con un registro en los últimos 6 meses previos a la inclusión.

Resultados: Se incluyeron 1.000 pacientes consecutivos de 24 centros, correspondientes a 11 provincias. Un 85.9% se encontraba bajo tratamiento con estatinas, 4.8% con ezetimibe, 2.4% con fibratos, y 13% sin tratamiento. De aquellos pacientes en tratamiento con estatinas, un 67% recibía estatinas en altas dosis (58% del total de pacientes). Un total de 509 pacientes presentaban medición del LDL dentro de los últimos 6 meses. El valor promedio de LDL fue de 94 (90,6 – 97,8) mg/dl, el de HDL 41 (40,7 – 42,6) mg/dl, y el de triglicéridos 151 (142,9 – 159,8) mg/dl. Un 30% se encontraba con valores por debajo del corte de 70 mg/dl. Un 16% se encontraba con valores por debajo de 55 mg/dl. Un 37% de los pacientes presentaba LDL >100 mg/dl, 38% de ellos con estatinas en altas dosis, pero solo 3% de ellos asociado a ezetimibe, mientras que un 14% refirieron que no se encontraba con dosis altas por haber presentado efectos adversos. Aquellos pacientes que recibían tratamiento con estatinas en altas dosis presentaron mayor cumplimiento de metas: Guías SAC 40.6% vs 24.6% (p<0.001). Guías ESC 20.5% vs 13% (p=0.03).

Conclusiones: En este estudio multicéntrico de pacientes en prevención secundaria desarrollado en la República Argentina, poco más de la mitad de ellos presentaba tratamiento con estatinas en altas dosis, con una escasa utilización de ezetimibe. El subtratamiento se reflejó en los valores de LDL, con más de dos tercios de los pacientes fuera de rango terapéutico, y por lo tanto lejos de las recomendaciones de las guías clínicas. El uso de altas dosis de estatinas favoreció el cumplimiento de metas terapéuticas. Un escaso porcentaje presentaría indicación de IPCSK9, por lo que existe espacio para mejorar el tratamiento hipolipemiante basal y por lo tanto disminuir el riesgo cardiovascular de los pacientes en prevención secundaria.

0360 - COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES RECUPERADOS DE COVID19: ¿REALIDAD O FANTASÍA?

Unidad Temática: Covid-19

RUANO, Martin | CARRERO, Celeste | MASSON JUÁREZ, Gerardo Matias | DENES, Julieta | CONSTANTIN, Iván | STUTZBACH, Pablo Guillermo

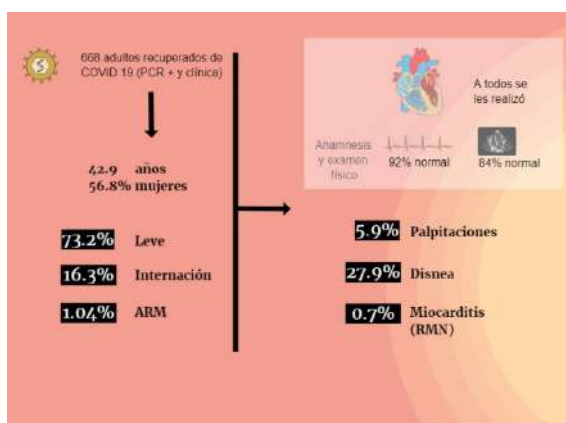
Sanatorio Las Lomas

Introducción: La enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus SARS-CoV-2 se ha asociado con múltiples complicaciones cardiovasculares directas e indirectas y algunos estudios han reportado que entre el 7-17% de los pacientes hospitalizados presentaron injuria miocárdica aguda. Sin embargo, existe escasa información acerca del compromiso cardiovascular en pacientes recuperados de COVID19 ambulatorios y la posibilidad de presentar secuelas cardiovasculares.

Objetivos: Determinar la prevalencia de hallazgos patológicos en electrocardiograma y ecocardiograma de pacientes post-COVID y su correlación con sintomatología y factores de riesgo descriptos para evolución adversa.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva 668 pacientes consecutivos = 18 años ambulatorios que concurrieron de manera voluntaria al consultorio post COVID de nuestra institución. Todos tenían diagnóstico de COVID19 constatado según las recomendaciones del Ministerio de Salud. Se recabaron datos demográficos y clínicos. Durante la fase aguda al 72% se les realizó tomografía de tórax sin contraste. A los pacientes se les realizó una evaluación cardiológica que incluyó: interrogatorio, examen físico, electrocardiograma 12 derivaciones y ecocardiograma Doppler completo. Ante la sospecha de miocarditis (clínicamente o por estudios complementarios) se les realizó resonancia cardiaca con gadolinio y biomarcadores.

Resultados: La edad media fue de 42,9 ± 14,9 años, 380 (56,8 %) mujeres. En cuanto a los síntomas de COVID, la mayoría



presentaron: astenia 78,1% (522), fiebre 57% (383), tos 48,8% (326) y cefalea 45,2% (302). La gravedad del cuadro clínico fue en su mayoría leve (73,2%, 489 pacientes). Un 25,1% (168) de los pacientes presentó neumonía constatada por tomografía computada y clínica. Requirieron internación el 16,3% (109) pacientes con una mediana de 6 días (RIC 1-75), de los cuales 7 (1,04%) requirieron cuidados intensivos con asistencia respiratoria mecánica durante su internación. Los pacientes obesos presentaron más frecuentemente requerimiento de internación, aunque dicha asociación fue modificada por la edad (MHOR: 1,6, IC95% 0,86-3,13). El 92% (617) de los pacientes presentó electrocardiograma normal, 3,5% (24) presentaron trastornos de conducción conocidos y 1,7% (12) presentaron trastornos de la repolarización. El 84% presentó ecocardiograma normal. Hubo 5 pacientes que presentaron trastornos de motilidad no descriptos previamente y 3 pacientes que presentaron derrame pericárdico. Hubo 12 pacientes que refirieron dolor precordial durante la evaluación, en 4 se constataron alteraciones de la repolarización ventricular, 1 presentó derrame pericárdico y en 4, la resonancia cardiaca demostró hallazgos compatibles con miocarditis post COVID. Hubo un 5 paciente cuyo diagnóstico lo motivo la presencia de arritmia frecuente y biomarcadores positivos. La presencia de trastorno de repolarización en el electrocardiograma y derrame pericárdico en el ecocardiograma se asociaron significativamente con miocarditis ($p < 0,0001$). En los 5 pacientes diagnosticados con miocarditis post COVID el curso de la enfermedad fue leve y sin complicaciones.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes sobrevivientes de COVID-19 ambulatorios fue infrecuente el hallazgo de alteraciones del electrocardiograma o del ecocardiograma luego de la infección viral. Las palpitaciones y la disnea fueron los síntomas cardiovasculares más frecuentes en el período de convalecencia. Se diagnosticaron 5 casos de miocarditis viral, con clínica compatible y confirmación por resonancia cardiaca.

0442 - ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL COMPLICADO: RESULTADOS DE LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR Y QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Unidad Temática: Enfermedad Vascular Periférica

GARAGOLI, Fernando Damián | DR. FIORINI, Norberto | DR. RABELLINO, José | CHAS, José Gaspar | DR. DOMENECH, Alberto | KOTOWICZ, Vadim | PIZARRO, Rodolfo | BLURO, Ignacio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La mayoría de la información acerca de la reparación del aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal proviene de pacientes intervenidos electivamente, o en forma urgente por ruptura del mismo. La evidencia acerca de los resultados de la reparación en el escenario clínico del paciente sintomático sin evidencia de ruptura aórtica es escasa.

Objetivos: Determinar los resultados a corto y largo plazo de la reparación endovascular y quirúrgica del AAA infrarrenal complicado.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó consecutivamente pacientes con AAA infrarrenal complicado (aquellos con dolor abdominal y/o lumbar sin evidencia tomográfica de ruptura de la pared aórtica) sometidos a reparación endovascular o quirúrgica entre mayo de 2011 y julio 2020 en un hospital universitario de Buenos Aires.

Variables	Tratamiento endovascular (N = 15)	Tratamiento quirúrgico (N = 14)	p
Edad (años), media +/- DS	75,3 +/- 12,4	74,7 +/- 6,7	0,89
Sexo masculino (%)	73,3	64,3	0,60
Diámetro del aneurisma (mm), media +/- DS	62,6 +/- 20,1	77,6 +/- 17,0	0,04
Hipertensión arterial (%)	60,0	78,6	0,28
Antecedente de tabaquismo (%)	60,0	64,3	0,81
EPOC (%)	6,7	28,6	0,12
Dislipemia (%)	73,3	35,7	0,04
Diabetes (%)	20,0	7,1	0,32
Enfermedad renal crónica (%)	6,7	14,3	0,50
Enfermedad coronaria (%)	13,3	42,9	0,08
Enfermedad cerebrovascular (%)	26,7	21,4	0,74
Enfermedad vascular periférica (%)	0,0	14,3	0,13
Insuficiencia cardiaca (%)	33,3	50,0	0,36
Score de Glasgow, mediana (RIC 25-75)	75,0 (66,0-98,0)	75,0 (71,0-92,0)	0,86

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 25 meses (RIC 25-75%: 14-64 meses). 15 (51,7%) individuos fueron intervenidos en forma endovascular y 14 (48,3%), quirúrgicamente. Las características basales de la población se muestran en la Tabla 1. La media del diámetro del AAA reparado fue más pequeña en el grupo endovascular (62,6 +/- 20,1 mm versus 77,6 +/- 17 mm, $p = 0,04$). En cuanto a los resultados perioperatorios, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad

hospitalaria: 1 muerte en los pacientes del grupo endovascular versus 2 muertes en los quirúrgicos ($p = 0,5$). La insuficiencia renal aguda fue la complicación postoperatoria más frecuente, sin diferencias entre ambos grupos (endovascular: 33,3% versus cirugía: 50%, $p = 0,36$). La duración de la estancia hospitalaria fue más corta en los pacientes tratados por vía endovascular (4 días; RIC 25-75%: 3-7 días versus 7,5 días; RIC 25-75%: 6-11 días), $p = 0,04$. En

relación a los resultados a largo plazo, no se evidenció diferencias en la mortalidad alejada (3 muertes en el grupo endovascular versus 4 muertes en el quirúrgico, $p = 0.45$) ni en la tasa de reintervenciones (38.5% en el grupo endovascular versus 10% en el quirúrgico, $p = 0.12$). En un análisis multivariado, el diámetro del AAA fue el único predictor independiente de mortalidad alejada (OR 1.14; IC 95%: 1.01-1.31; $p = 0.04$) y reintervenciones (OR 1.19; IC95%: 1.01-1.41; $p = 0.04$).

Conclusiones: Los resultados a corto y largo plazo de las reparaciones endovasculares y quirúrgicas del AAA infrarrenal complicado fueron similares. El diámetro del AAA fue el único predictor independiente de mortalidad alejada y reintervenciones.

“Dr. Braun Menéndez – Clínica” Trabajos sobre Hipertensión Arterial

0047 - RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON DESÓRDENES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN UN CENTRO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Unidad Temática: Corazón y Mujer

CORREA SADOUET, Camila | RODRIGUEZ GRANILLO, Alfredo Matías | JENSEN, Hernán | PEREZ DE LA HOZ, Ricardo | VETULLI, Héctor | DE ALL, Jorge | RODRIGUEZ, Alfredo Eduardo | CUROTTO, Maria Valeria

Introducción: Los desórdenes hipertensivos del embarazo (DHE) complican del 6 al 10% de los embarazos. Sus formas severas representan alrededor del 4,4% de todos los nacimientos y son la primera causa de ingreso a terapia intensiva durante este período. Los DHE fueron la principal causa de mortalidad materna en el año 2018 en la Argentina. El manejo de esta patología requiere de un equipo multidisciplinario dedicado a su prevención, detección y tratamiento.

Objetivos: Cuantificar la prevalencia de los DHE, describir sus características epidemiológicas y evaluar la evolución durante la internación y el puerperio en un centro de la ciudad de Buenos Aires que cuenta con un programa dedicado para el abordaje de los DHE.

Materiales y Métodos: Se presenta el registro continuo, prospectivo, observacional y longitudinal realizado en una institución de la Ciudad de Buenos Aires desde noviembre de 2019 hasta el 1 de abril de 2021 inclusive en donde se incluyeron a todas las pacientes (ptes) con DHE (hipertensión gestacional, preeclampsia precoz, preeclampsia tardía, preeclampsia sobreimpuesta y eclampsia) con diagnóstico previo o durante la internación y que cumplieran los criterios de inclusión al mismo. Se excluyeron aquellas ptes con cobertura médica que no permitiera el seguimiento y aquellas con mala adherencia al tratamiento. Para el diagnóstico se utilizaron las definiciones de la guía ISSHP (de sus siglas en inglés, International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy). Se evaluaron las características basales demográficas, clínicas y de laboratorio. Se analizaron la evolución y el tratamiento utilizado, así como la incidencia de persistencia de hipertensión arterial definida como aquella que no resuelve luego del tercer mes del puerperio. Como complicaciones se analizaron la incidencia de parto pretérmino (finalización del embarazo < 37 semanas), retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), mortalidad materna y muerte neonatal definida como aquella ocurrida dentro de los primeros 28 días de vida.

	Total de pacientes (N=109)	Hipertensión gestacional (N=34)	Preeclampsia precoz (N=17)	Preeclampsia tardía (N=42)	Preeclampsia sobreimpuesta (N=3)
Edad	36,1 ± 5,8	35,9 ± 5,4	39,3 ± 6,7	35,7 ± 5,9	34,08 ± 9,7
Diabetes	1,8%	5,9%	0%	2,4%	0%
Hipertensión arterial	9,8%	0	23,5%	7,1%	100%
Trombofilia	6,4%	14,7%	11,7%	2,4%	0%
DHE previos	16,5%	14,7%	17,6%	14,3%	66,6%
Tratamiento de fertilidad	22,0%	23,5%	52,9%	28,6%	33,3%
Profilaxis con aspirina	32,1%	35,3%	47,0%	38,1%	66%

Resultados: Durante el período analizado se realizaron 4761 partos/cesáreas en nuestra institución de las cuales 327 fueron categorizadas como DHE y se incorporaron al registro las 109 ptes que cumplieron los criterios de inclusión: Hipertensión gestacional (31%), Preeclampsia precoz (15,6%), Preeclampsia tardía (38,5%), Preeclampsia sobreimpuesta (2,8%) y Eclampsia (1,8%). La edad media fue de 36,1 +/- 5 años y el uso de aspirina fue del 32,1%. El resto de las características basales se presentan en la tabla. Durante el embarazo los antihipertensivos más utilizados fueron el

labetolol (45%), nifedipina (22%) y alfa metildopa (18,3%) requiriendo más de una droga para el control de la tensión arterial en el 22,3% de los casos. Durante el puerperio las drogas más utilizadas fueron enalapril (29,4%) y amlodipina (15,6%) requiriendo de la combinación de más de una droga en el 12,9% de los casos. La incidencia de parto pretérmino fue del 33% y de RCIU del 23.9%. No se evidenció mortalidad materna y la mortalidad neonatal fue del 3.6%. La incidencia de persistencia de hipertensión arterial fue del 26.3%.

Conclusiones: Los DHE se presentaron en un 6,9% de la población analizada, siendo la preeclampsia tardía la presentación más frecuente. Las drogas más utilizadas fueron el labetalol y el enalapril durante el embarazo y el puerperio respectivamente 1 de cada 5 pacientes requirió más de una droga para control de la presión arterial durante el embarazo. El 68% de las pacientes no recibía tratamiento preventivo con aspirina

0549 - "HIPERTENSIÓN NOCTURNA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES"

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

PEREA, Joaquin | CORZO, Sofia María | GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | DENNER, German | GOLDARACENA, Francisco | MAZUQUIN, Andres | MALANO, Damián Jesús | ZAIDEL, Ezequiel José

Sanatorio Güemes

Introducción: Durante la última década se reconoció que la alteración en los patrones circadianos de presión arterial, y principalmente la hipertensión arterial (HTA) nocturna, pueden tener relación con eventos cardiovasculares (CV). Sin embargo, existe poca información en nuestro medio acerca de dicha problemática.

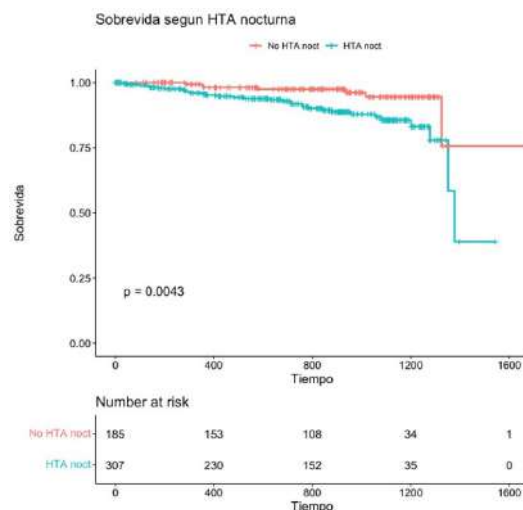
Objetivos: Determinar si los patrones de HTA nocturna en presurometrías se asocian con eventos CV en el seguimiento en una cohorte contemporánea de mediana edad evaluada en la ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, donde se reunieron las presurometrías realizadas entre 2017 y 2020 en un centro de la ciudad de Buenos Aires, y se realizó una pesquisa de eventos CV a través de la historia clínica electrónica institucional. El seguimiento fue hasta 36 meses. En caso de presurometrías reiteradas al mismo sujeto, se incluyó sólo la primera. Se definió HTA nocturna como un valor de TA mayor o igual a 120/70 mmhg en el periodo pasivo.

Para el análisis estadístico, se confeccionaron curvas de Kaplan Meier para el análisis de sobrevida y regresión de Cox para la búsqueda de predictores. Se utilizó el programa R y se consideró significativo un valor de $P < 0.05$.

Resultados: Se reunieron un total de 494 pacientes que se realizaron una presurometría durante el periodo de estudio. La población presentó una edad promedio de 60 (14) años y 52% eran de sexo femenino. Las características de la población se describen en la tabla 1, donde se nota una elevada tasa de comorbilidades en esta cohorte. Un 72% de los sujetos se encontraba con al menos un fármaco antihipertensivo al momento de la presurometría. Un 62% de los casos fueron considerados como HTA nocturna de acuerdo a la definición establecida. La HTA nocturna se asoció con eventos CV y mortalidad en el seguimiento, log rank $p=0.0043$ (figura 1). El riesgo de eventos CV globales fue mayor en sujetos con HTA nocturna (Análisis por regresión de Cox, hazard ratio = 3.99, IC 95% 1.72-9.2, $p=0.001$). La mortalidad CV y MACE por separado fueron mayores en la HTA nocturna aunque no significativo debido al bajo número de eventos (tabla 1)

	NO	SI	p
n	186	308	
SEXO = M (%)	89 (47.8)	151 (49.0)	0.872
EDAD (mean (SD))	59.45 (14.44)	58.69 (14.80)	0.576
IMC (median [IQR])	27.00 [24.22, 30.00]	29.00 [26.00, 33.27]	<0.001
DLP = SI (%)	61 (33.0)	107 (34.9)	0.743
SDT = SI (%)	69 (37.3)	137 (44.6)	0.133
DBT = SI (%)	16 (8.6)	59 (19.2)	0.002
TBQ = SI (%)	54 (29.2)	68 (22.2)	0.105
SCA = SI (%)	5 (2.7)	16 (5.2)	0.270
ACV = SI (%)	11 (5.9)	11 (3.6)	0.316
FEY (median [IQR])	68.00 [64.00, 70.00]	68.00 [64.00, 70.00]	0.985
fa = SI (%)	2 (1.3)	10 (3.8)	0.226
SIV (mean (SD))	10.77 (1.63)	11.48 (1.72)	<0.001
PP (median [IQR])	10.00 [9.00, 11.00]	11.00 [9.70, 12.00]	<0.001
CIcR (median [IQR])	87.98 [66.87, 109.01]	95.48 [66.78, 121.11]	0.331
IECA = SI (%)	50 (26.9)	98 (31.8)	0.290
ARA II = SI (%)	57 (30.6)	110 (35.7)	0.291
BLOQCA = SI (%)	32 (17.2)	89 (28.9)	0.005
TIAZIDAS = SI (%)	20 (10.8)	39 (12.7)	0.623
ANTALDOSTERONA = SI (%)	6 (3.2)	5 (1.6)	0.393
BB = SI (%)	49 (26.3)	76 (24.7)	0.759
ESTATINAS = SI (%)	56 (30.1)	90 (29.2)	0.914
AAS = SI (%)	30 (16.1)	48 (15.6)	0.985
Prom PAS dia (median [IQR])	126.00 [118.00, 133.00]	141.00 [133.00, 151.25]	<0.001
Prom PAD dia (median [IQR])	74.00 [68.00, 80.00]	83.00 [75.00, 90.00]	<0.001
Presion pulso dia (median [IQR])	51.00 [45.00, 58.00]	59.00 [51.00, 69.00]	<0.001
Presion pulso noche (mean (SD))	47.42 (8.57)	59.31 (13.02)	<0.001
EVENTO GLOBAL = (%)	7 (3.8)	32 (10.4)	0.013
MACE = (%)	3 (1.6)	12 (3.9)	0.245
MUERTE CV = (%)	0 (0.0)	5 (1.6)	0.199



Conclusiones: Dos de cada tres sujetos de mediana edad que se realizaron presurometrías en Buenos Aires presentaron HTA nocturna, y dicho patrón de presión arterial se asoció con una mayor tasa de eventos CV en el seguimiento.

“Dr. Braun Menéndez - Inv. Básica” Trabajos sobre Hipertensión Arterial

0242 - SINERGISMO FARMACODINÁMICO DE LOS EFECTOS CARDIOVASCULARES DE CARVEDILOL POR LA COENCAPSULACIÓN CON CURCUMINA EN DISPERSIONES NANOMICELARES.

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

SANTANDER PLANTAMURA, Yanina | ALLO, Miguel | RIEDEL, Jennifer | FUENTES, Pedro | MORETTON, Marcela | CHIAPPETTA, Diego | HOCHT, Christian | GORZALCZANY, Susana

Introducción: Carvedilol es un β -bloqueante de tercera generación con propiedades hemodinámicas superiores a los β -bloqueantes convencionales evidenciadas por una mayor reducción de la presión arterial central y de la variabilidad de la presión arterial. En nuestro laboratorio hemos desarrollado una formulación nanomicelar con el polímero Soluplus que incrementa la biodisponibilidad oral de carvedilol optimizando sus propiedades farmacológicas.

Objetivos: Teniendo en cuenta que el desarrollo de dispersiones nanomicelares permite la coencapsulación de principios activos, el objetivo del presente estudio fue el desarrollo y la evaluación del perfil farmacocinético y farmacodinámico de la coencapsulación de carvedilol con curcumina -un componente fenólico importante de la cúrcuma con propiedades antiinflamatorias, antioxidantes y antiaterogénicas- en dispersiones nanomicelares del polímero Soluplus en ratas espontáneamente hipertensas (SHR).

Materiales y Métodos: Se prepararon dispersiones nanomicelares de Soluplus al 5% p/v conteniendo carvedilol 3 mg/ml, curcumina 2 mg/ml o carvedilol/curcumina 3/2 mg/ml mediante la técnica de evaporación de solvente. Se utilizaron 20 ratas SHR macho (200-250 g) con canulación de la arteria carótida para la medición de la presión arterial directa, las cuales recibieron una única dosis oral de alguna de las siguientes dispersiones nanomicelares (3 ml/kg) por trocar: carvedilol, curcumina, carvedilol/curcumina o dispersión nanomicelar control. Se cuantificaron los niveles plasmáticos de carvedilol y curcumina mediante cromatografía líquida y se evaluó el cambio temporal de la presión arterial media (PAM) carotídea y de la frecuencia cardíaca (FC) luego de la administración de alguna de las formulaciones.

Resultados: Los niveles plasmáticos de curcumina alcanzados luego de la administración de curcumina 6 mg/kg fueron comparables a los obtenidos luego de la toma oral de carvedilol/curcumina 9/6 mg/kg. En igual sentido, la coencapsulación de carvedilol/curcumina no modificó el perfil farmacocinético de carvedilol en comparación con carvedilol solo. La vida media de carvedilol luego de la administración oral de carvedilol/curcumina 9/6 mg/kg o carvedilol 9 mg/kg fue de $4,2 \pm 0,8$ h y $5,4 \pm 1,1$ h, respectivamente. Mientras que la administración oral de curcumina 6 mg/kg no modificó la FC, el efecto bradicardizante fue comparable luego de la administración de carvedilol 9 mg/kg o carvedilol/curcumina 9/6 mg/kg ($-18,9 \pm 2,2\%$ vs. $-19,3 \pm 2,7\%$). La reducción de la PAM alcanzada con carvedilol/curcumina 9/6 mg/kg fue estadísticamente superior a la obtenida con carvedilol 9 mg/kg ($-28,5 \pm 4,0\%$ vs. $-12,1 \pm 3,1\%$, $p < 0,05$). La administración oral de curcumina 6 mg/kg no modificó la PAM.

Conclusiones: En conclusión, la coencapsulación de curcumina con carvedilol en dispersiones nanomicelares de Soluplus potencia el efecto antihipertensivo de carvedilol sin modificar la acción bradicardizante ni el perfil plasmático. Estos resultados sugieren que carvedilol más curcumina representa una potencial combinación sinérgica para el manejo de la hipertensión arterial.

0401 - EFECTOS CARDIOPROTECTORES DE IMPLANTES SUBCUTÁNEOS DE LIBERACIÓN CRÓNICA DE CARVEDILOL EN RATAS ESPONTÁNEAMENTE HIPERTENSAS.

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

ALLO, Miguel(1) | SANTANDER PLANTAMURA, Yanina(1) | BERNABEU, Ezequiel(1) | BIN, Eliana(2) | MORETTÓN, Marcela(1) | CARRANZA, Andrea(1) | CHIAPPETTA, Diego(1) | HOCHT, Christian(1)

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA) (1); Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA) (2)

Introducción: La prevención óptima del daño de órgano blanco asociado a la hipertensión arterial requiere del control sostenido de la presión arterial a lo largo de 24 horas. Carvedilol es un β -bloqueante de tercera generación con acciones pleiotrópicas que ha demostrado un mejor perfil hemodinámico que β -bloqueantes no vasodilatadores. Sin embargo, los beneficios cardiovasculares en el tratamiento de la hipertensión arterial están limitados por su rápida eliminación. En nuestro laboratorio hemos desarrollado implantes subcutáneos de liberación crónica de carvedilol capaces de mantener niveles plasmáticos sostenidos del β -bloqueante durante 3 semanas.

Objetivos: El objetivo del trabajo fue la evaluación de la liberación in vivo y la eficacia cardioprotectora de implantes subcutáneos de carvedilol (CAR) desarrollados con los polímeros Poli-epsilon-caprolactona (PCL) y SoluPlus (SP) en ratas espontáneamente hipertensas (SHR).

Materiales y Métodos: Se utilizaron 12 ratas SHR macho (250-300g), a las cuales se les colocó un implante subcutáneo cada 3 semanas de PCL:SP 100:50 mg (control; n=6) o CAR:PCL:SP 100:100:50 mg (CAR; n=6). A lo largo del tratamiento de 80 días, se determinaron los niveles plasmáticos de CAR por cromatografía líquida y la presión arterial sistólica (PAS) periférica indirecta por el método de tail-cuff. Al final del tratamiento se determinaron parámetros ecocardiográficos, la presión arterial media (PAM) carotídea, la variabilidad de la presión arterial de corto plazo (VPA) y el índice de hipertrofia ventricular.

Resultados: El implante subcutáneo CAR aportó niveles estables del β -bloqueante de tercera generación a lo largo de todo el tratamiento en el rango de 100-500 ng/ml. La PAS indirecta fue significativamente inferior en el grupo con el implante CAR respecto del grupo control luego de 20 días (206±6 mmHg vs. 233±5 mmHg; p<0,05), 42 días (191±6 mmHg vs. 240±3 mmHg; p<0,05) y 61 días (217±3 mmHg vs. 237±6 mmHg; p<0,05). La evaluación de la presión arterial directa al final del tratamiento reveló una menor PAM carotídea en ratas SHR con implante CAR en comparación con el control (131±6 mmHg vs. 159±6 mmHg; p<0,05). El implante subcutáneo CAR redujo la VPA de corto plazo evidenciado por un menor desvío estándar de la presión arterial en comparación con el implante control (5,2±0,2 mmHg vs. 7,1±0,4 mmHg; p<0,05). Los animales SHR tratados con el implante subcutáneo CAR documentaron una reducción de la hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI) respecto de animales SHR control (Peso VI/peso animal: 2,99±0,15 vs. 3,40±0,05; p<0,05). Los estudios ecocardiográficos demostraron además una mayor fracción de eyección en ratas SHR tratadas con implante CAR vs. aquellas con implante control (75±2 vs. 64±3%; p<0,05), además de una mayor fracción de acortamiento (37±1 vs. 29±2%; p<0,05).

Conclusiones: En conclusión, los implantes subcutáneos de CAR desarrollados con los polímeros PCL y SP permiten una liberación sostenida del β -bloqueante asegurando un mayor control de la presión arterial sistólica central y de su variabilidad en ratas SHR. Como resultado, los implantes subcutáneos de CAR previenen la hipertrofia del ventrículo izquierdo y el deterioro de la función cardíaca asociado al estado hipertensivo.

“Dr. Oscar Orias”

Trabajos sobre ecocardiografía y Doppler cardíaco

0016 - TERAPIA GUIADA POR ULTRASONIDO PULMONAR Y DE VENA CAVA INFERIOR PARA LA REDUCCIÓN DE EVENTOS CLÍNICOS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: CAVAL US- HF

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

BURGOS, Lucrecia Maria | BARO, Rocio | GOYENECHÉ, Maria Ailin | RONDEROS, Ricardo | COSTABEL, Juan Pablo | TRIVI, Marcelo | BOTTO, Fernando Osvaldo | DIEZ, Mirta

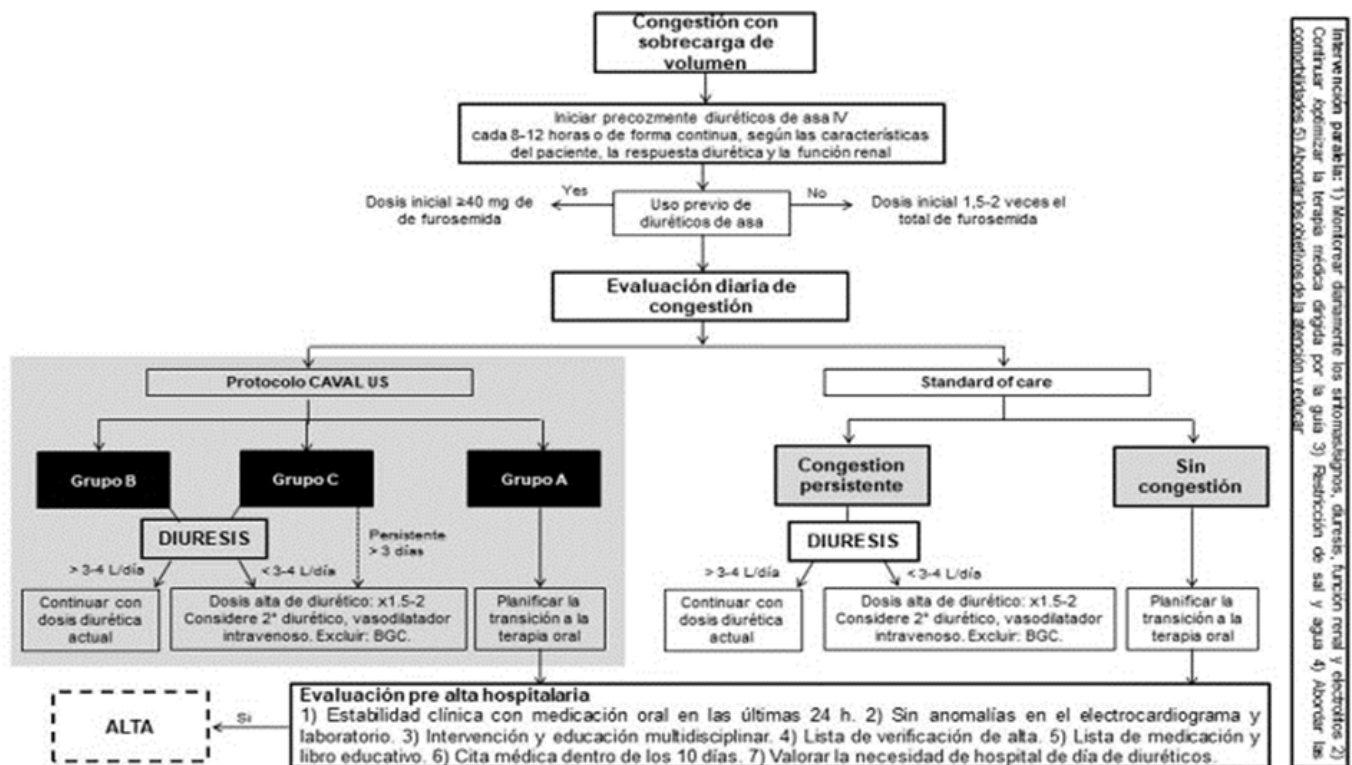
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La readmisión por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es frecuente, debido en gran medida a la congestión persistente al alta hospitalaria. Sin embargo, no está claramente definida una sistemática para evaluar óptimamente el grado de congestión, siendo necesario implementar nuevas herramientas para identificar la congestión subclínica y guiar el tratamiento.

Objetivos: Desarrollar un algoritmo terapéutico guiado mediante un protocolo de ultrasonido pulmonar (UP) y vena cava inferior (VCI) en pacientes con ICA.

Materiales y Métodos: El diseño del algoritmo de las intervenciones se llevó a cabo entre agosto de 2020 y enero de 2021, y se desarrolló en 3 fases: (1) revisión sistemática y narrativa de la literatura sobre el uso del ultrasonido para guiar tratamiento, y de los algoritmos de tratamiento de la ICA propuestos por sociedades científicas; (2) reunión de un panel de

expertos para la creación del protocolo CAVAL US con evaluación de congestión derecha (VCI) e izquierda (UP) y (3) adaptación de los algoritmos a nuestro medio y a la evaluación de la congestión en el ensayo CAVAL US.



Resultados: Se adaptaron los algoritmos de tratamiento diurético propuestos por la sociedad europea y americana de cardiología, y fueron incorporados al protocolo del ensayo CAVAL US como parte de la evaluación diaria de congestión (figura 1). Los resultados ecográficos se dividieron en 3 categorías según grado de congestión (figura 2): Grupo A) sin congestión o congestión leve, Grupo B) signos de congestión de grado moderado, y Grupo C) signos severos de congestión e identificados como factores de mal pronóstico. Para definir congestión persistente, elegimos el punto de corte de > 5 líneas B, dado que la misma ha sido identificada como un factor de riesgo para rehospitalización por ICA o muerte a los seis meses; y para congestión severa, se determinó >30 líneas B, dado que predicen hospitalización por IC o mortalidad a 90 días.

Conclusiones: A través de un enfoque sistemático hemos desarrollado un algoritmo terapéutico, basado en la evidencia, para guiar las intervenciones terapéuticas en el ensayo aleatorizado y controlado CAVAL US recientemente iniciado. Que investigará si el tratamiento guiado por UP y de VCI, como complemento a la evaluación clínica, reduce el punto final primario combinado de readmisión por ICA, visita no planificada por empeoramiento o muerte a 90 días en pacientes hospitalizados con ICA. Clinicaltrials: NCT04549701



0074 - STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL COMO MARCADOR DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL COMPROMISO MIOCÁRDICO EN PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19.

Unidad Temática: Covid-19

JURADO CARRERA, Pablo | SOUTO, German Job | CARUSO, Gustavo | LAGO, Manuel | BENCHUGA, Elias Gabriel | AMOR, Miguel | MOSTO, Hugo | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La enfermedad COVID-19 se está propagando rápidamente y es una de las enfermedades más relevantes en la actualidad. Los primeros informes de pacientes hospitalizados con COVID-19 de Wuhan, China, han identificado lesión miocárdica con niveles elevados de enzimas cardíacas. La prevalencia de lesión miocárdica se ha estimado entre un 30% de pacientes hospitalizados con COVID-19 y un 78% de compromiso miocárdico en el seguimiento de los casos por Resonancia Magnética Cardíaca. El Strain Longitudinal Global (SLG) por Speckle tracking evalúa la disfunción miocárdica en forma precoz y con mayor sensibilidad que la ecocardiografía convencional.

Objetivos: 1. Determinar el grado de compromiso miocárdico a través del Ecocardiograma Doppler y sus diferentes modalidades (SLG) como subrogante de alteración de la fibra cardíaca dentro del primer mes del alta. 2. Evaluar al tercer mes a los pacientes en seguimiento para determinar si el eventual compromiso miocárdico es persistente o reversible.

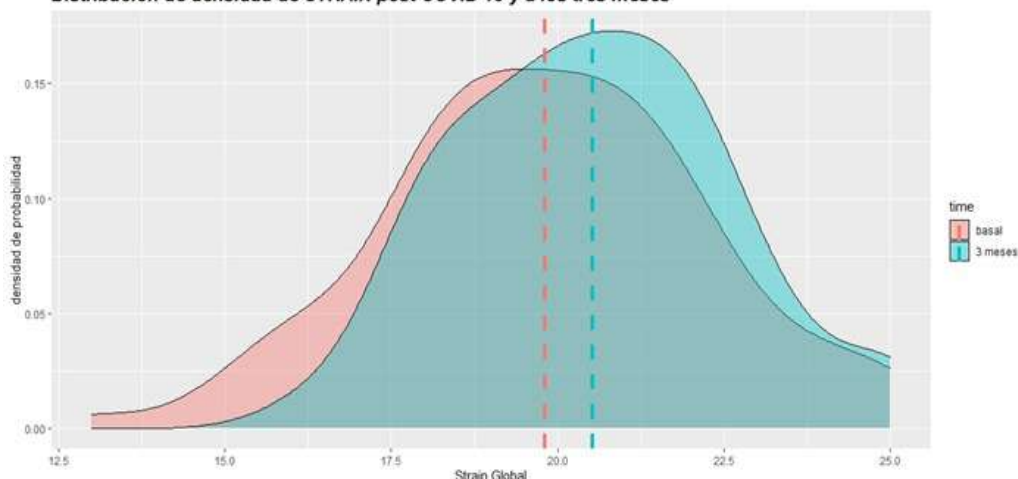
Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de cohorte. Entre Agosto 2020 y Abril 2021 se evaluaron 100 pacientes que superaron la etapa aguda del Covid-19 según criterios de la autoridad sanitaria competente, dentro del primer mes del alta, denominado basal, y al tercer mes, llamado control. Los estudios de ecocardiograma se realizaron con una equipo Vivid 7 (GE Healthcare). Se consideró como valor normal un punto de corte para FEVI=

53%, SLG = 18%. Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos, recuperados de Covid-19. Criterios de exclusión: 1- Ventana ultrasónica inadecuada. 2- Antecedentes de Cardiopatía estructural 3- Arritmias. 4- Antecedentes de tratamiento con quimio o radioterapia.

Resultados: Ingresaron 100 pacientes, Clase Funcional I, según escala de NYHA al momento del estudio, de los cuales se obtuvieron datos completos en la evaluación basal y en el control en 86 pacientes para SLG y Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). La media de la edad fue 51.1 años (± 13.9), 44 Hombres (51.2%). El valor de la media del SLG en el basal fue 19.8 (± 2), y en el segundo estudio a los tres meses de 20.5 (± 2.4), lo cual representó un aumento significativo de 0.7 unidades ($p=0.0028$). Se observó que 12 de los 86 pacientes (13.9 %) analizados, tuvieron SLG bajo en el basal, mientras que solo 4 de ellos (4.6 %) en el control. Por lo tanto, el riesgo relativo de presentar un SLG anormal en la determinación en el control respecto del basal resultó riesgo relativo (RR) = 0.33 (IC 95 %: 0.12; 0.8). Respecto de la FEVI en el primer estudio, 6 de los 86 pacientes evaluados (6,9 %) presentó una FEVI menor a 53% y solo 1 paciente en el estudio efectuado a los tres meses (1%), lo cual implica un riesgo relativo en el control respecto del basal RR = 0.16 (IC 95 %: 0.03; 0.8).

Conclusiones: En nuestro estudio el SLG identificó que en el ecocardiograma basal un 13,9% de la población estudiada presentaba compromiso miocárdico a pesar de estar asintomáticos. A los 3 meses se observó que solo el 4,6% persistía con valores alterados (66% de reducción). Esta investigación muestra que el SLG es un método muy útil para detectar pacientes post COVID asintomáticos que persisten con compromiso miocárdico al primer mes, revirtiendo la mayoría de los casos en el seguimiento a los tres meses.

Distribución de densidad de STRAIN post COVID 19 y a los tres meses



0234 - FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESTENOSIS AÓRTICA SIGNIFICATIVA EN PACIENTES CON VALVULA AÓRTICA BICUSPIDE

Unidad Temática: Valvulopatías

BAGNATI, Rodrigo P. | ROSSI, Emiliano | BLANCO, Rocio | RODRÍGUEZ AMAGUAY, Landy Paola | HALSBAND, Ana | FALCONI, Mariano Luis | OBERTI, Pablo Fernando | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La válvula aórtica bicúspide (VAB) constituye la malformación valvular cardíaca más prevalente. A largo plazo presenta con frecuencia complicaciones como el desarrollo de estenosis significativa. Sin embargo su forma de presentación y evolución es heterogénea, lo que hace difícil predecir qué pacientes desarrollarán esta complicación.

Objetivos: Identificar variables asociadas al desarrollo de estenosis aórtica significativa en pacientes con VAB

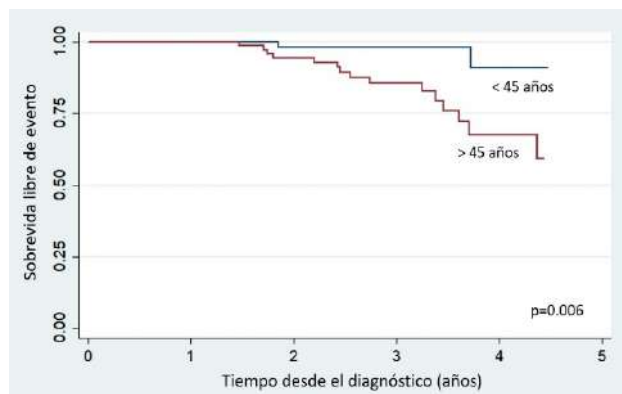


Figura 1. Influencia de la edad en el desarrollo de estenosis aórtica significativa

Materiales y Métodos: Se estudió una cohorte de 329 pacientes adultos (>18 años) con diagnóstico de VAB y seguimiento en un hospital de comunidad. Se excluyeron 37 pacientes que al diagnóstico presentaban estenosis significativa. Se definió ésta como de grado al menos moderada. En los 292 restantes se estudió la asociación de variables clínicas y ecocardiográficas, presentes al momento del diagnóstico, con el desarrollo de estenosis significativa. La representación de la sobrevivida libre de eventos se realizó a través de curvas de Kaplan-Meier. Se realizaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para evaluar los factores asociados al punto final. Se utilizó como medida de efecto al Hazard Ratio y su correspondiente intervalo de confianza 95%.

Resultados: La edad promedio fue de 46 ± 15 años, sexo masculino 70.5%. Tras un seguimiento promedio de 2.4 ± 1.3 años se observó una incidencia del punto final de 6.16% (n=18). Los pacientes que desarrollaron estenosis significativa presentaban al momento del diagnóstico mayor edad (61 vs 44 años, $p < 0.001$) y mayor prevalencia de sexo femenino (55.6% vs 29.6%, $p = 0.02$). Cabe destacar que las mujeres presentaban en promedio una edad 5 años mayor a la de los hombres (48 vs. 43 años, $p = 0.01$). Se observó una mayor prevalencia de dislipemia (39% vs 19%, $p = 0.042$). Al evaluar variables ecográficas se observó menor presencia de insuficiencia aórtica (50% vs 75%, $p = 0.019$) y mayor prevalencia de calcificación valvular 47.1% vs 24.2%, $p = 0.036$). Los pacientes que presentaban calcificación al momento del diagnóstico eran en promedio 13 años mayores (54 vs 41 años, $p < 0.01$). Los factores asociados a progresión de la estenosis en el análisis univariado fueron la edad HR 1.85 (IC95% 1.32-2.57)(por cada década), la calcificación valvular 3.13 (IC95% 1.17-8.39) y el sexo masculino 0.3 (IC95% 0.12-0.79). En el análisis que incluyó simultáneamente edad y calcificación, los HR ajustados fueron 1.78 (IC95% 1.21-2.62) y 1.34 (IC95% 0.44 -4.07) respectivamente. Se presentan curvas de sobrevivida libre de progresión a estenosis significativa comparando grupos etarios dados por la mediana de edad (Figura 1). No fue posible demostrar asociación entre el fenotipo valvular y el desarrollo del punto final.

Conclusiones: Al momento del diagnóstico de válvula aórtica bicúspide es posible identificar factores asociados a mayor riesgo de progresión a estenosis aórtica significativa, como la edad, la calcificación valvular, la dislipemia y el sexo femenino. Sin embargo, la edad fue el único factor que se asoció en forma independiente.

0250 - ESTENOSIS AÓRTICA EN PACIENTES JOVENES: ¿ES DE MEJOR PRONOSTICO?

Unidad Temática: Valvulopatías

CARRERO, María Celeste | DENES, Julieta | PESSIO, Carla Leticia | CONSTANTIN, Ivan | MASSON JUÁREZ, Gerardo Matias | MEZZADRA, Maria | STAMPONE, Gustavo | STUTZBACH, Pablo Guillermo

Sanatorio Las Lomas

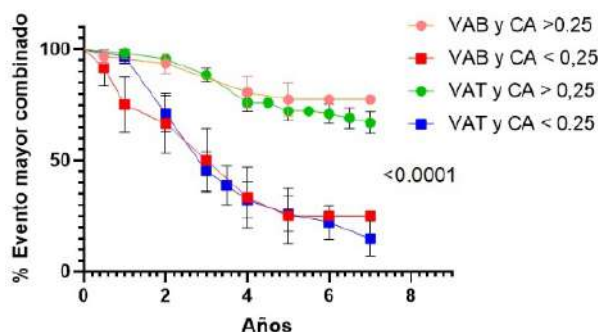
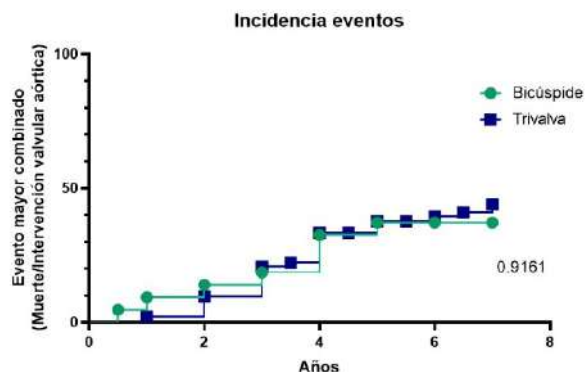
Introducción: Los pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) representan una proporción significativa de adultos con estenosis aórtica grave (EA) que requiere intervención de la válvula aórtica (cirugía o TAVI). En la actualidad la mayoría de los estudios sobre eventos y evolución de pacientes con EA incluyen estenosis de causa degenerativa, por lo que resulta relevante analizar la evolución de dicha valvulopatía en pacientes con VAB.

Objetivos: Nuestro objetivo fue determinar la incidencia de eventos mayores en pacientes jóvenes con estenosis aórtica y VAB e identificar predictores de eventos adversos, en comparación con EAo degenerativa en válvula aórtica trivalva (VAT).

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte ambispectivo (todos los pacientes con EAo diagnosticados en ecocardiograma en nuestra institución en 2014, en seguimiento posterior por grupo de valvulopatías). Se consignaron características clínicas, demográficas y ecocardiográficas. Se definió la incidencia de un punto final primario combinado de muerte e intervención valvular y como puntos secundarios la muerte e intervención por separado.

Se construyeron curvas de Kaplan Meier, se realizó análisis de sobrevida (log Rank test) y análisis de regresión logística para identificar predictores del punto final primario.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes con VAB y estenosis aórtica (55.4 ± 11.7 años, 72% hombres) y 145 pacientes con estenosis aórtica degenerativa (VAT, 76.8 ± 9.7 años, 62% hombres) con un seguimiento medio de $5,1 \pm 1,8$ años. Como era esperable, los pacientes con VAT eran más añosos, con más comorbilidades y los pacientes con VAB presentaron dilatación aórtica más frecuentemente. La incidencia de eventos mayores fue comparable y elevada en ambos grupos (37.2% vs 40.6%, HR=0.90, 0,52-1,54). El grupo de pacientes con VAB presentó mayor incidencia de intervención valvular (HR=2.32, 1,1-4,9) y el grupo VAT mayor incidencia de muerte durante el seguimiento. La presencia de cociente adimensional <0.25, fracción de eyección de ventrículo izquierdo <55% o una velocidad máxima aórtica transvalvular mayor de 4.5m/seg identificaron poblaciones con mayor incidencia de eventos en ambos fenotipos valvulares.



Conclusiones: Los pacientes con EAo y morfología bicúspide tuvieron una elevada incidencia de eventos cardiovasculares mayores en un seguimiento a mediano plazo, comparable a la de los pacientes con EAo degenerativa. Sin embargo, la mayoría de los eventos fueron a expensas de intervención valvular, a diferencia de pacientes con EAo degenerativa donde fue más frecuente la muerte. Existen predictores de eventos mayores en pacientes con VAB que permiten identificar subpoblaciones de riesgo entre los pacientes con bicúspide que desarrollan EAo.

0512 - CONTRIBUCIÓN DEL ACORTAMIENTO LONGITUDINAL Y CIRCUNFERENCIAL AL VOLUMEN SISTÓLICO Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE.

Unidad Temática: Ecocardiografía y Doppler Cardíaco

MIGLIORE, Ricardo Alberto | ADANIYA, María Elena | DORSCH, Jeremías Daniel | BARRANCO, Miguel | GONZALEZ, Silvia Consuelo | MIRAMONT, Guillermo Miguel

Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin

Introducción: El volumen sistólico (VS) del ventrículo izquierdo es eyectado utilizando una combinación de acortamiento longitudinal (AL), circunferencial (AC) y giro del ventrículo izquierdo. El AL se produce por el movimiento del anillo mitral hacia el ápex (el cual permanece inmóvil), lo que ocasiona engrosamiento de la pared (AC y radial) y reducción de la cavidad ventricular con la consiguiente eyección del VS. Se ha publicado que la contribución del AL al VS puede variar entre un 75% (Stoylen 2020) y un 17 % (McGiver 2017), no estando definido su rol en la estenosis aórtica (EAo).

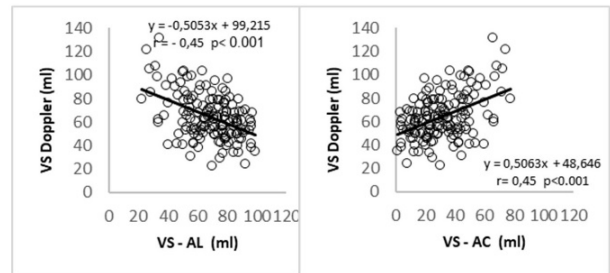
Objetivos: Analizar la contribución del AL y AC al VS y la fracción de eyección (FE) en la EAo grave.

Materiales y Métodos: Se estudiaron en forma prospectiva 152 pacientes (70 ± 12 años, 64 mujeres) portadores de EAo grave (área valvular aórtica < 1 cm²) con eco-Doppler cardíaco. El VS se calculó como el producto del área del tracto de salida por la integral de flujo a dicho nivel, la FE por el método de Simpson biplano y el espesor parietal relativo (EPR) como 2 x pared posterior en diástole/diámetro diastólico de VI. La contribución al VS del AL se evaluó considerando a la base del corazón como un cilindro en el cual el volumen (base x altura) se calculó como: base de forma circular con radio igual a:

(espesor septal en sístole + espesor pared posterior en sístole + diámetro de fin de sístole)/2, y la altura como el promedio de la excursión sistólica del anillo lateral, septal, anterior e inferior. La contribución del AC al VS se estimó como: VS – contribución VS del AL. Ambas contribuciones se expresaron en forma absoluta y como porcentajes del VS (% VS-AL y % VS-AC). Para el análisis estadístico se utilizó el coeficiente r de correlación y el test de t de Student considerando diferencia significativa a una $p < 0.05$.

Resultados: El AL contribuyó con 2 tercios aproximadamente al VS ($68 \pm 18 \%$) y el AC con el tercio restante ($32 \pm 17 \%$). El VS-AL se correlacionó inversamente con el VS ($r = -0.45$ $p < 0.001$) mientras que el VS-AC tuvo correlación directa ($r = 0.45$ $p < 0.001$). La contribución % VS-AL fue mayor en los pacientes con FE $< 50\%$ ($n = 57$) que los con FE $\geq 50\%$ ($n = 95$) ($73 \pm 15 \%$ vs $65 \pm 16 \%$ respectivamente, $p < 0.01$). El % VS-AL se correlacionó inversamente con el EPR ($r = -0.32$ $p < 0.01$)

Conclusiones: La contribución del AL al VS es mayor (dos tercios) que el AC, correlacionándose inversamente con el VS y el EPR. Sin embargo, esta proporción varía al considerar la FE siendo mayor el % VS-AL en los pacientes con FE $< 50\%$ comparados con FE $\geq 50\%$. Los hallazgos mencionados podrían tener implicancias al considerar puntos de corte para los índices de función longitudinal (strain) sin considerar FE y/o geometría ventricular.



0546 - FISIOPATOLOGIA Y PRONÓSTICO DE LA DEFORMACIÓN LONGITUDINAL REGIONAL DURANTE EL ECO ESTRÉS CON DIPIRIDAMOL

Unidad Temática: Ecocardiografía y Doppler Cardíaco

LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | ARBUCCI, Rosina | AMOR, Miguel | MERLO, Pablo Martín | SAAD, Ariel Karim | ZAMBRANA, Gustavo Fernando | MARTINEZ GOLLETTI, Liliana | LOWENSTEIN, Jorge A.

Investigaciones Médicas - Centro de Diagnóstico

Introducción: El strain longitudinal apical regional (StrainAp) permite corroborar el diagnóstico de alteraciones regionales de la motilidad parietal (ARMP) sobre una base cuantitativa, pero faltan datos sobre su relación con la reserva coronaria (RC) y el valor pronóstico a largo plazo.

Objetivos: Evaluar la correlación entre el StrainAp y la RC en territorio de la arteria descendente anterior (ADA) y el valor pronóstico del StrainAp en relación a ARMP durante el Eco estrés con dipiridamol (EcoDipi).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, con diseño observacional donde se evaluaron 150 pacientes (edad media $68,3 \pm 9,6$ años, 50,7% hombres) remitidos para EcoDipi. StrainAp se definió como el promedio de los cuatro segmentos apicales en reposo y en el pico del efecto del dipiridamol. Cualquier mejoría en el porcentaje de deformación se consideró normal. La RC se evaluó en territorio de la ADA mediante Doppler pulsado. Los pacientes se dividieron en dos grupos (G). G1: pacientes con StrainAp con respuesta normal y G2: pacientes con StrainAp anormal. Se realizó un seguimiento del total de pacientes. Se consideró evento mayor: muerte, Infarto de miocardio (IAM), Accidente Cerebrovascular (ACV), revascularización luego de los 3 meses y/o necesidad de internación por causa cardíaca (internaciones).

Resultados: La tasa de éxito de medición del StrainAp fue de 142/150 pacientes (94,6%), 8 pacientes fueron excluidos por ventana inapropiada. Se incluyeron 87 pacientes (61,3%) en G1 y 55 (38,7%) pacientes en G2. El seguimiento medio fue de $36 \pm 0,93$ meses. No hubo diferencias en el StrainAp en reposo entre G1 y G2 ($G1 = -21,3 \pm 6,7\%$ vs $G2 = -21,1 \pm 6,3\%$, $p = NS$), pero si se observaron diferencias significativas durante el efecto máximo del dipiridamol ($G1 = -26,1 \pm 7,3\%$ vs $G2 = 17,8 \pm 5,8\%$, $p < 0,0001$). Los pacientes con respuesta StrainAp normal (G1), mostraron una ARMP evaluada visualmente más bajo ($G1 = 1,04 \pm 0,13$ vs $G2 = 1,21 \pm 0,31$, $p < 0,001$) y una RC más alta ($G1 = 2,6 \pm 0,5$ vs $G2 = 1,6 \pm 0,3$, $p < 0,001$). La RC mostró una correlación lineal con los cambios del StrainAp durante reposo y pico del efecto del dipiridamol (Concordancia Kappa de 0.89, $p < 0.0001$). En el seguimiento a largo plazo se registraron 24 eventos mayores: 3 muertes, 3 infartos de miocardio no mortales, 10 revascularizaciones, 1 ACV y 7 internaciones. Los pacientes con StrainAp normal tuvieron una mejor supervivencia libre de eventos ($G1 = 90,8\%$ vs $G2 = 70,9\%$, log Rank $p < 0,01$, HR: 3,69; IC del 95%: 1,5-8,6). En el análisis multivariado de regresión logística, ajustado por edad, el StrainAp fue un predictor independiente de evento, mejor que ARMP ($p < 0.01$) e independiente de la RC.

Conclusiones: El StrainAp se correlacionó mejor con la reserva coronaria que con los trastornos regionales de la motilidad parietal y resultó un predictor superior de eventos que el análisis visual de la contractilidad

“Dr. Rodolfo Kreutzer”
Trabajos sobre cardiología pediátrica

0021 - ESTRATEGIA DE PLANIFICACION PRE-QUIRÚRGICA 3D DE LAS CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Imágenes

BERRA, Ignacio(1) | TAKEUCHI, Pablo(1) | BERRA, Sebastian(2) | IRUSTA, Alfredo(1) | CORNELIS, Javier(1) | GARCÍA DELUCIS, Pablo(1)

Introducción: La creatividad de poder encontrar herramientas mediante las reconstrucciones 3d de la anatomía de las cardiopatías congénitas para encontrar información que resulte valiosa para lograr una planificación ventajosa de la cirugía a realizar en los pacientes.

Objetivos: Poder realizar el planeamiento pre-quirúrgico a través de las Reconstrucción 3d de las imágenes de las tomografías o las resonancias.

Materiales y Métodos: Proceso Nuestro equipo de ingenieros y diseñadores utilizan los estudios de tomografía computada (CT) o de resonancia magnética nuclear (MRI) en formato DICOM para transformarlos en modelos digitales tridimensionales o en maquetas impresas en 3D. Planeamiento pre-quirúrgico El análisis 3D de la anatomía de un paciente representa un mayor paso para entender la anatomía de la cardiopatía congénita a nivel pre-operatorio y esto le permite a el cirujano encontrar defectos específicos y entenderlos mejor. . Es de especial importancia el poder realizar un planeamiento de la técnica quirúrgica previamente a el momento de la cirugía porque esto va a impactar en el tiempo intraoperatorio, mientras el corazón se encuentra parado por lo cual el tiempo es esencial. 1) Doble salida de ventrículo derecho (DSVD) 2) Síndrome de Heterotaxia – Procedimiento de Fontan-Kreutzer 3) Estenosis de ramas de las arterias pulmonares en la Reoperación de la tetralogía de Fallot 4) Personalización de la Reconstrucción de la Válvula pulmonar y aortica 5) Atresia Pulmonar con CIV y colaterales aorto-pulmonares 6) Obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

Resultados: El poder interpretar la anatomía de la cardiopatía congénita con mayor detalle permitió mejorar los resultados. Realizamos 50 casos clínicos de reconstrucción 3D de la anatomía cardiovascular, los resultados quirúrgicos fueron en el 85 % la performance técnica quirúrgica (TPS) 1 y en un 15 % TPS 2. Pudimos realizar el planeamiento preoperatorio de 9 pacientes con respecto a la reconstrucción de la válvula aortica . Los 2 casos de atresia pulmonar con civ y colaterales pudimos reconstruir los arboles pulmonares. La mortalidad fue 0 %. Todos los pacientes fueron dados de alta medica de la institución.

Conclusiones: El uso de la tecnología de reconstrucción 3D de la anatomía de las cardiopatías congénitas demostró ser una herramienta que permite la creación de la planificación pre-quirúrgica en base a el conocimiento con mayor detalle de los distintos defectos de cada paciente. Es muy importante el trabajo de un grupo interdisciplinario de distintos profesionales que puedan analizar la misma información mediante diferentes análisis.

0319 - ESTRATEGIAS DE LA TELECARDIOLOGÍA INFANTIL EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

FOTI, Mariel Lilian | MICHELI, Diego Claudio | LAFUENTE, Maria Victoria | STELMASZEWSKI, Erica Victoria | MOURATIAN, Diana Mariela | ROSENTAL, Carlos Fernando | DI SANTO, Marisa Viviana | VILLA, Alejandra

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La telemedicina se ha instalado como una herramienta superadora para el seguimiento los pacientes con cardiopatías congénitas.

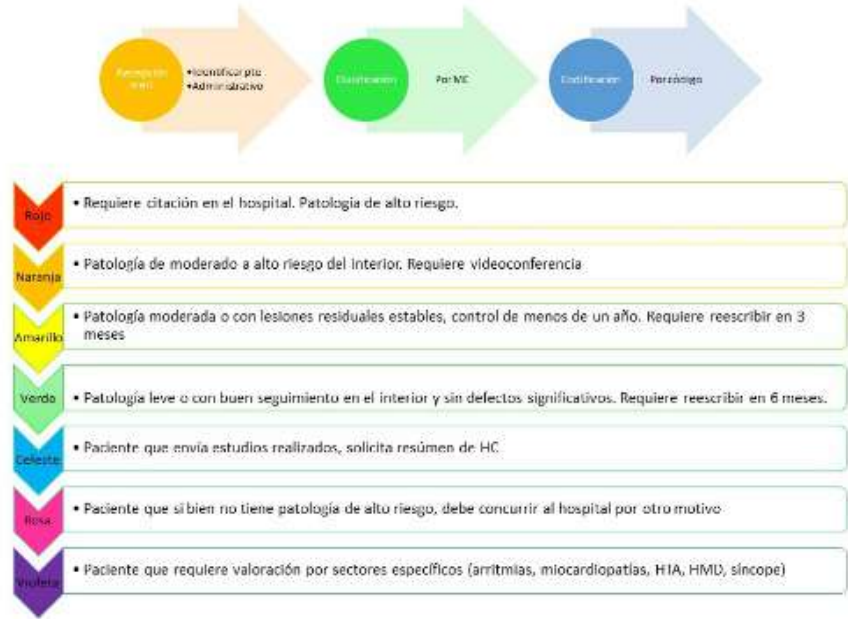
Objetivos: Compartir la experiencia de modalidad de atención a distancia. Diseñar estrategias para incorporar la videoconsulta como nueva práctica de seguimiento. Reforzar relación médico-paciente.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, cualitativo que comprende el periodo abril 2020-2021. La recepción de las consultas fue a través de mail oficial, se clasificaron los mismos según tipo de inquietud y complejidad de la cardiopatía para codificarlas por colores (ver gráfico) y se estableció un circuito de la consulta a distancia (recepción de la consulta,

interpretación, respuesta, registro). Las videoconferencias se realizaron por Webex con registro en la Plataforma de Telesalud del Ministerio de la Nación. Se priorizaron a los pacientes con residencia mayor de 100 km para la realización de videoconferencias.

Resultados: Se realizaron 3372 consultas a distancia, de las cuales 2191 fueron por mail, 489 a través de videoconferencias, y (692) en menor porcentaje a través de la oficina de comunicación a distancia, llamados telefónicos, central de turnos. Se indicó atención presencial al 13% (N=476). Se pudo establecer contacto en total con 2296 familias. Los motivos principales de consulta fueron por solicitud de turnos (2298) y el control clínico a distancia (658). Con la codificación se estratificó la urgencia de la consulta, encontrando que solo 83 consultas corresponden al código rojo, 381 eran consultas que se podían manejar a través de videoconferencias y 413 consultas (código celeste) fueron para recepción de estudios, valoración de los mismos y devolución a las familias.

Conclusiones: Debimos adaptar nuestra modalidad de atención para dar respuestas de calidad. La telemedicina es una herramienta eficaz para el seguimiento de pacientes con cardiopatías complejas, optimizando la cantidad de consultas presenciales, ahorrando costos de traslados e interviniendo a tiempo. La telemedicina nos permitió acompañar a los pacientes y brindar contención.



0587 - COMPARACIÓN DE RESULTADOS INMEDIATOS Y A MEDIANO PLAZO DE LA ANASTOMOSIS DE BLALOCK-TAUSSIG VERSUS LA COLOCACIÓN DE STENT EN TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO EN NEONATOS SINTOMÁTICOS CON TETRALOGÍA DE FALLOT.

Unidad Temática: *Cardiología Pediátrica*

ROCCHIA, Fatima L | ALLUB, Alejandro | GUEVARA, Antonio | DE ANQUIN, Lucrecia Maria | JUANEDA, Ignacio | CONTRERAS, Alejandro | PEIRONE, Alejandro Román

Hospital de Niños de Córdoba

Introducción: El manejo inicial de neonatos con tetralogía de Fallot (TOF) sintomáticos asociados a una anatomía desfavorable y flujo vascular pulmonar significativamente reducido es controversial y continúa siendo un desafío clínico.

Objetivos: Describir evolución clínica y comparar crecimiento de ramas pulmonares en pacientes con TOF neonatal sintomáticos que recibieron una anastomosis de Blalock-Taussig modificada (BTm) versus colocación de stent en tracto de salida de ventrículo derecho (sTSVD) ingresados en el Departamento de Cardiología en el período 01/03/2011 al 31/03/2021.

Materiales y Métodos: Las variables categóricas se expresan en porcentaje. Las variables continuas se expresan en mediana y rango intercuartílico (RIC). Para la comparación de muestras apareadas se usó la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Para la comparación de variables continuas independientes se usó test de Mann-Withney. Un valor de p menor a 0,05 se consideró significativo. Se realizó el análisis con paquete estadístico SPSS 24.

Resultados: Se identificaron 113 pacientes con diagnóstico de TOF, de los cuales 18% (20/113) fueron neonatos sintomáticos y requirieron paliación inicial. En 11 pts (55%) se realizó BTm y en los 9 pts restantes (45%) se implantó sTSVD. Todos presentaron crisis de cianosis, y 8 de ellos estaban recibiendo prostaglandinas. El grupo mBT tuvo una edad media al momento de la intervención de 60 días (RIC 75) y un peso medio de 4,5 kg (RIC 3), mientras que en el grupo sTSVD la edad media fue 19.5 días (RIC 15) y el peso medio 2,95 kg (RIC 1.65). Tres pts del grupo mBT presentaron

complicaciones mientras que en el grupo sTSVD no se registraron eventos adversos. No hubo cambios significativos en las dimensiones de ramas pulmonares en grupo mBT: RPD pre paliación Z-3 (RIC RIC 4.20) que se incrementó a -1.6 (RIC 1.56) (p 0.11) y RPI Z -2.5 (RIC 4.8) con incremento a -1.80 (RIC 2.36) (p 0.44). En el grupo sTSVD se encontró diferencia significativa en estas dimensiones: RPD pre paliación de Z -3.45 (RIC 3.83) incrementando a -2.5 (RIC 3.58) (p 0.021) y RPI Z -4.10 (RIC 2.51) incrementando a -2.00 (RIC 3.75) (p 0.011). Hubo un aumento significativo en la saturación de oxígeno periférica (SO₂) de ambos grupos: SO₂ pre intervención de 75% (RIC 6) aumentó a 87% (RIC 9) pos intervención en grupo mBT (p 0.005) y de 75% (RIC 16) a 91% (RIC 13) en grupo sTSVD (p 0.008). El tiempo medio de estadía hospitalaria pos procedimiento fue de 10 días (RIC 11) en grupo mBT y 6 días (RIC 2) en grupo sTSVD (p 0.095). La edad media a la cirugía correctiva fue de 24 meses (RIC 12) para grupo mBT y de 7 meses (RIC 4) para grupo sTSVD. La reparación quirúrgica definitiva en grupo mBT requirió tubo de VD-AP por anomalía coronaria en el 18% de los casos, preservación de anillo pulmonar en 30% y parche transanular en 54%. En el grupo sTSVD la totalidad de los pts recibieron parche transanular.

Conclusiones: En esta cohorte de casos, los neonatos que recibieron sTSVD como paliación inicial de su TOF neonatal sintomática, promovió un crecimiento mayor de ramas pulmonares, menor incidencia de complicaciones y una tendencia a menor tiempo de estadía hospitalaria. La SO₂ tuvo incremento significativo en los dos grupos. En grupo mBT la mitad de pts requirieron parche transanular mientras que grupo sTSVD todos lo recibieron. Un mayor número de pacientes serán necesarios para confirmar estos hallazgos iniciales.

“Dr. Isaac Berconsky” Trabajos sobre Cardioangiología Intervencionista

0233 - ¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO?

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

IWANOWSKI, Mateo | BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BONORINO, José | MARQUEZ HERRERO, Santiago
Nicolás | MELCHIORI, Renzo Eduardo | TORRES, Nicolás Arturo | SPAINI, Emilia Macarena

Hospital Universitario Austral

Introducción: El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) es la tercera causa de muerte cardiovascular. Existe consenso en realizar terapia de reperfusión en los pacientes con TEP de alto riesgo, mientras que en el TEP de riesgo intermedio esta terapia es controversial y podría indicarse en aquellos pacientes que presentan mayor riesgo de inestabilidad hemodinámica y muerte por falla ventricular derecha. En la actualidad la trombólisis sistémica (TS) en este grupo de pacientes es la estrategia de reperfusión recomendada como primera opción a pesar del riesgo de sangrado asociado a la misma. Si bien existe escasa evidencia, la terapia guiada por catéter (TGC) podría tener una menor tasa de complicaciones hemorrágicas con similar eficacia. No existen trabajos a la fecha que comparen ambas estrategias de reperfusión por lo que en la actualidad se desconoce cuál de ellas es más segura y eficaz.

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad de la TGC respecto de la TS en pacientes con TEP que requirieron terapia de reperfusión.

VARIABLES	TS (n=11)	TGC (n=21)	Valor de p
ARM	4 (36.36%)	8 (38.1%)	ns
Mortalidad intrahospitalaria	3 (27.27%)	5 (23.81%)	ns
Sangrado mayor (BARC >=3)	1 (9.09%)	1 (4.76%)	ns
Compuesto de ARM, mortalidad intrahospitalaria y sangrado mayor	4 (36.36%)	10 (47.5%)	ns

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes que ingresaron por TEP en un Hospital Universitario de 2008 a 2021. Se incluyeron pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto y alto según la clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología que fueron sometidos a terapias de reperfusión (TS o TGC) basado en una guía de práctica clínica institucional. En la misma se recomienda la reperfusión en los pacientes de alto riesgo y aquellos de riesgo intermedio-alto que presenten dilatación ventricular derecha asociado al menos a dos de

las siguientes: frecuencia cardíaca >100lpm, presión arterial sistólica <100mmHg, ácido láctico >2mmol/L. Se excluyeron los pacientes con tromboectomía quirúrgica. Se analizó la evolución intrahospitalaria y en el seguimiento a los 30 días entre ambas estrategias. Se realizó análisis poblacional con técnicas de uni y bivariado.

Resultados: Del total de 399 pacientes con TEP se incluyeron 32 de los cuales en el 66% se indicó TGC (n=21) y en el 34% TS (n=11). La prevalencia de inestabilidad hemodinámica fue de 28.1% y la mortalidad intrahospitalaria global fue del 25%. Las características basales de ambas poblaciones fueron similares. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de sangrado mayor (BARC>=3) entre ambos grupos TGC vs. TS (9.09% vs 4.76%; p= ns), ni tampoco en las tasas de asistencia respiratoria mecánica (ARM), mortalidad intrahospitalaria y el compuesto de ARM, mortalidad intrahospitalaria y sangrado mayor. Tabla 1. Sólo la TGC mostró una reducción estadísticamente significativa en la presión sistólica en la arteria pulmonar (PSAP) a los 30 días en comparación con la PSAP medida al ingreso (p=0.0004). Tabla 2.

ESTRATEGIA	PSAP al ingreso (mmHg)	PSAP a los 30 días (mmHg)	Diferencia (mmHg)	Valor de p
TS	50.83 (IC95% 26.3-75.3)	41.66 (IC95% 10.95-72.38)	9.16 (IC95% 6.19 – 24.52)	0.185
TGC	58.72 (IC 95% 48.60-68.84%)	31.90 (IC95% 24.35-39.45)	26.81 (IC95% 15.18-38.45)	0.0004

Conclusiones: En nuestra población que requirió terapia de reperfusión no observamos diferencias en eficacia y seguridad entre ambas estrategias aunque la TGC demostró una reducción significativa de la PSAP a los 30 días lo cual podría tener implicancias en la incidencia de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

0367 - IMPLANTE ALTO, CUPS OVERLAP, DE LAS VÁLVULAS AUTOEXPANDIBLES UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA NECESIDAD DE MARCAPASOS. EVOLUCIÓN A 30 DÍAS

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

CAPONI, Gaspar | FAVA, Carlos | GAMBOA, Paul | LEV, Gustavo Alejandro | MENDIZ, Oscar Alfredo | VALDIVIESO CEDEÑO, León

Fundación Favalaro

Introducción: El TAVI ya ha demostrado su beneficio en los diferentes grupos de riesgo, especialmente cuando es por acceso femoral, pero uno de los grandes desafíos que aún presenta es la necesidad de marcapasos luego del implante en las válvulas autoexpandibles

Objetivos: El objetivo de este análisis es si el implante más alto a nivel del tracto de salida del ventrículo izquierdo, CUP OVERLAP (COVL) disminuye la necesidad de marcapasos luego del implante en las válvulas autoexpandibles

Materiales y Métodos: Se analizaron 164 pacientes que recibieron TAVI desde Agosto del 2019 hasta Mayo del 2021, de ellos 101(61.6%) se realizaron con implante convencional (CON) y 63 (38.4) se realizaron con COVL. El Punto Final Primario (PFP) fue la necesidad de marcapasos definitivo a 30 días. Se analizó además la mortalidad, la presencia de IAM, oclusión coronaria, ACV, sangrado mayor, complicaciones vasculares, la presencia de nuevo BCRI y la estadía hospitalaria

Resultados: La edad fue de 79.8±7.9 para el grupo CON y de 80.4±6.7 para los que recibieron implante COVL, hombres 48.5% vs 53.9%, hipertensión 89.1% vs 92.1%, diabetes 20.8% vs. 34.9% (p0.04), infarto previo 22.7% vs 14.3% (0.0007), CRM 18.8% vs 17.5%, ATC 31.7% vs 49.2% (p0.001), ATC pre TAVI 21.8% vs. 31.7%, ACV 4.9% vs 4.8%, eGFR (ml/min) 60.1±19.3 vs 61.3±17.9, diálisis 3% vs 1.6%, fibrilación auricular 15.8% vs 34.9% (0.004), BCRD 9.9% vs 9.5%, BCRI 9.9% vs. 9.5%, BAV 1 grado 0.9% vs 1.6%. El STS score fue de 5.8±2.4 vs 6.3±2.1 (p0.05). El área valvular aórtica fue de 0.71±0.15 vs 0.69±0.14, el gradiente 40.8±10.7 vs 41.5±10.1, la fracción de eyección fue 54.8 ± 10.4 vs. 55.2 ± 9.9. El acceso fue femoral en todos los ptes del grupo CON y en 61 del grupo COVL, en dos fue subclavio. Se realizó predilatación en el 57.4% vs. 79.3% (p0.0003) y pos dilatación en el 24.5% vs 25.3%. Todas las válvulas implantadas fueron autoexpandibles. El cierre fue percutáneo en el 99% vs. 95%. A 30 días el PFP estuvo a favor de la estrategia COVL, 17.8% vs 6.3% (p0.03). La mortalidad fue de 4.9% para CON y de 4.8% para COVL, ACV 0 vs 1.6%, sangrado mayor 2% vs 1.6%, complicaciones vasculares 2% vs 4.8%, regurgitación aórtica moderada 2% vs 1.6%, nuevo BCRI 12.9% vs 4.8% (0.08), ningún pte presentó IAM o regurgitación aórtica severa

Conclusiones: La estrategia del implante alto en el TAVI con válvulas autoexpandibles demostró, en esta serie ser factible y segura, con una disminución de la necesidad de marcapasos definitivos sin aumento de las complicaciones. Son necesarios realizar más estudios para conocer si esta estrategia es válida.

0492 - STENT VASCULOMIMÉTICO, SOLUCIÓN O PESADILLA?

Unidad Temática: *Cardiología Intervencionista*

NUÑEZ, Pablo | MON NOBOA, Matias Rafael | GABILONDO, Ivan | GIACHELLO, Carlos Federico | LAGUZZI, Nestor | PASCUA, Julio Andrés

Hospital Italiano de La Plata

Introducción: El stent Supera® (Abbott) tiene un diseño vasculomimético que permite flexibilidad axial y longitudinal y resistencia a la fractura, pareciera ser el indicado para tratar lesiones obstructivas de los sitios de flexión (femoral y poplíteo).

Objetivos: Evaluar la permeabilidad a medio plazo del stent Supera para el tratamiento multinivel de enfermedad arterial aterosclerótica. Informamos nuestra experiencia en la implantación de 43 stents Supera para el tratamiento endovascular de arteriopatía periférica.

Materiales y Métodos: De junio de 2017 a diciembre de 2020, se colocaron un total de 43 stents en 35 pacientes (28 hombres, edad promedio 69,7%) con enfermedad aterosclerótica de miembros inferiores. El seguimiento clínico y ecográfico fue una media de 25.5 meses (rango, 0-46 meses). La indicación de angioplastia fue por claudicación intermitente (71,5%) e isquemia crítica (28,5%). La distribución de la enfermedad fue en territorio aorto-iliaco (16,9%), femoro-poplíteo (59,3%) e infrapatelar (23,7%) con tratamiento multinivel (68,6%) en la mayoría de los casos. La clasificación de la lesión por consenso transatlántico entre sociedades para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica (TASC II) A, B, C y D fue de 0%, 20%, 30%, 50%, respectivamente para territorio aorto-iliaco y de 28,5%, 8,5%, 14,2%, 74,2%, para territorio femoro-poplíteo.

Resultados: El éxito del procedimiento (estenosis residual <30%) se logró en el 100% de los procedimientos. La colocación del stent en territorio poplíteo fue en un 66,6%, en femoral común un 25% y en femoral superficial un 8,4%. Los accesos utilizados fueron femoral contralateral (37,5%), femoral anterógrado (35%), poplíteo (12,5%), humeral (10%) e infrapatelar (5%). Se observó que la tasa de Permeabilidad Primaria a los 1, 6, 12, 18 y 24 meses de la intervención era del 94,1%, 87%, 82,7%, 82,7% y 75,2%, junto con una tasa de permeabilidad secundaria del 100%, 88,8%, 88,8% y 81,4% respectivamente, mediante la estimación con Curvas de Kaplan-Meier. No se detectaron fracturas de stents.

Conclusiones: Nuestro trabajo demuestra que el Stent Supera® es una opción válida para el tratamiento de la patología obstructiva multinivel con anatomías desafiantes presentando unas tasas de permeabilidad primaria y secundarias esperanzadoras a 2 años. En nuestra experiencia, los pacientes más jóvenes, con by-pass previo y las lesiones de 2 territorios complejas (TASCII tipo D) fueron predictores positivos de reestenosis y trombosis.

“Dr. Mauricio Rosebaum” Trabajos sobre Electrofisiología y Estimulación Cardíaca

0031 - TIEMPO DEL DIAGNOSTICO A LA ABLACION COMO FACTOR PRONOSTICO DE RECURRENCIA EN LA FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA

Unidad Temática: *Arritmias y Electrofisiología*

ALVAREZ CORREA, Mariel | GALIZIO, Néstor Oscar | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio Andres | TRONCONI, Alejo | RAMIREZ, Debora | AMREIN, María Eugenia | GONZÁLEZ, José Luis

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: La ablación por catéter de la fibrilación auricular (FA) es el tratamiento de elección para pacientes sintomáticos y refractarios al tratamiento médico, aunque la tasa de recurrencia continúa siendo elevada. Estudios recientes han demostrado que el tiempo de evolución de la arritmia a la ablación es un factor predictor de recurrencia en la ablación de fibrilación auricular la FA.

Objetivos: Determinar si el tiempo entre el diagnóstico de la FA y la ablación por radiofrecuencia con sistema de navegación Navx Ensite (menor versus mayor a un año) influye en la recurrencia de la arritmia.

Materiales y Métodos: Se evaluaron un total de 292 pacientes (pts) entre 2012 y 2020 con FA paroxística (FAp) de acuerdo con el tiempo de evolución de la arritmia. Menor de 1 año: 98 pts (33.5%) y mayor a 1 año: 194 pacientes (66.5%)

sometidos a la ablación por radiofrecuencia con sistema de navegación tridimensional NavX Ensite. Se definió recurrencia de FA como la presencia de arritmia auricular (FA, taquicardia auricular o aleteo) de más de 30 segundos de duración después del periodo de blanking. Se utilizó la curva de Kaplan Meier para el cálculo de supervivencia libre de arritmia y el modelo de regresión de Cox para identificar las variables predictores independientes de recurrencia.

Resultados: De los 292 pts incluidos, el 78% era masculino, con una edad promedio de 55.2 ± 11.2 años, 46% eran hipertensos y el 71% tenía un CHA2DS2-VASc ≤ 1 . Los pts con FA < 1 año de evolución tuvieron una mayor tasa libre de arritmia que los pts con > 1 año de evolución. Tasa libre de FA: < 1 año: 6 meses (m) 87%, 12 m 85.5%, 24 m 80%, 36 m 76.3% versus > 1 año. 6 m: 86%, 12 m 74.4%, 24 m: 64.7%, 36 m 50%. Log Rank Test (Mantel Cox): p 0.032), con un menor tiempo de procedimiento (216 ± 70 min vs. 225 ± 74 ; p 0.009), menor tiempo de radioscopia (40 ± 30 min vs. 50 ± 30 ; $p < 0.0001$) y un menor requerimiento de reablación (8.1% vs. 22.1%; p : 0.002). La tasa de eventos adversos totales (mayores y menores) fue similar en los dos grupos (4.1% vs. 4.7%; p : 0.45). El modelo de regresión logística de Cox identificó el diámetro de la aurícula izquierda (p 0.037) y el tiempo desde el diagnóstico de la FA hasta la ablación (p 0.015) como predictores independientes de recurrencia. Sólo el último de ellos es un factor modificable asociado con recurrencia (HR 1.0 [95% IC, 0.03-5.9]).

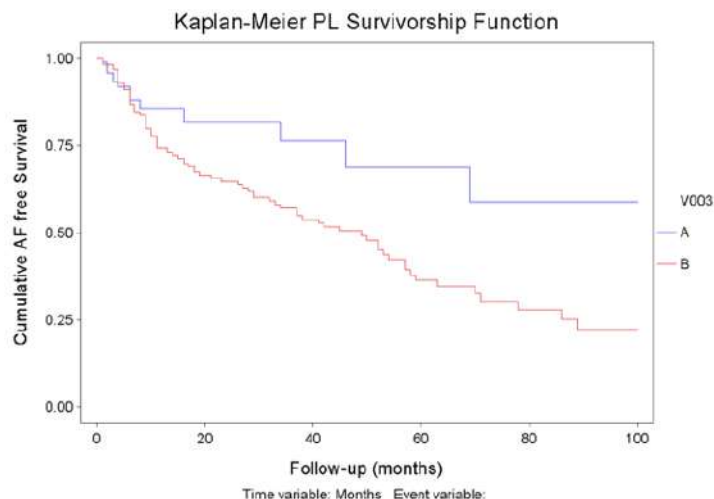


Figura 1. Curva de Kaplan Meier. Libre de FA (azul: menor de 1 año, rojo: mayor que un año).
A (blue): < 1 año. 6 m: 87% 12 m: 85.5% 24m: 80% 36 m: 76.3%.
B (red): ≥ 1 año. 6 m: 86% 12 m: 74.4% 24 m: 64.7% 36 m 50%.
Log Rank Test (Mantel Cox): p 0.032

Conclusiones: En nuestra población en estudio los pts que fueron ablacionados durante el primer año del diagnóstico de la FAP, mostraron significativamente menor tasa de recurrencia, menor tiempo de procedimiento, de radioscopia y menor requerimiento de reablación, con tasas similares de eventos adversos.

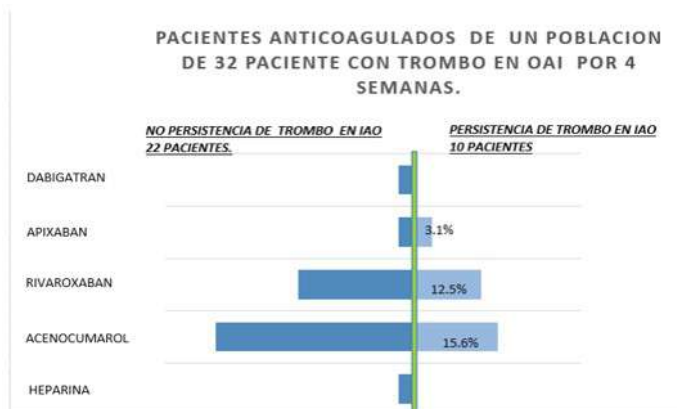
0039 - LA PERSISTENCIA DE TROMBO EN LA AURÍCULA IZQUIERDA EN FIBRILACIÓN AURICULAR. EL JUICIO DE LO ENIGMATICO.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

ALUSTIZA, Walter Ramon | BISUTTI, Julio Hector | VENTRICI, Javier Fabian | MARTURANO, María Pía
 Sanatorio Pasteur de Catamarca

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

Objetivos: Reunir el conjunto de variables clínica- Ecocardiográficas de persistencia de trombo en (OAI) y su respuesta al tratamiento anticoagulante estándar.



Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte en único centro incluyendo 36 pacientes, con diagnóstico de FA y presencia de trombo en OAI. Todas las valoraciones clínicas y Ecocardiográficas fueron realizados por personal entrenado. Se realizaron análisis descriptivos, proporcionales y estadística inferencial, asumiendo significancia de $P < 0.05$ con Intervalos de confianza del 95%.

Resultados: De los 36 pacientes observados se evidenció mortalidad intrahospitalaria en 4 pacientes y seguimiento de 32 pacientes por un rango de 3 semanas. Las características de la población mostraron

mayoría de sexo masculino con un 65 %, edad de 70 ± 11 . En un rango de 3 semanas se repite el ecocardiograma Doppler Transesofágico, evidenciando persistencia de trombo en el 31,2% cumpliendo tratamiento ACO (modelo propuesto por las guías). La insuficiencia Cardíaca (IC) como cuadro sindrómico se asoció a persistencia de trombo y valorando la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), se halló diferencias significativas para FEVI 37 ± 13 como predictor asociado. Dentro del grupo persistencia de trombo en OAI se observó el 15.6% tratados con AVK (acenocumarol), 12.5% con rivaroxaban y 3.1% con apixabán

Conclusiones: Se evidenció en nuestros resultados que la insuficiencia cardíaca fue la variable asociada y la FEVI del 37% fue el predictor asociado de persistencia de trombo en la OAI siendo el interrogante a futuro si realmente son suficientes 3 semanas de tratamiento anticoagulantes para una cardioversión segura y exitosa en este grupo poblacional.

0177 - ESTIMULACIÓN DEFINITIVA PARAHISIANA CON EL USO DEL SYNCHROMAX Y CATÉTERES STANDARD DE FIJACIÓN ACTIVA

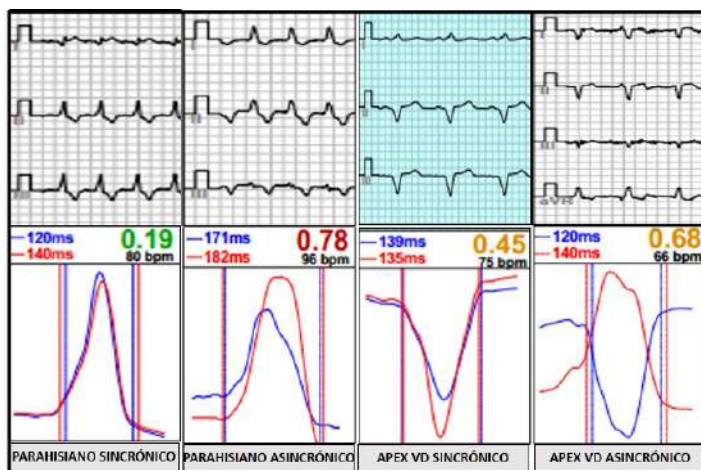
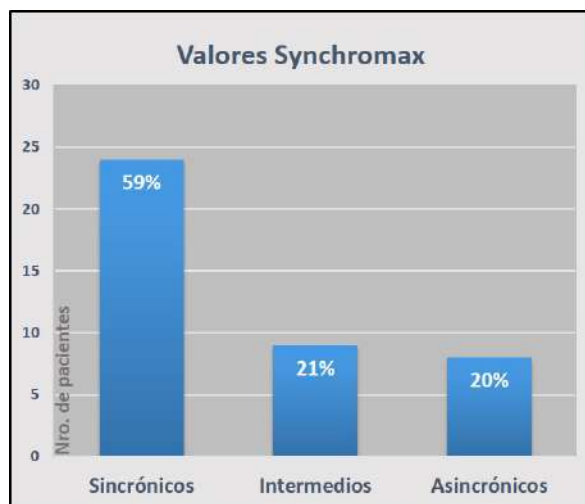
Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

VIOLA, Luciana Soledad | VENTURA, Alejandro Armando

CORDIS, Instituto del Corazón Chaco

Introducción: Está demostrado que el implante de marcapasos definitivos (MPD) en el ápex del ventrículo derecho produce asincronía y efectos deletéreos en la función ventricular izquierda. Una forma de evitarlo, es el implante de marcapasos en el septum con captura del haz de His. El Synchronmax (Sy) es un método no invasivo, sencillo y práctico que ha demostrado tener un alto valor predictivo para la detección de asincronía o sincronía eléctrica del ventrículo izquierdo y muy buena correlación con la actividad mecánica, por lo tanto puede ser de utilidad para detectar el sitio adecuado durante el implante parahisiano.

Objetivos: Determinar la utilidad del Sy durante el implante de marcapasos a nivel septal parahisiano utilizando catéteres standard de fijación activa



Materiales y Métodos: : Fueron incluidos en forma consecutiva durante seis meses (octubre/20 - marzo/21) 41 pacientes (p) con indicación de MPD, edad promedio 72 años (41-88), 20p (48%) de sexo femenino. En todos los casos se intentó el implante de marcapasos a nivel septal parahisiano, con el uso del Sy como método de selección del sitio adecuado de la derivación ventricular. La cardiopatía de base fue: Chagásica 5p, esclerodegenerativa 8p, congénita 1p, hipertensión arterial 15p, isquémica 8p, miocardiopatía dilatada 2p y valvular 2p. La indicación de MPD fue Bloqueo AV 2° grado 5p, BAVC 21p y Enfermedad del nódulo sinusal 15p. Se implantaron 15 MPD unicamerales y 26 bicamerales.

Se utilizaron catéteres standard de fijación activa de las diferentes marcas disponibles en el mercado. En todos los implantes se siguió la misma metodología: Anestesia local, Punción de vena axilar izquierda, introducción del catéter ventricular hasta el tracto de salida del VD facilitado por curva en la guía del catéter, retirada del catéter mientras se estimula el septum hasta lograr captura con curva sincrónica en el Sy, luego se procedió a atornillar el scrull y finalmente a la medición de parámetros de umbral, sensado e impedancia. Si no se lograba una curva sincrónica y valores adecuados en el transcurso 20 minutos o de tres intentos, o descompensación del paciente por causas extras, se realizaba el implante

en el ápex del VD. Las curvas y valores de Sy se clasificaron según los índices como Sincrónicos (<0,4), Intermedios (0,4-0,7) o Asincrónicos (> 0,7).

Resultados: Se logró el implante con curvas de Sy adecuadas en 33p (80%), 24 de ellos (59%) presentaron curvas sincrónicas y 9p (21%) intermedias (ver gráfico). En 8p (20%) se implantó el catéter ventricular en el ápex VD, en 4p por no conseguirse curvas o valores Sy adecuados luego de 3 intentos, en 2p por no conseguirse umbrales adecuados de estimulación y otros 2 por inconvenientes externos. En 2 de los p implantados en el ápex VD, se lograron obtener curvas y valores Sy sincrónicas desde dicha posición. Los umbrales de estimulación obtenidos fueron en promedio 0,9 V (0,4-1,2). En la figura 1 puede observarse ejemplos de curvas sincrónicas y asincrónicas parahisianas y del ápex VD. En el seguimiento durante seis meses, no se observaron desplazamientos de catéter ni aumentos importantes de umbrales.

Conclusiones: El uso del Sy durante el implante fue de gran utilidad para determinar el sitio adecuado del catéter VD

0427 - ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE LONG STANDING. ¿ES NECESARIA LA SUMATORIA DE TÉCNICAS PARA UNA ABLACIÓN EFECTIVA?

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

REVOLLO, Gerson Ariel | BARJA, Luis Dante | ABOY, Juan Manuel | MANGANI, Nicolas Martin

Hospital Universitario Austral

Introducción: Son múltiples las técnicas para la ablación de la fibrilación auricular (FA). En las FA paroxísticas el aislamiento de las 4 venas pulmonares (AVP) es el end point, pero en la FA persistentes long standing, (FALST) para lograr un tratamiento efectivo se tendría que agregar técnicas adicionales, sin embargo no está del todo claro que técnicas tendrían que usarse de forma inicial

Objetivos: Evaluar la combinación de las técnicas para la reversión de FA a ritmo sinusal directa o indirectamente a través de la ablación de arritmias secundarias post aislamiento de VP.

Materiales y Métodos: Entre enero de 2014 a enero de 2021 se realizó estudio observacional y retrospectivo, se incluyó 22 pacientes de 51 (±9) años de edad, de ambos sexos. Las ablaciones fueron realizadas con sistema de navegación EnSite Velocity y Precision (St Jude), se utilizó mapa de voltaje, mapa de CFES y mapa LAT con catéter de irrigación abierta con 41 W 41 G y 17 ml/min de irrigación (solución salina). En 2020 se agregó catéter de fuerza de contacto. Todos los pacientes entraron a laboratorio en fibrilación auricular. Se realizó a AVP antral de las 4 venas pulmonares con bloqueo bidireccional sumado a ablación de los plexos parasimpáticos (WACA), CFES, ligamento de Marshall, ablaciones lineales, aislamiento de OI. Se agregó técnicas específicas en caso de aleteo auricular o taquicardia auricular asociado a la FA

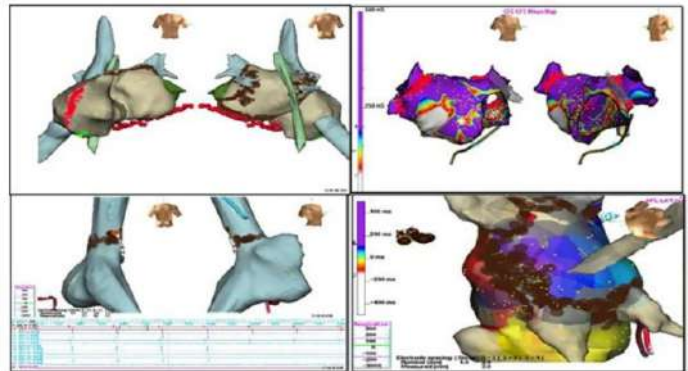
Resultados: Con el objetivo de revertir la FALST a ritmo sinusal o pasaje a otras arritmias, (cambio de sustrato) de los 22 pacientes, se realizó un único procedimiento combinado en el 59.1% (13 pacientes). Un segundo procedimiento en el 36.4% (8 pacientes) y un tercer procedimiento en el 4.5% (1 paciente). Las técnicas más utilizadas durante el primer procedimiento terminaron siendo 100% AVP mas plexos (WACA), 92% ligamento de Marshall, 61.5% CFES, 46% línea en techo, 38.5% istmo izquierdo, 38.5% desfragmentación del seno coronario y 22.8% ablación de ICT. En

TABLA 1	NRO	%
NRO TOTAL	22	100
EDAD	51 (±9)	
MASCULINO	20	91
FEMENINO	2	9
FALST	22	100
NRO DE PROCEDIMIENTOS		
1	13	59,1
2	8	36,4
3	1	4,5
TECNICAS		
1ER PROCEDIMIENTO	13	
AVP	13	100
LIG. MARSHALL	12	92
CFES	8	61,5
LINEA TECHO	6	46
ISTMO IZQUIERDO	5	38,5
DESFRAGMENTACION DE SC	5	38,5
ICT	3	22,8
2DO PROCEDIMIENTO	8	
RE AVP	5	62,5
LINEA TECHO	5	62,5
ISTMO IZQUIERDO	3	37,5
TA FOCAL	3	37,5
ICT	2	25
3ER PROCEDIMIENTO	1	
REAVP, CFES, OI	1	100
CAMBIO DE SUSTRATO		
SINUSAL SIN CAMBIO	3	13,7
CAMBIO DE SUSTRATO	19	86,3
AAI	8	42
TA FOCAL	6	31,6
AA ICT	5	26
CVE	4	21

TABLA 1: Características poblacionales. Técnicas de ablación y número de procedimientos.

un segundo procedimiento el 62.5% requirió Re AVP, 62.5% línea en techo, 37.5% istmo izquierdo y 37.5% ablación de taquicardia focal de aurícula izquierda y el 25% ablación de ICT. En el tercer procedimiento, Re AVP, CFES y aislamiento de orejuela izquierda. Los pacientes pasaron a ritmo sinusal en el 13.7% (3 pacientes) sin cambio de sustrato. El 86.3% (19 pacientes) presento cambio de sustrato (8 a aleteo auricular izquierdo, 6 a taquicardia focal izquierda y 5 a aleteo auricular derecho ICT dependiente) de los cuales 4 pacientes del requirieron CVE posterior al primer procedimiento y posterior segunda ablación efectiva por AA y TA

FIGURA 1: AVP (WACA), ligamento de Marshall, línea techo, istmo izquierdo, desfragmentación de seno coronario, CFES, VCS.



Conclusiones: Un primer procedimiento tiene alta efectividad cuando se realiza técnicas sumatorias y combinadas. Segundos a terceros procedimientos son utilizados para complementar el cambio de sustrato y arritmias secundarias como aleteo auricular o taquicardia auricular. Las técnicas más utilizadas fueron WACA, ligamento de Marshall, línea en techo y desfragmentación endocardica y epicardica de seno coronario. Hacer un protocolo inicial más efectivo será un trabajo a futuro.

0541 - LA INESTABILIDAD DEL INTERVALO QT PREDICE DE FORMA INDEPENDIENTE EVENTOS ARRÍTMICOS EN EL PACIENTE CON SD DE BRUGADA.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

MORENO RIO, Ines(1) | VALDEZ-BANGO, Fernando(1) | MÁNCHEÑO ANTON, Jesus(1) | SOROA ORTUÑO, Miguel(1) | HADID, Claudio León(2) | ATEA, Leonardo(3) | DELGADO, Elias(1) | DAVID, Calvo(1)

Hospital Universitario Central de Asturias (1); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (2); HOSPITAL CLINICAS (3)

Introducción: Diversas características electrocardiográficas han sido analizadas para la predicción de eventos arrítmicos mayores en el paciente con síndrome de Brugada (SBr). Sin embargo, su capacidad de predicción independiente con respecto a otras variables clínicas como el síncope cardiogénico no han sido claramente establecidas.

Objetivos: Caracterizar la variabilidad de los parámetros electrocardiográficos (ECG), como parámetro subrogado de inestabilidad eléctrica, en cuanto a su potencial capacidad de predicción de eventos arrítmicos mayores en el SBr.

Materiales y Métodos: Se analizan 112 pacientes con antecedentes de SBr y registros ECG consecutivos, seguidos en nuestra unidad de arritmias. La variabilidad de los parámetros ECG (anchura de onda P, PR, QRS y QTc) de definió como la longitud del rango (longitud del intervalo entre valor mínimo y valor máximo) de estos intervalos entre los ECG registrados en sucesivas revisiones anuales. La corrección del intervalo QT por frecuencia se evaluó, de forma independiente, acorde a las fórmulas de Bazzet, Fridericia, Framingham y Hodges. Se definieron como eventos la ocurrencia de muerte súbita (resucitada o no) y/o la terapia apropiada del desfibrilador automático por taquicardia ventricular o fibrilación ventricular.

Resultados: Se documentaron 12 eventos arrítmicos. En los análisis univariantes, la longitud del rango de la anchura del PR y QRS se mantuvieron en el límite de la significación estadística ($p=0.085$ & 0.061 respectivamente), mostrando una tendencia a mayor longitud de los mismos en los pacientes con eventos arrítmicos (figura). La longitud del rango del QTc, para cualquiera de las fórmulas de corrección alcanzaron la significación estadística en cuanto a su asociación con los eventos arrítmicos. Un modelo de regresión de

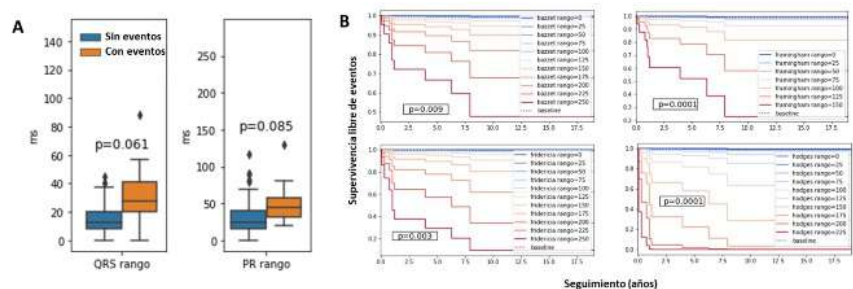


Figura: Análisis de variabilidad de intervalos ECG. **Panel A:** univariante de la variabilidad del intervalo PR y QRS. **Panel B:** análisis de Cox estratificado para el rango de QTc según diferentes fórmulas de corrección. La significación estadística se calculó en un modelo multivariable que incluía el síncope cardiogénico, el sexo y el patrón basal tipo I).

Cox, independiente para cada una de las fórmulas de corrección, demostró que la longitud del rango del QTc predecía eventos arrítmicos de forma independiente junto con la variable síncope cardiogénico ($p < 0,0001$) (Figura, panel B). Otras variables (sexo varón y patrón tipo I basal) no alcanzaron la significación en ninguno de los modelos de Cox.

Conclusiones: La variabilidad del intervalo QTc, como probable marcador de inestabilidad eléctrica, predice eventos arrítmicos en el paciente con SBr de forma independiente a otras variables de gran significado clínico (i.e., el síncope cardiogénico).

0542 - CAPACIDAD PREDICTIVA DEL SÍNCOPE EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SD DE BRUGADA.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

MÁNCHENO ANTON, Jesus(1) | MORENO RIO, Ines(1) | SOROA ORTUÑO, Miguel(1) | ATEA, Leonardo(2) | HADID, Claudio León(3) | DELGADO, Elias(1) | CALVO, David(1)

Hospital Universitario Central de Asturias (1); HOSPITAL CLINICAS (2); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (3)

Introducción: Algunas patologías muestran que la capacidad predictiva de variables clínicas como el síncope se limita a periodos cortos de tiempo. Patologías como el síndrome de Brugada (SBr) precisan, sin embargo, de fiabilidad pronóstica para periodos muy prolongados en el seguimiento del individuo.

Objetivos: Analizar la capacidad de predicción del síncope cardiogénico (de características clínicas malignas en oposición al síncope de características clínicas neuromediadas), como diagnóstico establecido en la evaluación inicial del paciente con SBr, durante periodos prolongados de seguimiento.

Materiales y Métodos: Se analizan 193 pacientes con antecedentes de SBr y seguidos en nuestra unidad de arritmias. Se definieron como eventos la ocurrencia de muerte súbita (resucitada o no) y/o la terapia apropiada del desfibrilador automático por taquicardia ventricular o fibrilación ventricular.

Resultados: Durante el seguimiento ($8 \pm 4,4$ años) se documentaron 13 eventos arrítmicos. La edad al diagnóstico fue de 51 ± 14 años (68,8% varones). Dada la alta prevalencia de varones y la edad avanzada al diagnóstico de nuestra muestra, se incluyeron para análisis variables de riesgo cardiovascular habituales (dislipemia, hipertensión, diabetes y tabaquismo) conjuntamente con las variables de análisis propias del SBr (sexo varón, patrón tipo I basal y el síncope cardiogénico). Un total de 23 pacientes presentaban síncope cardiogénico, de los cuales 8 desarrollaron eventos en el seguimiento (34%). Un total de 5 pacientes inicialmente asintomáticos desarrollaron eventos arrítmicos en el seguimiento (2,9%; Figura, panel A). Un modelo de regresión de Cox, que incluía todas las variables para análisis, identificó la variable síncope cardiogénico como única con capacidad de predicción ($p < 0,0001$; Figura, panel B).

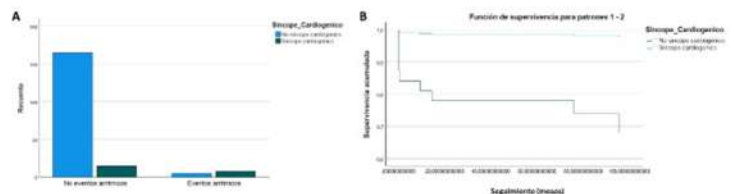


Figura: Análisis de eventos. Panel A: distribución de eventos según el diagnóstico de SBr. Panel B: análisis de Cox estratificado para el síncope cardiogénico.

Conclusiones: La variable síncope cardiogénico al diagnóstico es un predictor potente de eventos mayores en el seguimiento prolongado. Sin embargo, una proporción significativa de pacientes inicialmente asintomáticos presentan eventos en el seguimiento, lo que refuerza la necesidad de una evaluación clínica periódica y actualizada de los pacientes con SBr.

0566 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA. INCIDENCIA Y MECANISMOS INVOLUCRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

GALIZIO, Néstor Oscar | AMREIN, María Eugenia | GONZÁLEZ, José Luis | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio Andres | GUEVARA, Eduardo | FAVALORO, Liliana | FAVALORO, Roberto René

Fundación Favaloro

Introducción: La Insuficiencia Mitral Funcional (IMF) es común en pacientes (pts) con insuficiencia cardíaca (IC) por cardiomiopatía isquémica (CMI) o no isquémica (CMNI). La IMF moderada (M) o severa (S) se asocia a un aumento de riesgo de IC y muerte. Está demostrado el beneficio de la terapia de resincronización cardíaca (TRC) en mejorar la IC y la

IMF. Se han propuesto 2 fases en la reducción de la IMF. a. Inmediata, primeros 6 meses (m), debido a resincronización de los músculos papilares. B. Tardía, después de 6 m, debido a remodelamiento inverso.

Objetivos: Describir la incidencia de IMF y los mecanismos involucrados en su reducción, en respondedores a la TRC a los 6 m, comparados con los respondedores a largo plazo.

Materiales y Métodos: Entre 2009 y 2018 se realizó un estudio unicéntrico retrospectivo, en 338 pts con IC implantados con TRC, predominantemente en CF II-III (NYHA), QRS 130-150 ms. Fueron seguidos a 6, 12 y 24 m. Se evaluó CF, diámetro diastólico del VI (DDVI), diámetro sistólico del VI (DSVI) y fracción de eyección (FEVI) por Eco-Doppler. Respondedor: CF se redujo 1 grado o FEVI \geq 5% (absoluto), Super-respondedores: FEVI \geq 10%. Normalizadores FEVI 50%. La severidad de la IMF se graduó en 4: No, leve (L), M y S y se correlacionó con los cambios volumétricos. Características Basales: edad 64 ± 10 años, hombres 239 (71%), CMI 123 (36.4%), CMNI 215 (63.6%), CF II-III 311 (92%), RS: 256 (76%), BCRI 227 (67%), intervalo PR 186 ± 45 , QRSd 156 ± 27 ms, QRS \geq 130 ms 295 (87%) QRS \geq 150 ms 253 (75%), DDVI 68 ± 9 mm, DSVI 52 ± 12 mm, FEVI $24 \pm 7\%$, No-IM 25 (7.4%), L 140 (41%), M 110 (33%) e S 62 (18%). Pts bajo tratamiento médico optimizado. Entre los respondedores se evaluaron los cambios en la IMF y sus mecanismos. Las variables continuas se presentaron como media y desvío standard y las categóricas como números y porcentajes.

Total TRC-P/D IMF 313/338pts (92.8%)	IM-S	IM-M	DDVI (mm)	DSVI (mm)	FEVI (%)
Basal vs 6 m (237p) Respondedores 204p (86%)	BASAL				
	36/204 p (18%)	62/204 p (30%)	70 \pm 10	58 \pm 12	24 \pm 11
	6 MESES				
	16/204 p (8%) (p=0.002)	40/204p (20%) (p=0.01)	63.5 \pm 11 (p=0.0001)	50 \pm 13 (p=0.001)	32 \pm 11 (p=0.00001)
6 vs 12 m (152 p) Respondedores 170 p (89%)	6 MESES				
	11/170 p (7%)	26/170p (17%)	63 \pm 12	50 \pm 14	34 \pm 10
	12 MESES				
	10/170p (6.5%) (p= 0.8)	22/170p (14%) (p=0.5)	63 \pm 12 (p=0.5)	49 \pm 14 (p=0.9)	36 \pm 11 (p=0.2)
6 vs 24 m (117p) Respondedores 132p (88.6%)	6 MESES				
	8/117p (7%)	20/117p (17%)	63 \pm 12	49 \pm 14	35 \pm 10
	24 MESES				
	5/117p (4%) (p= 0.39)	13/117p (11%) (p= 0.18)	61 \pm 11 (p= 0.1)	46 \pm 14 (p= 0.2)	38 \pm 12 (p= 0.06)

Resultados: La incidencia de IMF fue del 92.6% (313/338). A los 6 m, 204/237 fueron respondedores (86%), 86/237(36%) super-respondedores y 22/237(9%) normalizadores. 83/204 (40.6%) redujeron su IMF \geq 1 grado y 46 (23%) pasaron de M/S a IMF L/No. Se observó un fuerte remodelamiento inverso: DDVI 68 ± 10 vs 63 ± 11 (p= 0.0001), DSVI 55 ± 12 vs 50 ± 13 (p = 0.0006) y FEVI 25 ± 11 vs $33 \pm 10\%$ (p = 0.00001). Cuando se comparó 6 vs 12 m se observó que 152/170 (89.4%) eran respondedores. De ellos, 35 (23%) redujeron su IMF \geq 1 grado y 12 (8%) pasaron de M/S a L/No. Entre los 6 y 12 m no se observó aumento del remodelamiento inverso: DDVI 63 vs 63 ± 12 (p = 0.5), DSVI 50 vs 49 ± 14 (p = 0.9) y FEVI 34 ± 10 vs $36 \pm 11\%$ (p = 0.2). Comparando 6 vs 24 m $116/132$ (88%) seguían siendo respondedores, 26 pts más (22%) mejoraron su IMF \geq 1 grado y 17 (14.6%) pasaron de M/S a L/No. Se observó pequeños cambios en los diámetros y una tendencia a mejor FEVI: DDVI 63 ± 12 vs 61 ± 11 (p = 0.1), DSVI 49 ± 14 vs 46 ± 13 (p = 0.2) y FEVI 35 ± 10 vs $38 \pm 12\%$ (p = 0.06).

Conclusiones: Se observó un elevado porcentaje de respondedores a los 6 m que se sostuvo en el tiempo. La mayor reducción de la IMF así como el mayor remodelamiento inverso se observó a los 6 m. A los 12 y 24 m esta mejoría se sostuvo pero no mostró cambio significativo. Si bien la contracción sincrónica de los músculos papilares pudo haber influido de forma inmediata, el remodelamiento inverso fue precoz y constituyó el principal mecanismo en la reducción de la IMF.

TEMAS LIBRES PREFERIDOS

0027 - IMPACTO PSICOFÍSICO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE ARGENTINA: ENCUESTA IMPACTS-SAC.20

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

SCATULARO, Cristhian Emmanuel(1) | BATTIONI, Luciano(2) | BELLIA, Sebastián(3) | COSTA DE ROBERT, Sara(4) | GATTI, María de Las Nieves(5) | LESCANO, Adrian(6) | GIORGINI, Julio(7) | PEREIRO, Stella(8)

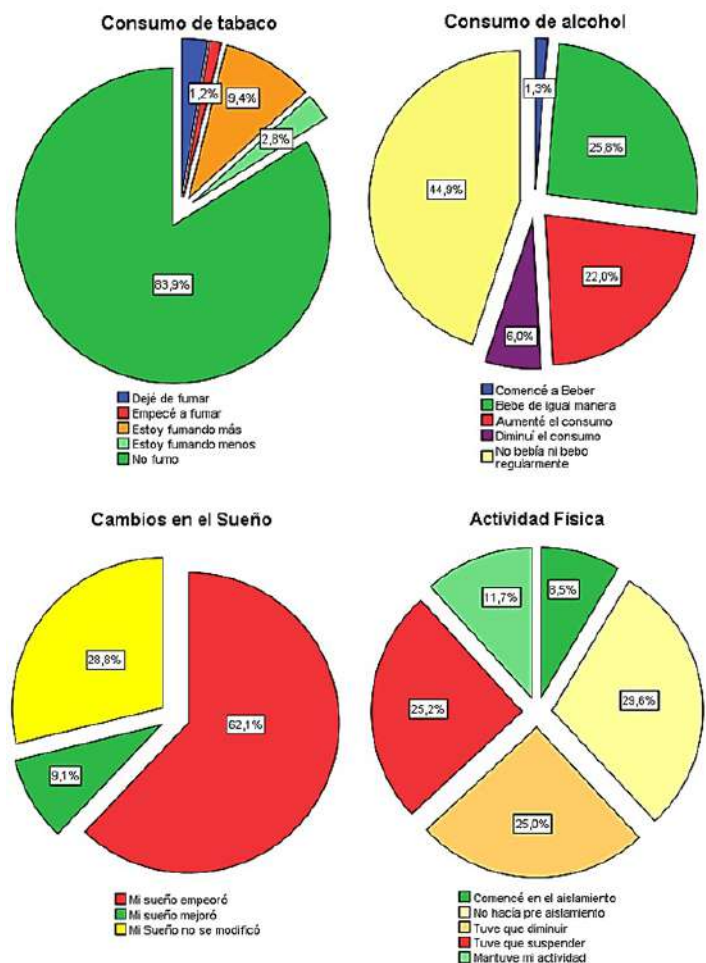
Sanatorio Trinidad Palermo (1); Área SAC (Sociedad Argentina de Cardiología) (2); Sanatorio Trinidad Mitre (3); Universidad de Buenos Aires (4); Hospital General de Agudos F. Santojanni (5); Sanatorio Trinidad de Quilmes (6); Hospital Alemán (7); Hospital Churrucá - Visca (8)

Introducción: La pandemia por el SARS-CoV-2 y las medidas para su mitigación han generado efectos psicológicos negativos demostrados en la población general de Argentina, y probablemente más severos en los trabajadores de la salud.

Objetivos: Describir el impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud de Argentina, en términos de ansiedad, depresión, burnout, estilo de vida y relaciones interpersonales.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, multicéntrico, desde junio a septiembre de 2020, que evaluó mediante herramientas de screening poblacional la prevalencia de ansiedad (escala GAD 7), depresión mayor y menor (cuestionario PHQ 9), burnout (puntaje mini Z), y alteraciones de los estilos de vida y de las relaciones interpersonales. Se realizó un análisis descriptivo, se calculó el estadístico Alpha de Cronbach de cada herramienta diagnóstica (GAD 7, PHQ 9 y Mini Z) para valorar su confiabilidad (adecuada si es mayor a 0.8) y se utilizó el software SPSS 24 (IBM) para el análisis estadístico.

Resultados: Se encuestaron 1221 trabajadores de la salud, con una edad media de 42 años (RIQ 34,5-52) y 65,9% fueron mujeres. El 77,2% residen en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires. El 66,7% fueron médicos o enfermeros especialistas, 41,1% de especialidades clínicas, siendo un 29,8% médicos de unidades de cuidados intensivos o unidades coronarias y un 10,2% kinesiólogos o enfermeros. El 28,1% de los médicos realizaba consultas presenciales, 23,8% a través de la telemedicina y 17,1% combinando ambos. El 30,6% de los médicos encuestados refería que la telemedicina les genera ansiedad y que no la continuarían luego de la pandemia. Se detectó un 40,5% de ansiedad, 22,1% de depresión mayor (4,5% refirió ideación suicida frecuente), 10,9% de depresión menor y un 38,7% de burnout (El estadístico alpha de Cronbach fue 0.91 para GAD 7, 0.9 para PHQ 9 y 0.72 para Mini Z). En cuanto a los estilos de vida, el 9,4% aumentó el consumo tabáquico y el 22% de alcohol, 62,1% empeoró su calidad de sueño, 50,2% redujo la realización de ejercicio físico, y 18,4% deterioró su relación afectiva (21,9% decidió aislarse de su familia). El ejercicio físico fue la estrategia para mitigar el estrés más utilizada (24,9%), seguida por la psicoterapia (16,5%) y meditación (15,2%). Por último, el 40,4% sufrió discriminación de algún tipo por ser personal de salud.



Conclusiones: La pandemia por Coronavirus ha generado un aumento de depresión, ansiedad, burnout y hábitos de vida no saludables en los trabajadores de la salud de Argentina encuestados.

0033 - PRUEBA CARDIOPULMONAR DEL EJERCICIO EN PACIENTES CON TRASPLANTE CARDIACO: FOCO EN LA PENDIENTE DE EFICIENCIA DE ABSORCIÓN DE OXÍGENO

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

BARBAGELATA, Leandro Ezequiel | MASSON, Walter | IGLESIAS, Diego Esteban | ROSSI, Emiliano | CAPDEVILLE, Sofía | BAROLO, Ramiro | LEE, Martin Gustavo | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La prueba cardiopulmonar del ejercicio (PCPE) es reconocida como estudio patrón de oro para la evaluación del esfuerzo aeróbico. Permite discriminar limitaciones cardiovasculares, ventilatorias y musculoesqueléticas durante el ejercicio al monitorear variables claves como el oxígeno, el dióxido de carbono, la ventilación por minuto y la frecuencia cardíaca. Se encuentra analizado que la capacidad de ejercicio mejora después del trasplante cardíaco (TXC) en comparación con la de la insuficiencia cardíaca en etapa terminal; sin embargo, sigue siendo subnormal cuando se compara con los valores de la misma edad en individuos sanos, según estudios previos. En este contexto, la PCPE surge como uno de los métodos no invasivos más efectivos para la estratificación del riesgo, evaluar la respuesta a las terapias y orientar la actividad física en los receptores de TXC. Actualmente solo hay un número limitado de estudios que investigan el valor de la

	Poblacion total n=122
Variables continuas, media (DS)	
Edad, años	50.1 (11.8)
Indice masa corporal, kg/m2	26.7 (3.9)
Variables categoricas %	
Hombres	77.0
Diabetes tipo 2	12.3
Hipertension	36.9
Tabaquismo	9.8
Dislipemia	23.8
Obesidad	18.9
Insuficiencia renal cronica	3.3
EPOC	2.5
Enfermedad vascular periferica	0.8

pendiente de eficiencia de absorción de oxígeno (OUES) en receptores de TXC. El OUES ha surgido como un marcador submáximo que incorpora funciones cardiovasculares, musculoesqueléticas y respiratorias en un solo índice. Por tanto, podría aportar información relevante en estos pacientes. Asimismo, actualmente no tenemos información sobre este tema en Argentina.

Objetivos: Analizar las características de la PCPE realizada en receptores de TXC durante los primeros 12 meses posteriores al trasplante cardíaco, centrándose en los valores del OUES.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte transversal. En el cual se incluyeron pacientes mayores de 18 años con TXC desde el 1 de noviembre de 2013 hasta el 30 de junio de 2019, a quienes se les solicitó una PCEP dentro del primer año posterior al trasplante. Se analizaron variables clínicas y de la PCPE.

Resultados: Se incluyó a un total de 122 pacientes (edad media de 50,1 ± 11,8 años, 77,0% hombres). El consumo pico de oxígeno fue de 23,3 ± 5,3 ml / min / kg y el 45,9% alcanzó el umbral anaeróbico. A nivel global, el 68,0% y el 28,7% de la población mostraron valores normales de pulso de oxígeno y OUES, respectivamente. En total, el 46,7%, 23,0% y 3,3% de los pacientes presentaron una reducción leve, moderada o severa de la capacidad funcional, respectivamente. El valor OUES fue bajo en el 80,0%, 71,4% y 92,9% de los pacientes con disminución de la capacidad funcional de origen cardiovascular, periférico y mixto, respectivamente. Un tercio de los pacientes con capacidad funcional conservada también mostró un valor de OUES disminuido.

Conclusiones: Por primera vez en nuestra región, describimos las características de la PCEP en receptores de TXC. La proporción de sujetos con capacidad funcional reducida fue considerable y la medición de un parámetro submáximo como OUES también resultó alterado con frecuencia. Los indicadores submáximos de la función cardíaca pueden ser útiles en estos pacientes ya que pueden presentar desacondicionamiento físico o estar deteriorados por su condición clínica y pueden ser incapaces de completar una PCEP máxima. La evaluación de estos pacientes con la PCEP podría favorecer la

0036 - HETEROGENEIDAD FENOTÍPICA ENTRE LOS PACIENTES CON EL SÍNDROME QT LARGO TIPO 2 POR MUTACIÓN DEL GEN KCNH2

Unidad Temática: Síncope y Muerte Súbita

PAPINI, Claudia | YOO, Hyun Sok | FERNANDEZ, Pablo Augusto | ETCHEVERRY, Daniel | PAOLUCCI, Analia Gladys | PRINCIPATO, Mario Bruno | GARRO, Hugo Ariel | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

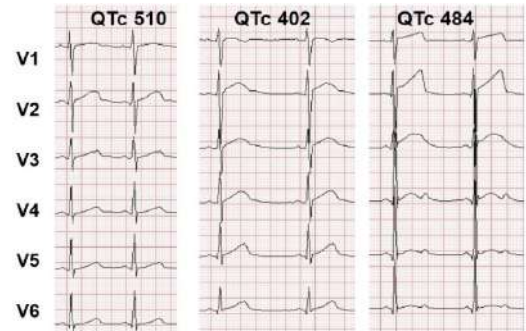
Introducción: El síndrome de QT largo tipo 2 es una canalopatía hereditaria causada por la mutación del gen KCNH2 y predispone a la aparición de síncope y/o muerte súbita. La existencia de una gran cantidad de variantes patogénicas del gen KCNH2 ocasiona un fenotipo muy heterogéneo entre sus portadores generando diversas manifestaciones clínicas y electrocardiográficas y un pronóstico variado.

Objetivos: Evaluar las diferencias en el fenotipo entre los pacientes (p) con variantes patogénicas del gen KCNH2 responsable de síndrome QT largo tipo 2.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 30 p (14 mujeres) con síndrome QT largo tipo 2 que eran portadores de la variante patogénica de KCNH2 en el estudio genético. Se realizó una evaluación clínica y registro ECG. Se midió la duración de los intervalos QT que fue corregida según la frecuencia cardíaca (fórmula de Bazett) y se analizó la morfología de las ondas T. Los valores se expresaron en mediana y rangos. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La edad de los p fueron 30,5 años (14 - 70 años). El intervalo QTc de los p fue de 483 mseg (402 - 527 mseg). Veinticuatro p recibieron tratamiento betabloqueante con nadolol o propranolol. Trece p eran portadores de una mutación missense (c.545C>T) que genera cambio de un único aminoácido (p.Ser182Leu). Ocho p tenían una mutación nonsense (c.81dupT y c.2587C>T) y 9 p una mutación frameshift (c.46delG) que generan un codón de terminación prematura que produce una subunidad alfa truncada del canal Kv11.1 (p.Lys28*, p.Arg863* y p.Asp16Thrfs*44, respectivamente). Los p con las variantes c.545C>T y c.46delG tenían antecedentes familiares de muerte súbita (MS). Once de ellos presentaron síncope, 3 tuvieron taquicardia ventricular (TV) y requirieron de un cardiodesfibrilador implantable (CDI). Los p con las variantes c.81dupT y c.2587C>T carecían de antecedentes familiares de muerte súbita. Uno de ellos tuvo síncope. Ninguno tuvo TV ni requerimiento de CDI. El intervalo QTc fue de 505 mseg (464 - 527 mseg) en los p con la variante c.46delG; 436 mseg (412 - 474 mseg) con c.81dupT; 483 mseg (482 - 492 mseg) con c.2587C>T y 474 mseg (402 - 509 mseg) con c.545C>T, respectivamente ($p < 0,005$ c81dupT vs c.46delG). Hubo 2 p con variante c.545C>T que sufrieron MS durante el seguimiento de 13 años (4 - 18 años).

Conclusiones: Los pacientes con el SQTl tipo 2 poseen un fenotipo heterogéneo. Las manifestaciones clínicas, ECG y el pronóstico mostraron variaciones significativas entre individuos de diferentes variantes genéticas de KCNH2.



Variante	c.545C>T	c.81dupT	c.2587C>T	c.46delG	p
n	13	5	3	9	
Mutación	Missense	Nonsense	Nonsense	Frameshift	
MS familiar	Si	No	No	Si	
Síncope	5	1	0	6	
TV/CDI	0	0	0	3	
MS	2	0	0	0	
QTc	474 (402 - 509)	436 (412 - 474)	483 (482 - 492)	505 (464 - 527)	0,005

0041 - ENCUESTA IMPACTS-SAC.20: SUBANÁLISIS TEMPORAL EN LA CIUDAD Y PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

BELLIA, Sebastián(1) | BATTIONI, Luciano(2) | SCATULARO, Crsthan Emmanuel(3) | GODOY ARMANDO, Casandra Lilien(2) | GIORGINI, Julio(4) | LESCANO, Adrian(5) | PEREIRO, Stella(6)

Sanatorio Trinidad Mitre (1); Área SAC (Sociedad Argentina de Cardiología) (2); Sanatorio Trinidad Palermo (3); Hospital Alemán (4); Sanatorio Trinidad de Quilmes (5); Hospital Churruca - Visca (6)

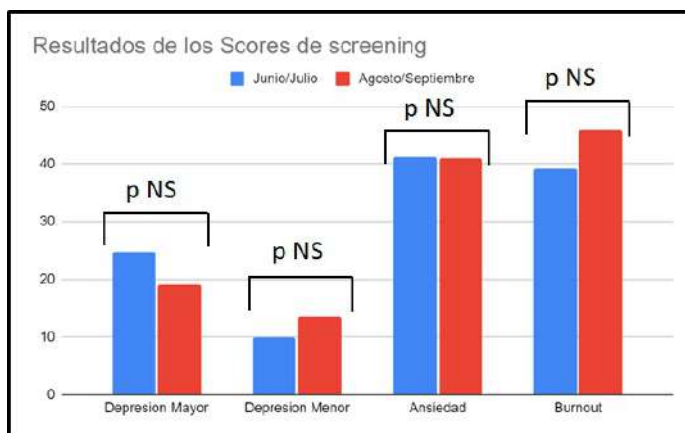
Introducción: Con la expansión de la pandemia de coronavirus, se establecieron medidas para su contención y mitigación. El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) fue una de las principales, e implicó distanciamiento social y cambios en las esferas laboral y educativa. Según la encuesta ImPPACTS-SAC.20, en el personal de salud ello derivó en efectos

psicológicos negativos como estrés percibido, ansiedad, depresión y sensación de burnout. También se vieron afectadas las relaciones personales y existió una tendencia hacia el sedentarismo o el consumo de tabaco o alcohol.

Objetivos: Analizar dos etapas diferentes del ASPO, y evaluar si existieron cambios en el impacto psicológico en dichos períodos.

Materiales y Métodos: Subanálisis de la encuesta ImPPaCTS-SAC.20, realizada en trabajadores de la salud de Argentina de junio a septiembre del 2020, que evaluó la presencia de ansiedad (escala Gad 7), depresión (cuestionario PHQ 9) y burnout (puntaje mini Z), alteraciones en estilo de vida y relaciones interpersonales. Se analizó la tendencia temporal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) o la provincia de Buenos Aires (PBA) en los períodos Junio/Julio vs Agosto/Septiembre, que representaban momentos epidemiológicos diferentes. Se realizó el análisis descriptivo y se aplicó el alfa de Cronbach para cada herramienta diagnóstica. Para comparar las variables cuantitativas se utilizó el test de T de Student o U de Mann-Whitney según su distribución. Para las categóricas Chi-cuadrado o Fisher según corresponda. Se utilizó el software SPSS 24 (IBM).

Resultados: Se incluyeron 862 encuestados de CABA y PBA (69.1% y 30.9%, respectivamente). Los encuestados se identificaron con el género femenino en un 66.5%. El 24.2% eran cardiólogos, seguidos por enfermería (8.6%) y clínica médica (6.4%). La mediana de edad en Junio/Julio era 41 años (RIC 34-51) vs 46,5 años (RIC 35-53) en Agosto/Septiembre ($p=0.003$). Hubo más casos de depresión leve y moderada en Agosto/Septiembre que en Junio/Julio, sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.151$). Al dicotomizar la depresión en mayor y menor, no se observaron diferencias significativas (mayor Junio/Julio 24.8% vs Agosto/Septiembre 19%, $p=0.071$; menor 10% vs



13.5%, $p=0.136$) (Figura 1). La ideación suicida aumentó de manera no significativa, 3.8% para el primer período vs 5.2% para el segundo ($p=0.354$), al igual que la de burnout (39.2% y 46% respectivamente, $p=0.063$). La proporción de encuestados que presentaron ansiedad se mantuvo estable 41% vs 41% ($p=0.941$). La discriminación hacia el personal de salud se mantuvo en niveles similares en los dos períodos (36.9% vs 43.7%, $p=0.064$). El deterioro en relaciones de pareja fue similar (16.7% vs 21%, $p=0.434$). Al progresar la pandemia disminuyó la proporción de no fumadores (85.1% vs 77.4%, $p=0.036$) y se observó un incremento significativo de los profesionales que recurrieron a la psicoterapia (15% vs 24.6%, $p=0.001$). No hubo diferencias significativas en otros métodos para manejar el estrés.

Conclusiones: La pandemia por SARS-CoV-2 y las medidas sanitarias adoptadas han acarreado una elevada prevalencia de depresión, ansiedad, burnout, y cambios en los hábitos y estilos de vida de los trabajadores de la salud encuestados en CABA y PBA. En nuestro análisis, dicho impacto no presentó diferencias entre los meses de junio y septiembre, por lo que podrían ser duraderos.

0059 - UTILIDAD DEL SCORE GRACE EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADMITIDOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Unidad Temática: Cardio Oncología

MELCHIORI, Renzo Eduardo | DÍAZ SARAIVA, Sara | ARANO MONCADA, Micaela | RUBIO, Pablo Manuel | BIVORT HAIK, Mateo | LIUZZI, Mariano | HITA, Alejandro | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique

Hospital Austral

Introducción: El score GRACE ha demostrado su validez para predecir la mortalidad en la internación y a 6 meses de pacientes que ingresan a la guardia con un Síndrome Coronario Agudo (SCA), pero aún no es conocida su eficacia en pacientes con cáncer.

Objetivos: Evaluar la capacidad de predicción de mortalidad del score GRACE en pacientes oncológicos.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional retrospectivo de pacientes que ingresaron por SCA a la Unidad Coronaria de un Hospital Universitario de 2008 a 2020. Se incluyeron pacientes con seguimiento completo durante al

menos 6 meses. Se dividió a la población según presencia o ausencia de enfermedad oncológica antes del SCA. Se realizó un análisis poblacional con técnicas de uni y bivariado. Se comparó la probabilidad de muerte cardiovascular (CV) estimada por el GRACE con la tasa real de mortalidad en el seguimiento de pacientes oncológicos y no oncológicos.

Resultados: De 1270 pacientes se incluyeron 515, oncológicos (n=74) y no oncológicos (n=441). La prevalencia de cáncer fue del 14,4%. Se resumen las características de la población en la tabla. Se constató a la edad como factor determinante del score GRACE en ambos grupos. Según el análisis del riesgo calculado por este score, ambos grupos presentaron un nivel de riesgo moderado, pero con una diferencia estadísticamente significativa (120.5 vs. 101, p<0.01). La tasa de muerte intrahospitalaria por causa CV de pacientes oncológicos fue superior a la calculada por el riesgo del GRACE al ingreso (5.41% vs. 1-3%). En los no oncológicos fue la esperada por score (2.49% vs. 1-3%). La tasa de mortalidad CV a los 6 meses por GRACE fue acorde al riesgo estimado en el ingreso (4.05% en oncológicos para un riesgo calculado del 3-8%). El análisis multivariado de la capacidad diagnóstica del score en esta población

Características	Oncológicos (n:74)	No Oncológicos (n:441)	P value
Edad	65 (±11)	60 (±11)	0.009
Sexo masculino	67 (90.5%)	357 (80.95%)	0.045
Diabetes	25 (33.78%)	112 (25.4%)	ns
HTA	48 (64.86%)	304 (69.09%)	ns
Sedentarismo	32 (43.24%)	254 (57.86%)	0.019
Historia de TBQ	43 (59.61%)	264 (59.86%)	ns
Dislipemia	51 (68.92%)	302 (68.95%)	ns
Obesidad	15 (21.13%)	172 (39.36%)	0.003
Supra ST Ingreso	32(44.44%)	215 (49.09%)	ns
No Supra ST Ingreso	40 (55.6%)	223 (50.91%)	ns
HDL ingreso	39 (IQR=35-47.5)	39 (IQR=32.5-47)	ns
LDL ingreso	85 (IQR=66.5-112)	108 (IQR=82-129)	0.039
Triglicéridos ingreso	126 (IQR=90-169)	141 (IQR=99-204)	ns
Colesterol ingreso	168 (IQR=139-216)	180 (IQR=149-211)	ns
Glucemia ingreso	121 (IQR=103-165)	114 (IQR=101-144)	ns
Plaquetas ingreso (X10 ³)	205 (IQR=174-257)	220 (IQR=185-258)	ns
GRACE ingreso	120.5 (IQR=104.5-136.5)	101 (IQR=83-116)	0.0001
Muerte intrahospitalaria CV	4 (5.41%)	11 (2.49%)	ns
Muerte CV a 6 meses	3 (4.05%)	9 (2.49%)	ns

ajustado por sexo mostró una adecuada pero pobre capacidad diagnóstica (ROC 0.64), con adecuada calibración (Hosmer-Lemeshow Chi2(8)=7.31, p= 0.5032)

Conclusiones: En nuestra población, los pacientes oncológicos presentaron un score de GRACE al ingreso significativamente superior, pero igualmente subestimó la mortalidad CV intrahospitalaria de los mismos. Esta diferencia entre mortalidad estimada y real no fue observada en la población no oncológica. Si bien el score GRACE predijo el riesgo de mortalidad CV a 6 meses en ambos grupos, se necesitan más estudios para establecer si predice el riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes oncológicos.

0095 - INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA ATEROESCLERÓTICA SIGNIFICATIVA (MINOCA)

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

CÁCERES, Leonardo Luis | CHARASK, Adrian | COHEN ARAZI, Hernán | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | D' IMPERIO, Heraldo | ZONI, Rodrigo | VILLARREAL, Ricardo | GAGLIARDI, Juan Alberto

Área de Investigación SAC

Introducción: MINOCA es un infarto sin enfermedad coronaria obstructiva aterosclerótica significativa, esta definición ha sido incorporada recientemente a la 4° definición universal del infarto agudo de miocardio (IAM), sin embargo, por tratarse de un síndrome coronario isquémico no convencional en la práctica clínica su etiología es muy compleja de dilucidar y demanda un proceso de diagnósticos diferenciales para descartar lesión cardíaca no isquémica o extracardíaca. El disponer de un registro de IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) nos puede ayudar a caracterizar esta patología desde esta forma de presentación.

Objetivos: Objetivos: determinar la incidencia, características clínicas y evolución de los pacientes (Pts.) con MINOCA que ingresan por IAMCEST.

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo, multicéntrico de carácter nacional con inclusión de pts. con IAMCEST dentro de las 36 h de comenzado los

Características	Global n=2894 (%)	MINOCA n=30 (%)	IAM clasico n=2864 (%)	p
Edad mediana (RIC)	61 (53-65)	57 (45-65)	60 (53-68)	0,04
DBT	693 (24)	2 (7)	691 (24)	0,013
IC previa	64 (2)	3 (10)	61 (2)	0,02
Killip-Kimball A	2219 (78)	29 (97)	2191 (78,9)	<0,01
FEy mediana (RIC)	50 (40-57)	62 (52-65)	50 (40-57)	<0,01
Complicaciones IH	526 (21)	1 (4)	525 (21)	0,012
IP2Y12 al alta	2388 (95)	14 (46)	2374 (95)	<0,01
Betabloqueantes al alta	2088 (83)	16 (53)	2072 (84)	<0,01

síntomas. Registro continuo que se llena vía WEB por cada uno de los centros y es analizado por un comité ejecutivo central siendo los datos anonimizados. Se incluyeron todos los pacientes estudiados con cinecoronariografía al ingreso y se definió MINOCA a Pts. sin lesiones obstructivas significativas de la arteria responsable y se los comparó con los IAM con lesiones coronarias ateroscleróticas significativas (>50%).

Resultados: Se incluyeron 2894 pts. con una incidencia de MINOCA del 1% (30/2894 pts.). En la tabla se analizan las características de MINOCA comparadas a los IAM convencionales. Los pts. con MINOCA son más jóvenes, con una distribución similar en cuanto al género. Son menos diabéticos y con más antecedentes de insuficiencia cardíaca. La mayoría de los pacientes ingresa sin falla cardíaca y fracción de eyección conservada con respecto a los IAM clásicos. Los tiempos desde el inicio de síntomas hasta la consulta médica e ingreso a la institución, fueron similares entre ambos grupos. El electrocardiograma es afectado en múltiples derivaciones (cara anterior y combinados). Los pts. con MINOCA tienen una menor incidencia de complicaciones pero con una mortalidad intrahospitalaria similar a los IAM clásicos. En cuanto a la medicación al alta se pudo observar que los pacientes con MINOCA recibieron en menos proporción inhibidores del P2Y12 y betabloqueantes, y similar de IECA/ARA II y estatinas que el grupo con lesiones graves.

Conclusiones: Los pacientes con MINOCA que se presentan con elevación del segmento ST, a diferencia de otras series de MINOCA, no hay predominancia de mujeres con respecto al género. La mortalidad intrahospitalaria es elevada a pesar de no tener enfermedad aterosclerótica obstructiva significativa y con respecto al tratamiento de alta se observa una baja utilización de doble antiagregación y con un similar uso de IECA/ARA II y estatinas. Implicancia clínica y epidemiológica: este grupo de pacientes debe ser estudiado en forma diferente a los coronarios habituales para poder establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuado. En la actualidad no disponemos en el país de algoritmos consensuados para el diagnóstico de esta compleja patología.

0117 - ESTUDIO RISK-AR. EN SCASEST, ¿EL RIESGO ISQUÉMICO ES PROPORCIONAL AL RIESGO HEMORRÁGICO?

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

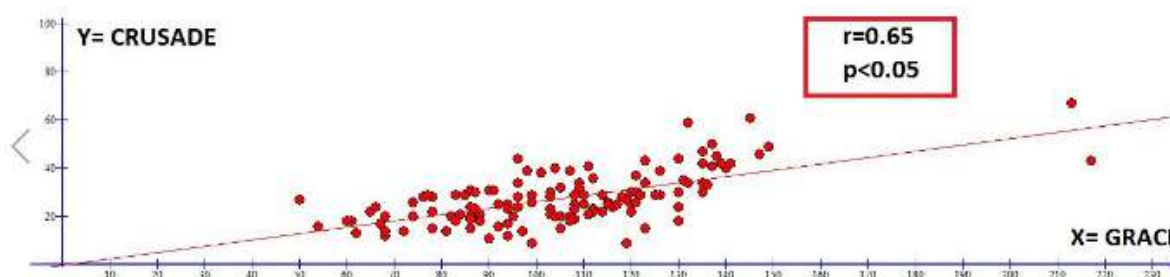
WECKESSER, Federico Ivan | ROBBESAUL, Martin Nicolas | FORLANO, Matias Luis | FEDER, Julián | BOTTO, Fernando | FURMENTO, Juan Francisco | COSTABEL, Juan Pablo | TRIVI, Marcelo Sergio

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: A partir de datos observacionales, impresionaría existir una correlación entre el riesgo isquémico y hemorrágico, es decir, un determinado riesgo isquémico podría acompañarse de un riesgo hemorrágico similar.

Objetivos: 1°) Evaluar el grado de correlación lineal entre el riesgo isquémico y el riesgo hemorrágico según escalas de riesgo internacionalmente validadas (GRACE/CRUSADE respectivamente). 2°) Evaluar el porcentaje de discrepancia entre categorías de riesgo isquémico / hemorrágico ("mismatch"). 3°) Evaluar indicación al alta de terapia de doble antiagregación según categoría de riesgo isquémico y hemorrágico.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo, retrospectivo, que incluyó pacientes internados entre 01/2020 y 03/2021, a los cuales se les realizó una cinecoronariografía con evidencia de lesiones coronarias significativas. Se definieron 3 categorías de riesgo según score GRACE (<109, 109-140 inclusive y > 140) y score CRUSADE (<30, 30-40 inclusive y > 40) como bajo, intermedio y alto riesgo respectivamente. Se definió la existencia de 'mismatch' isquémico / hemorrágico a la discrepancia entre la categoría de riesgo GRACE/CRUSADE. El objetivo primario se evaluó mediante un eje cartesiano (X=GRACE; Y=CRUSADE) y método de correlación lineal de Pearson. Se analizó la prevalencia de mismatch en nuestra población. Finalmente, se analizó el esquema antitrombótico en cada categoría de riesgo (se excluyeron: a) pacientes a los que se les indicó CRM, b) pacientes con tratamiento médico, c) pacientes con SCA y FA / trombofilia asociada / válvula mecánica u otro requerimiento de anticoagulación).



Resultados: Se enrolaron, al azar, 129 pacientes internados en el período expuesto, con media de edad 70.2 ± 10 años, sexo masculino 76%, IMC 27.98 ± 4.1 kg/m², HTA 82.2%, DBT 26.4%, antecedentes familiares 23.3%, tabaquismo/ex tabaquismo 55%, dislipemia 82%, enfermedad coronaria previa 58.1%, ATC previa 63.8%, CRM previa 12.5%, valvulopatía asociada 9.7%, historia o cáncer activo 14.9%, enfermedad vascular periférica: 6.3%, ACV/AIT previo 3.9%, FA 11%, ERC 13.2%. La media de GRACE fue 106 ± 26 (rango: 50-217). La media de CRUSADE fue 28 ± 10 (rango: 9-67). 109 pacientes recibieron angioplastia como tratamiento (84.5%), 9 CRM (7%), resto tratamiento médico. Se obtuvo un resultado de $r=0.65$, con $p < 0.05$. El grado de mismatch fue de 33%, es decir 2 de cada 3 pacientes presentaron categorías coincidentes de riesgo. En categorías de alto riesgo isq./hem. se eligió clopidogrel, mientras que en categorías de bajo riesgo isq./hem. se eligió ticagrelor o prasugrel. En categorías intermedias se utilizó mayormente clopidogrel.

Conclusiones: El estudio RISK-AR demuestra que los scores de riesgo presentan correlación lineal positiva entre si. Es frecuente la coincidencia de categorías de riesgo. Dicho hecho tiene implicancia clínica ya que si bien los mismos no consideran variables "modificadoras" de riesgo, aportan datos adicionales al momento de la elección del esquema antitrombótico.

0118 - IMPACTO DE UN CAMINO CRÍTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

BURGOS, Lucrecia Maria | DIEZ, Mirta | ALONSO, Maria Georgina | RIVADENEIRA LANFRAN, Victoria Helena | CABRAL, Miguel Hector | BUGLIONE, Cecilia Veronica | IANNIZZOTTO, Maria Celeste | BENZADON, Mariano

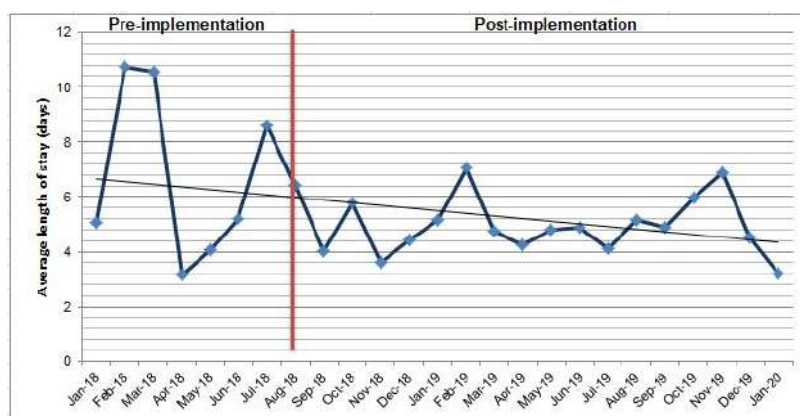
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los caminos críticos (CC) son herramientas que permiten planificar y estandarizar las actividades a realizar frente a determinada situación clínica que tienen como propósito no solo mejorar la calidad de atención sino también hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles. En 2018 desarrollamos e implementamos un CC para pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) diseñado para acortar la internación y mejorar la calidad de atención. En la actualidad no existe un CC como herramienta multidisciplinaria estandarizada basada en la evidencia para promover una atención médica eficaz adaptada a nuestro medio.

Objetivos: 1° Desarrollar y evaluar la efectividad de la implementación de un CC sobre la duración de la estancia hospitalaria en pacientes con ICA. 2° Explorar el impacto del CC en la mortalidad hospitalaria y la reinternación por ICA a los 30 días.

Materiales y Métodos: Un equipo multidisciplinario de expertos realizó una revisión sistemática de la literatura sobre CC y guías clínicas en ICA, y desarrolló una versión adaptada a la práctica de nuestro hospital. Posteriormente, el CC se implementó en la tarea asistencial para el manejo y terapia diaria, educación, movilización temprana y check-list al alta en una cohorte prospectiva de pacientes internados entre Septiembre de 2018 y Enero de 2020 (Grupo CON CC). Finalmente, se compararon los resultados con una cohorte retrospectiva de admisiones entre Enero y Agosto de 2018 (Grupo SIN CC), en la cual no se disponía del CC para manejo de los pacientes. Para comparar las cohortes, se seleccionaron pacientes para ingreso al CC según idénticos criterios de inclusión/exclusión: a) Inclusión: ICA como 1er diagnóstico, con presión arterial sistólica entre >110 y <179 mmHg, frecuencia cardíaca >50 y <120 lpm, Sat O₂ $>90\%$ y creatinina $<2,5$ mg/dl; b) Exclusión: síndrome coronario agudo, bajo gasto cardíaco, valvulopatía grave, infección o necesidad de procedimiento invasivo. El punto final (PF) primario fue la duración de la estadía hospitalaria y los PF secundarios fueron mortalidad y reingreso por ICA a 30 días. Los datos fueron recolectados y analizados por dos enfermeras especializadas independientes.

Resultados: Se revisaron 528 internaciones consecutivas por ICA; 50 calificaron para el Grupo SIN CC y 172 para el Grupo CON CC. La edad media fue de 75 (DE 12) años y el 41% tenía una fracción de eyección del ventrículo izquierdo $<40\%$. La estadía hospitalaria



promedio del Grupo SIN CC fue de 6.7 ± 2.9 días, y la del Grupo CON CC 4.9 ± 1 días ($p < 0.001$) (Figura). La tasa de reingreso por ICA fue 20% en el Grupo SIN CC y 13,3% en el Grupo CON CC respectivamente ($p = 0,2$). Solo un paciente falleció en el Grupo SIN CC y ninguno en el Grupo CON CC.

Conclusiones: La implementación de un CC estructurado adaptado a nuestro medio, se asoció con una disminución de la estadía hospitalaria. Adicionalmente, se observó una reducción no significativa en la tasa de reinternación por ICA, que plantea una hipótesis de potencial beneficio a evaluar en una muestra mayor. Los hallazgos estimulan la colaboración entre múltiples disciplinas y el desarrollo de prácticas basadas en la evidencia, en la búsqueda de mejores resultados y en la mejor experiencia intrahospitalaria de los pacientes con ICA.

0123 - FACTORES PREDICTORES DE DEPRESIÓN MAYOR EN TRABAJADORES DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN ARGENTINA: SUBANÁLISIS DE LA ENCUESTA IMPPACTS-SAC 20

Unidad Temática: Covid-19

BATTIONI, Luciano(1) | SCATULARO, Cristhian Emmanuel(2) | BELLIA, Sebastián(3) | GODOY ARMANDO, Casandra Lilien(1) | RACKI, Mario(1) | GIORGINI, Julio(4) | LESCANO, Adrian(5) | PEREIRO, Stella(6)

Área SAC (Sociedad Argentina de Cardiología) (1); Sanatorio Trinidad Palermo (2); Sanatorio Trinidad Mitre (3); Hospital Alemán (4); Sanatorio Trinidad de Quilmes (5); Hospital Churrucá - Visca (6)

Introducción: La pandemia por SARS-COV2 ha generado efectos psicológicos y sociales negativos en el personal de salud de Argentina según se evidencio en la encuesta IMPPACTS-SAC20, con una prevalencia de depresión mayor del 22.1%, la cual resulta ser el doble de la reportada en estudios epidemiológicos previos a la pandemia..

Objetivos: Describir cuales son los factores predictores de depresión mayor en trabajadores de la salud de Argentina durante la pandemia COVID-19 durante el año 2020

Materiales y Métodos: Realizamos un subanálisis de la encuesta IMPPACTS-SAC20, realizada en trabajadores de la salud de Argentina de junio a septiembre del 2020, que evaluó la presencia de depresión mayor mediante el cuestionario PHQ9, alteraciones en el estilo de vida y relaciones interpersonales. Se realizó un análisis univariado y las variables que permanecieron significativas entraron a un análisis multivariado de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron en la cohorte original 1221 trabajadores de la salud, con una edad media de 42 años (RIQ 34,5-52) y 65,9% fueron mujeres. El 77,2% residen en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires. Un 29.8% médicos de unidades de cuidados intensivos o unidades coronarias y un 10.2% kinesiólogos o enfermeros. De la cohorte global, 270 presentaron diagnóstico de depresión mayor según el cuestionario PHQ 9. Se realizó un análisis univariado de variables sociodemográficas, laborales y relacionadas al manejo del stress como posibles predictores de depresión mayor (Tabla 1). Las variables asociadas significativamente con el diagnóstico de depresión mayor en el análisis multivariado fueron genero femenino (OR 1.7 - CI95% 1.2-2.3, $p=0.002$), discriminación por ser personal de salud (OR 1.7 - CI95% 1.3-2.3 $p=0.001$), uso de ansiolíticos (OR 3 - CI95% 1.9-4.6 $p=0.001$), tabaquismo (OR 2.2 - CI95% 1.1-4.5 $p=0.025$) y trabajar en áreas de alta complejidad (OR 1.6 - CI95% 1.1-2.3 $p=0.006$).

Conclusiones: El diagnóstico de depresión mayor se encuentra asociado a variables demográficas, sociales y laborales, tales como genero femenino, discriminación por ser personal de salud, uso de ansiolíticos, tabaquismo y trabajar en áreas de alta complejidad. En trabajadores de la salud con estos factores se debería enfocar diferentes acciones poblacionales para reducir la tasa de este evento.

Tabla 1:

	N=1221		p
	Depresión No 951 (77.9%)	Depresión Si 270 (22.1%)	
Femenino	547 (63.4%)	188 (74.6%)	0.001
Trabajador independiente	574 (60.4%)	144(53.3%)	0.038
Trabaja UCO/UTI	185 (19.5%)	77(28.3%)	0.001
Sentirse Discriminado	352(37%)	141(52.2%)	0.001
Actividad Fisica	245 (25.8%)	59 (21.9%)	0.190
Yoga	73 (7.7%)	32 (11.9%)	0.031
Actividad Religiosa	65 (6.8%)	25 (9.3%)	0.178
Psicoterapia	143 (15%)	58 (21.5%)	0.012
Actividad Artistica	139 (13.6%)	26 (9.6%)	0.087
Ansiolíticos	77 (8.1%)	61 (22.6%)	0.001
Anti-depresivos	19 (2%)	17 (6.3%)	0.001
Fumar	39 (3%)	21 (7.8%)	0.001
Alcohol	58 (6.1%)	28 (10.4%)	0.015
CABA y prov BsAs vs interior	663 (76.6%)	199 (79%)	0.440
CABA vs provincias	465 (53.8%)	131 (52%)	0.620

0124 - MANIFESTACIONES CLINICAS E IMAGENOLOGICAS DE PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS POR AMILOIDOSIS.

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

DECOTTO, Santiago | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | VILLANUEVA, Eugenia | MARENCHINO, Ricardo Gustavo | AGUIRRE, María Adela | NUCIFORA, Elsa Mercedes | BELZITI, César Antonio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La amiloidosis cardíaca es producida por los depósitos de proteínas amiloide anormales en el tejido cardíaco. Las dos formas más comunes son la amiloidosis por cadenas livianas (AL) y la amiloidosis por transtiretina (ATTR), tanto en su forma genética (ATTRv) como en su forma salvaje (ATTRwt). Independientemente del origen, la afectación cardíaca suele asociarse a mal pronóstico. A pesar de los avances en el tratamiento médico, el trasplante cardíaco es una opción en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada.

Objetivos: Describir las características clínicas e imagenológicas de los pacientes trasplantados cardíacos por amiloidosis en una institución de la comunidad.

Materiales y Métodos: Serie de casos descriptiva de pacientes consecutivos trasplantados cardíacos con amiloidosis en un centro médico de la comunidad. En el análisis se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de amiloidosis con compromiso cardíaco receptores de trasplante cardíaco realizados en el periodo Noviembre de 2008 - Febrero de 2021.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes. La media de edad fue 59 años (IC 95 % 54 - 65). El 81,25 % (n=13) eran de sexo masculino. Según el tipo de amiloidosis, 12 pacientes se trasplantaron por amiloidosis AL y 4 por amiloidosis ATTR. Las formas más frecuentes de presentación clínica fueron sobrecarga izquierda (50 %) y shock cardiogénico (32 %). La mitad de ellos se trasplantó estando en lista de emergencia para trasplante. Los hallazgos más frecuentes en los electrocardiogramas basales fueron patrón de pseudoinfarto en dos tercios de los pacientes y fibrilación auricular más de un tercio, sólo se observó microvoltaje en 5 de ellos. La fracción de eyección promedio previa al trasplante fue de 45 % (IC 95% 37 - 52), presentaron compromiso de la función del ventrículo derecho en 14 de los 16 pacientes. El índice cardíaco en el cateterismo pretrasplante fue en promedio de 1.8 ml/min/m² [IQR 1.5 - 2.1]. En 11 pacientes se realizó resonancia magnética cardíaca. El hallazgo más común fue el patrón de realce tardío de gadolinio de forma difusa, con anulación del pool sanguíneo. La recepción del trasplante cardíaco permitió a la mitad de los pacientes con amiloidosis AL de la serie (n=6) la posibilidad de recibir trasplante de médula ósea como tratamiento en un segundo tiempo.

Conclusiones: En la actualidad, el trasplante cardíaco se ha convertido en una opción para pacientes con insuficiencia cardíaca por amiloidosis tanto AL como TTR. En los pacientes con amiloidosis AL incluso puede permitir en segundo tiempo el trasplante de médula ósea.

	Global n=16 Porcentaje (n)	AL n=12	ATTR n=4
Presentación Clínica			
Sobrecarga izquierda	50% (n=8)	58.5 % (n=7)	25 % (n=1)
Shock cardiogénico	31.5% (n=5)	16.6 % (n=2)	75 % (n=3)
Sobrecarga derecha	12.5% (n=2)	16.6 % (n=2)	0
Edema agudo de pulmón	6.25% (n=1)	8.3 % (n=1)	0
Electrocardiograma			
Pseudoinfarto	68.75 % (n= 11)	66 % (n=8)	75 % (n=3)
Microvoltaje	31.25 % (n=5)	41.6 % (n=5)	0
FA/Flutter	37.5 % (n=6)	33.3 % (n=4)	50 % (n=2)
Laboratorio			
Creatinina basal	1,29 (1,026 - 1,53)	1,28 (0,9 - 1,6)	1,34 (1,2 - 1,48)
Pro Bnp (Ingreso en lista) (ng/dl)	8084 (4695 - 11473)	8600 (3890 - 13312)	6661 (2400 - 10919)
Troponina US (ng/dl)	104 (70 - 139)	95,5 (52 - 138)	130 (37,5 - 224)
Ecocardiograma			
FEVI pretrasplante (%)	45 (37 - 52)	47,5 (38 - 56)	37,5 (24 - 50)
Espesor septal (cm)	1,7 (1,5 - 1,9)	1,6 (1,4 - 1,7)	1,97 (1,2 - 2,7)
Compromiso VD (%)	87,5 (n=14)	83 (n=10)	100 (n=4)
Derrame pericárdico (%)	43,7	41	50 (n=2)

0144 - ENDOPRÓTESIS COMPLEJAS PARA EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ENDOLEAK TIPO I PROXIMAL

Unidad Temática: Patología de La Aorta

FERREIRA, Luis Mariano | FERRER, Miguel | LA MURA, Ricardo

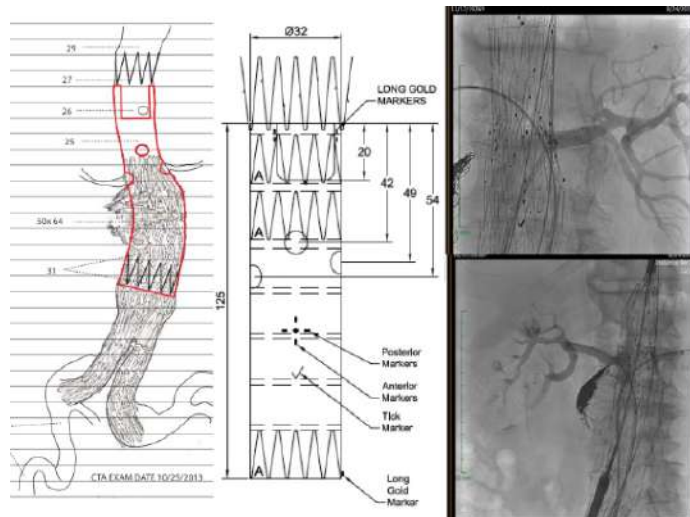
Clínica La Sagrada Familia

Introducción: Con el crecimiento de la técnica y el uso anatómico más liberal, lamentablemente, el fracaso de la reparación endovascular del aneurisma infrarrenal (EVAR) debido a la pérdida del sellamiento proximal (endoleak tipo IA) es cada vez más común. La conversión quirúrgica abierta, una de las alternativas, puede ser un desafío y se ha asociado con una morbilidad y mortalidad muy significativas.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el uso de endoprótesis fenestradas/ramificadas para el tratamiento de pacientes con endoleak tipo IA.

Materiales y Métodos: En esta publicación se incluyeron todos los pacientes consecutivamente tratados entre 2015 y 2020. La cohorte se estratificó según si el procedimiento fue fenestrado o ramificado. Se presentan los datos demográficos, los detalles quirúrgicos, las complicaciones perioperatorias y la duración de la estadía. La supervivencia posterior al procedimiento, la endofuga de tipo I o tipo III, la permeabilidad de las arterias comprometidas, la inestabilidad de la arteria problema y las tasas de reintervención se calcularon mediante el método de Kaplan-Meier y se compararon entre los grupos.

Resultados: Sobre un total de 89 pacientes intervenidos mediante endoprótesis fenestradas o ramificadas; 11 (12,3%) fueron tratados después de un EVAR fallido en un promedio de 78 meses después del primer procedimiento (84% hombres, con un diámetro aneurismático de 6,8 cm). En 10 pacientes se implantaron endoprótesis fenestradas (4 de las cuales las endoprótesis a medida fueron construidas por los cirujanos), y en un caso sintomático se implantó una endoprótesis ramificada estándar. Todos excepto uno de los pacientes presentó un aneurisma yuxtarenal. El número medio de arterias respetadas por paciente fue de 3,2 por procedimiento. El éxito técnico (exclusión del aneurisma y permeabilidad de los vasos comprometidos) se logró en 10 de los pacientes (91%),



en sólo un caso no pudo excluirse completamente el aneurisma y el paciente se encuentra en seguimiento. No se registró mortalidad a los 30 días y solo 1 paciente presentó una complicación mayor dentro de los primeros 30 días (ruptura de la arteria ilíaca). Estimaciones de Kaplan-Meier a 1 y 3 años en ausencia de endofuga de tipo I o III fue 95,6% y 81,8%, permeabilidad de la arteria diana fue del 100%, ausencia de inestabilidad de la arteria diana (95,6% y 81,8%). Todos los endoleaks fueron reintervenidos. La supervivencia a tres años fue de 90%.

Conclusiones: Se trata de la primera presentación en nuestro medio de una experiencia en pacientes con endoleaks proximales mediante la colocación de endoprótesis complejas hechas a medida. De acuerdo a nuestros resultados, si bien la colocación implica un desafío técnico, fue seguro y eficaz, con resultados a corto plazo similar a los de los pacientes sin EVAR previo. Sin embargo, muestran un mayor número de complicaciones a mediano plazo, por lo que necesitan un seguimiento más estricto.

0150 - TRATAMIENTO ELÉCTRICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA; TAQUICARDIOMIOPATÍA POR FIBRILACIÓN AURICULAR, PREVALENCIA Y RESULTADOS

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

ATAMAÑUK, Andres Nicolas | REVOLLO, Gerson Ariel | BARATTA, Sergio Juan | ABOY, Juan Manuel | SANTUCCI, Jose Carlos | MANGANI, Nicolas Martin | TORRES, Nicolás Arturo | BARJA, Luis Dante

Hospital Universitario Austral

Introducción: La taquicardiomiopatía (TMP) relacionada a fibrilación auricular (FA) es una causa poco prevalente de insuficiencia cardíaca (IC). En nuestro medio contamos con escasos datos epidemiológicos, pronósticos y relacionados al beneficio del tratamiento por ablación de FA (AFA) en pacientes con IC y fracción de eyección reducida (FER).

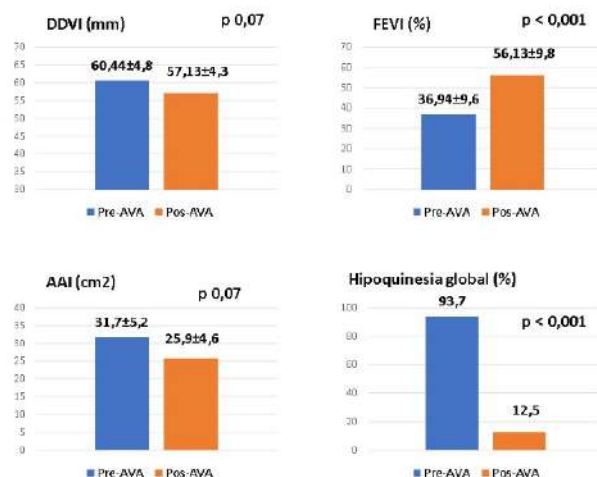
Objetivos: Evaluar la prevalencia de TMP en una muestra de pacientes (p) con indicación de AFA y determinar la efectividad de la misma en la mejoría de la FEVI.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, unicéntrico y observacional, realizado entre marzo 2014 y 2021. Se incluyeron consecutivamente p con indicación de AFA e ICFER (definido por criterios de Framingham y FEVI < 50%). Se evaluaron y trataron causas concomitantes de IC y se determinó como TMP a aquellos p que luego de la AFA y estando en ritmo sinusal presentarían una mejoría de la FEVI > en 10 puntos con FEVI > 50% en el seguimiento. Se realizó AFA con asociación de diversas técnicas con sistema de navegación EnSite St Jude Velocity y Precision con catéter de irrigación abierta y solución salina, según protocolo de nuestro servicio; ablación antral de venas pulmonares en asociación a plexos (WACA) sumado a ablación de CAFE, línea en techo, desfragmentación del seno coronario endocárdico, epicárdico y

aislamiento de vena cava superior. Se realizó ecocardiograma Doppler previo a la AFA y en la última fecha de control de cada paciente (Ecocardiógrafo General Electric Vivid E95c).

Resultados: Se realizaron AFA en 140 p, de los cuales 16 p (11,4%) presentaron criterio de inclusión por ICFER. Características basales; edad 57 (DS±10) años, 14p (87,5%) hombres, 9 p (56,2%) hipertensos, 5 p (31,2%) extabaquistas, 3 p (18,7%) obesos y ningún diabético. Se encontraron causas concomitantes de IC en 5 p (31,2%); 2p IAM, 1p amiloidosis, 1p miocarditis, 1 p tratamiento oncológico. Pre-AFA: Ecocardiograma basal: diámetro diastólico (DDVI) 60,44±4,8mm, FEVI 36,94±9,6%, Área aurícula izquierda (AAI) 31,7±5,2cm², hipoquinesia global 15p (93,75%), CF I-II; 11 p (68,8%) y CF III; 5 p (31,3%). Todos los pacientes estaban siendo tratados con anticoagulantes (ACO) y antiarrítmicos en un promedio de 2,3 drogas (principalmente amiodarona), Beta bloqueantes 81,2%, IECA/ARA2 68,7%, antialdosterónicos 18,7% y AAS 6,25%. En el seguimiento post-AFA a 32,1±23,1meses hubo una reducción del DDVI de 3,31±6,4mm (p 0,07) y de AAI en 5,7±5,4cm² (p: 0,07), con incremento de la FEVI 19,2±10,9 pto (p<0,001). La hipoquinesia global solo se halló en 2 p (12,5%. p <0,001). Ningún p persistió en CF III y el 100% se encontró a CF I-II (p<0,05). La proporción de pacientes con tratamiento específico fue menor para todas las clases de drogas excepto antialdosterónicos y AAS; antiarrítmicos 81,2%, ACO 56,2%, Beta bloqueantes 62,5%, IECA/ARA2 43,7%, antialdosterónicos 18,7%, AAS 37,5%. Se mantuvieron en RS 15p (93,75%) y el criterio de TMP se encontró en 12p (75%).

Conclusiones: En pacientes seleccionados la prevalencia de TMP fue elevada y el tratamiento de la misma por AFA resultó ser efectivo con una marcada mejoría en la función sistólica, lo que permitió un beneficio clínico en cuanto a CF y reducción del tratamiento farmacológico.



0158 - MECANISMOS DE PROTECCIÓN DE LA ESTIMULACIÓN VAGAL SOBRE EL REMODELADO Y LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN EL INFARTO DE MIOCARDIO

Unidad Temática: Investigación Básica

FRANCO RIVEROS, Verena B.(1) | MÉNDEZ DIODATI, Nahuel(1) | BERNATENE, Eduardo(1) | CASANOVA, Verónica(2) | MORALES, Maria Celina(1) | DONATO, Pablo Martin(1) | BUCHHOLZ, Bruno(1) | GELPI, Ricardo Jorge(1)

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

Introducción: Previamente demostramos que la electroestimulación vagal preisquémica (EV) reduce el tamaño del infarto (TI) agudo de miocardio al mimetizar el preconditionamiento, sin una mejoría en la función ventricular. Hasta el momento se desconoce si estos efectos pueden mejorar la evolución posterior del infarto crónico, mejorando el remodelado y la función del ventrículo izquierdo (FVI).

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue estudiar los efectos y mecanismos de la EV sobre el remodelado y la función del ventrículo izquierdo en un modelo experimental de infarto de miocardio.

Materiales y Métodos: En ratones FVB, se realizó una isquemia miocárdica regional mediante la oclusión de la arteria interventricular anterior durante 45 minutos seguido de reperusión durante 2 horas o 28 días. En otro grupo se realizó la isquemia miocárdica sin reperusión, seguido de una evolución de 28 días. A cada uno de estos grupos se los dividió en dos grupos adicionales, uno sin EV y otro con EV durante 10 minutos antes de la isquemia. Para determinar la participación de los receptores colinérgicos muscarínicos se administró atropina durante la EV. Se evaluaron la FVI por ecocardiografía y cateterismo del VI e índices morfométricos indicadores de hipertrofia. Adicionalmente se midieron el área de riego y TI mediante las técnicas de azul de Evans y TTC en los protocolos agudos y en los protocolos crónicos se tomaron muestras de los ventrículos para realizar cortes histológicos seriados de 5µm de espesor y coloreados con Sirius Red y Ácido peryódico de Schiff para el estudio del TI, la presencia de hipertrofia y fibrosis.

Resultados: El TI medido luego de 2 horas de reperusión disminuyó significativamente con la EV, de 65,3±1,7% a 43±2,1% y la aplicación de atropina revirtió esta protección (TI: 60,4±1,6%) (p<0,001 vs EV+IR-2h). Los grupos crónicos

con EV y reperfundidos durante 28 días revelaron una mejoría de la FVI evidenciada por valores de PDFVI bajos (Sham-28d: $3,8 \pm 0,2$ mmHg; IR-28d: $6,8 \pm 0,5$ mmHg; EV+IR-28d: $3,7 \pm 1$ mmHg; $p < 0,01$), mayor FE (Sham-28d: $77,3 \pm 11,7\%$; IR-28d: $59,7 \pm 2,8\%$; EV+IR-28d: $69,6 \pm 2,4\%$; $p < 0,05$), y menor TRIV (Sham-28d: $19,4 \pm 1,4$; IR-28d: $30,3 \pm 1,2$; EV+IR-28d: $25 \pm 0,9$; $p < 0,05$). Asimismo, la EV en los grupos sin reperfusión mejoró significativa la FVI (PDFVI: I28d: $8,4 \pm 1$ mmHg; EV+I28d: $3,1 \pm 0,8$; $p < 0,05$; FE: I28d: $50,6 \pm 4$; EV+I28d: $69,5 \pm 1$; $p < 0,05$). Los índices de hipertrofia evidenciaron un incremento del peso de los ventrículos en todos los grupos crónicos incluidos aquellos con EV. Finalmente, observamos un incremento en el área de corte transversal de los miocitos en los grupos con isquemia.

Conclusiones: La EV breve aplicada antes de la isquemia logra una cardioprotección frente a la lesión por isquemia-reperfusión mediante un mecanismo que involucra a los receptores colinérgicos muscarínicos, reduciendo el tamaño del infarto de miocardio en la etapa aguda. A su vez, la EV mejora la función ventricular a largo plazo en las isquemias con o sin reperfusión, logrando un beneficio funcional aparentemente independiente de la acción de los receptores muscarínicos y del tamaño del infarto.

0180 - ACTIVIDAD DEL FACTOR VIII COMO PREDICTOR DE MUERTE A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

PASTORINO, Ana | DEFELITTO, Octavio | CRETA, Victoria | HIGA, Claudio | ECIOLAZA, Sebastián | CLAVIJO, María
Manuela | VENTURA, Adriana Claudia | GARATE, Gonzalo

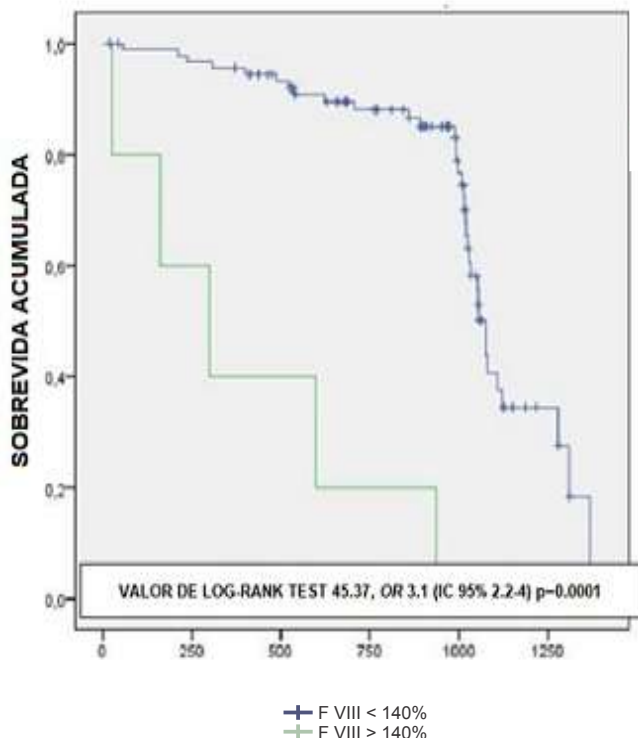
Hospital Alemán

Introducción: La trombosis sobre una placa aterosclerótica es el mecanismo más frecuente en la fisiopatología de los síndromes coronarios agudos (SCA). El factor VIII (FVIII) es un factor de trombosis arterial conocido, con muy poca evidencia disponible acerca de su valor pronóstico en pacientes ingresados a una Unidad de Dolor Precordial (UDP).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes admitidos consecutivamente a una Unidad de Dolor Precordial con sospecha de SCA. El algoritmo de la UDP incluyó electrocardiogramas seriados y un protocolo 0-3 hs de troponina T ultrasensible (TnTus). El desenlace clínico fue la mortalidad por todas las causas en el seguimiento. El factor VIII fue dosado al ingreso hospitalario ('ACL TOP 300 analyzer'). Aquellos pacientes con tratamiento anticoagulante previo fueron excluidos.

Resultados: Se incluyeron 148 de 154 pacientes en el análisis. El tiempo medio de seguimiento fue de 861 días. La mortalidad acumulada fue del 3.9%. Por análisis Bajo la Curva ROC, el mejor valor de actividad del factor VIII asociado a mortalidad a largo plazo fue del 140% (sensibilidad 100%, especificidad 62%). Todos los pacientes con actividad del factor VIII por debajo de 140% sobrevivieron. Por otro lado, la mortalidad fue del 12% en aquellos con actividad incrementada del factor VIII. La figura ilustra las curvas de sobrevida de Kaplan-Meier respecto la actividad del factor VIII. Luego del ajuste por el modelo de riesgos proporcionales de Cox, la actividad del factor VIII demostró ser un predictor independiente de mortalidad ajustado por edad, sexo, TnT us, diabetes mellitus y depresión del segmento ST: OR 1.30 (95% IC 1.15-5.3, $p < 0.01$).

Conclusiones: El presente estudio es el primero en demostrar que el incremento en la actividad del factor VIII se asocia de forma independiente a mortalidad a largo plazo en pacientes con sospecha de SCA.



0184 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN PACIENTES JÓVENES. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

GARCIA MANGHI, Ramiro Joaquin(1) | CHARASK, Adrian(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | SCHIAVONE, Leonardo Fabian(1) | REYNOSO, Carolina(1) | D' IMPERIO, Heraldo(1) | GAGLIARDI, Juan(1) | MUNTANER, Juan(2)

Área de Investigación SAC (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) es una de las formas más graves de la enfermedad aterosclerótica y constituye una de las principales causas de mortalidad cardiovascular. Su mayor incidencia es a partir de la sexta década de la vida, sin embargo, los IAM en jóvenes son potencialmente peores, dado por los años potenciales de vida perdidos.

Características	Global: 5168 (%)	<45 años: 462 (8,9%)	>45 años: 4706 (91,06%)	P
HTA	3020 (58,4)	137 (29,6)	2883 (61,2)	<0,01
Dislipemia	2106 (40,7)	145 (31,9)	1961 (41,6)	<0,01
Tabaquismo	1936 (37)	215 (46,5)	1721 (36,57)	<0,01
AHF	993 (19,2)	134 (29)	859 (18,2)	<0,01
Inicio dolor /consulta, min, mediana (RIC) n= 3846	105 (49-240)	90 (30 - 195)	109,5 (50 -240)	NS
Fibrinólíticos	851 (16,5)	87 (18,7)	764 (16,3)	NS
Tiempo Puerta/ aguja min, mediana (RIC) n= 503	60 (30 - 120)	65 (30 - 122,5)	60 (30 - 120)	NS
ATC 1º 24 hs	3779 (73,1)	345 (74,6)	3334 (72,9)	NS
Tiempo puerta/ balón, min, mediana (RIC)	110 (60 - 210)	110 (60 - 195)	110 (60 - 210)	NS
Shock Cardiogénico	354 (6,8)	19 (4,1)	335 (7,1)	<0,01
Complicaciones JH	960 (18,5)	52 (11,2)	908 (19,2)	<0,01
Muerte	449 (8,69)	20 (4,3)	429 (9,12)	<0,01

Objetivos: Determinar la incidencia, características clínicas y evolución de los pacientes jóvenes que ingresan por IAMCEST en Argentina

Materiales y Métodos: Es un análisis retrospectivo y observacional, multicéntrico, a nivel nacional con inclusión de pacientes con IAMCEST de 36 horas de iniciados los síntomas comprendido entre enero de 2015 hasta octubre 2020, de un registro continuo que se completa vía web por cada uno de los centros y es analizado por un comité ejecutivo central siendo los datos anonimizados. Se realizó un análisis univariado de un total de 5168 pacientes, se consideró jóvenes aquellos pacientes (Pts.) 45 años o menos y se los comparó con los Pts. Mayores de esa edad.

Resultados: la incidencia de Pts. Jóvenes fue de 8,9% (462/4706), sin cambios significativos en los últimos 6 años (Chi de tendencia= 0,66). Tampoco hubo diferencias con respecto al sexo. Los jóvenes son más fumadores (46,5% vs. 36,7% OR = 1,50 e IC95 1,24% a 1,82, p<0,01) y predominan los antecedentes heredofamiliares (29% vs. 18,7% OR = 1,82 e IC95% 1,47 a 2,26%, p>0,01). Asimismo, tienen menos antecedentes cardiovasculares e insuficiencia cardiaca al ingreso, con una menor incidencia de shock cardiogénico (4,1% vs. 7,1% OR= 0,55 E IC 95% 0,34 A 0,89, p<0,01). No hubo diferencia en la estrategia de reperfusión, ni tampoco en los tiempos de consulta, puerta aguja o balón según corresponda el método de reperfusión. La mortalidad de los jóvenes es menor (4,3 vs. 9,1% OR 0,45 IC95% 0,28 a 0,71, p< 0,01).

Conclusiones: 1 de cada 10 IAMCEST son jóvenes, los cuales son más tabaquistas y tienen el doble de antecedentes familiares que los Pts. Mayores de 45 años. Tienen una menor carga aterosclerótica y mejor evolución clínica con menor incidencia de shock cardiogénico y mortalidad. Las conductas y tiempos vinculados al tratamiento de reperfusión fueron similares. Implicancia clínica e epidemiológica: los Pts. Jóvenes con IAMCEST tienen un mejor pronóstico en lo inmediato, pero dado la prolongada expectativa de vida de este grupo etario, deben ser aconsejados en forma estricta en no volver a fumar.

0187 - ANTAGONISMO NEUROHORMONAL COMPLETO EN INSUFICIENCIA CARDIACA. EMPLEO SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y VARIABLES DETERMINANTES.

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris(1) | SORICETTI, Julieta(2) | ARAKAKI, Diego(3) | BARISANI, Jose Luis(4) | LINIADO, Guillermo(5) | PERNA, Eduardo Roque(6) | LOBO MARQUEZ, Lilia(7) | THIERER, Jorge(3)

Hospital Churruca - Visca (1); Hospital General de Agudos Dr. C. Durand (2); CEMIC (3); Clínica Adventista Belgrano (4); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (5); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (6); FAC - Federación Argentina de Cardiología (7)

Introducción: En insuficiencia cardiaca (IC) el empleo de antagonistas neurohormonales está indicado especialmente en fracción de eyección (FEVI) reducida (ICFER, <=40%), pero suele usarse en rango medio (ICFERm, 41-49%) o preservada (ICFEp, >=50%). Entendemos por antagonismo neurohormonal completo (ANC) al empleo combinado de sacubitril valsartán, o en su defecto antagonistas/inhibidores del sistema renina angiotensina, con betabloqueantes y antagonistas mineralocorticoideos. El Registro OFFICE IC AR, SAC-FAC, incluyó entre 2017 y 2019, 1.004 pacientes (Pts) ambulatorios

con IC, conociéndose la FEVI en 942, base del presente análisis.

Objetivos: Analizar el empleo de ANC en las diferentes presentaciones de IC, y los determinantes de su uso.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Variables categóricas expresadas como porcentaje, continuas como media y desvío standard. Predictores independientes de uso de ANC por regresión logística múltiple e influencia pronóstica con análisis de sobrevida (modelo de Cox). Se asume significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados: ANC se dio en 667 Pts. (70,8%): en 79,7% en ICFeR, 66,2% en ICFeRM y 36,7% en ICFeEp ($p < .001$) Pts. con ANC fueron más frecuente hombres (76,1% vs 69,4% sin ANC $p = .037$), más jóvenes ($64,3 \pm 12,6$ vs $69,8 \pm 11,6$ $p < .001$), más Clase Funcional 1-2 (83,4% vs 76,7%, $p = .017$), e internación previa por IC (IPIC) ($65,4\%$ vs $58,6\%$, $p = .048$), menor prevalencia de comorbilidades (49,2% vs 70,5%, $p < .001$), menor tensión arterial ($114,8 \pm 16,3$ vs $117,7 \pm 18,2$ mm Hg, $p = .018$), y congestión (18% vs 25,1%, $p < .01$), mejor función renal (creatinina $1,19 \pm 0,40$ vs $1,50 \pm 1,1$ mg%, $p < .001$). ANC se asocio a medición de péptidos natriuréticos (35,3 % vs 29,8% sin ANC, $p = .09$), pruebas de isquemia (80,1% vs 73,4%, $p = .026$) y CDI (25% vs 14,5%, $p < .001$). Mayor uso de ANC con cobertura estatal y obras sociales respecto de prepagos o particulares: 78,8% vs 72,8% vs. 62%, $p = .002$. Solo 30 % con ANC estaba medicado con al menos el 50% de dosis recomendadas de cada componente de la triple terapia, y solo 4% con dosis máxima de c/u. Análisis multivariado: predictores independientes de ANC: FEVI (OR 0,95, [0,93-0,96]), edad (OR 0,98 [0,96-0,99]), no comorbilidades (OR 2,12 [1,45-3,12]), creatinina (OR 0,53 [0,37-0,75]) e IPIC (OR 1,50 [1,05-2,14]). Ptes con ICFeR se asociaron independientemente a ANC: no comorbilidades (OR 2 [1,22-3,33]) y creatinina (OR 0,52 [0,34-0,79]); En ICFeRM: edad (OR 0,92 [0,88-0,97]) e IPIC (OR 3,09 [1,09-8,77]); y en ICFeEp: no comorbilidades (OR 2,38 [1,16-5]). En análisis multivariado el ANC en dosis de al menos el 50% de lo recomendado para cada componente de la triple terapia fue predictor de menor mortalidad de todas las causas en ICFeR (HR 0,50 [0,28-0,89]).

Conclusiones: Pese a tener indicación precisa en ICFeR, la terapia de ANC se extiende al resto de la IC, y está presente hasta en 1 de cada 3 Pts. con ICFeEp. Es en general instituida en Pts. más jóvenes, ausencia de comorbilidades y con internación previa por IC. Hay predictores específicos de su uso en cada categoría de FEVI. Se asocia a otros estándares de mejor diagnóstico y tratamiento, y a mejor pronóstico en la ICFeR. La utilización de al menos el 50% de las dosis recomendadas se da solo en un tercio de los casos.

0204 - VALOR ADITIVO DE LA INTERLEUKINA-6 Y AL PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B AL SCORE MAGGIC EN LA PREDICCIÓN DE EVENTOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | IGLESIAS, Julieta Soledad | TREJO, Graciela Susana | LEONARDI, Mariela | TELLECHEA, Francisco Enrique Armando | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

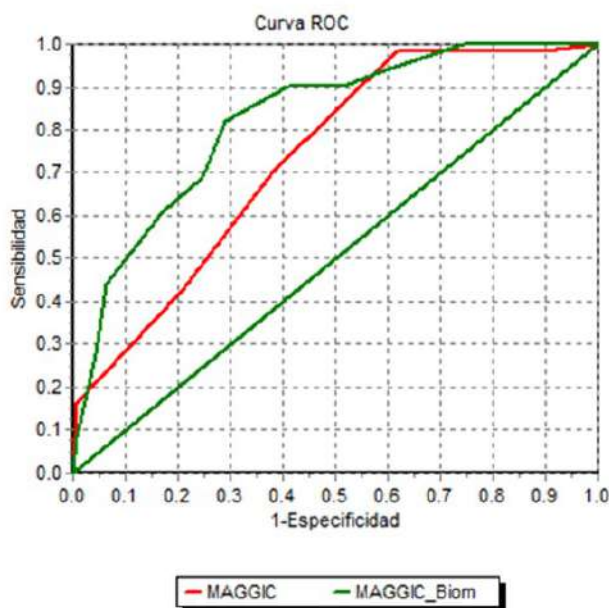
Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: Si bien la activación neurohormonal es el principal mecanismo fisiopatológico en la insuficiencia cardíaca (IC), se ha demostrado que existe una importante activación inflamatoria en este síndrome, que también contribuye a la progresión de la enfermedad. De los scores de riesgo desarrollados para predecir eventos en la IC, el Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) es uno de los más utilizados. Sin embargo, este score no toma en cuenta marcadores inflamatorios, La Interleukina-6 (IL-6) es un importante marcador inflamatorio y su elevación se ha descrito como predictora de eventos.

Objetivos: Evaluar si el dosaje de IL-6 contribuye a mejorar la capacidad predictiva de eventos del score MAGGIC en pacientes ambulatorios con IC con fracción de eyección reducida (IC-FE_R)

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes ambulatorios con IC-FE_R que se siguen en el programa de IC de un centro. Se excluyeron los pacientes con IC post infarto de miocardio reciente (< 6 meses), con internación reciente (<3 meses) por cuadro que pueda aumentar los marcadores inflamatorios. A todos se les calculó el score MAGGIC y se les realizó dosaje de IL-6 y Péptido Natriurético tipo B (BNP) en la primera consulta. Se consideró como punto primario el combinado de Mortalidad de cualquier causa y hospitalización por IC descompensada. Se construyó un modelo integrando el score MAGGIC y ambos biomarcadores (MAGGIC-Biom) mediante regresión logística. Se confeccionaron curvas receiver operating characteristic (ROC) y se calculó el área bajo la curva (ABC) para evaluar la capacidad de discriminación de ambos modelos y se compararon mediante la prueba de Hanley-Mc Neil.

Resultados: Se incluyeron 220 pacientes con una edad de 74 ± 7 años, 27% mujeres y FE de $33 \pm 11\%$. Con una mediana de seguimiento de 385 (242-402) días el punto combinado ocurrió en el 27.7% (n=61) con una mortalidad del 15.5% (n=34). En el análisis multivariado para el punto combinado, el MAGGIC, la IL6 y el BNP fueron predictores independientes (MAGGIC: HR 1.52 (IC95% 1.18 - 2.01), $p < 0.001$, ABC 0.72; IL-6: HR 1.02 (IC95% 1.01 - 1.08), $p = 0.009$, ABC 0.76 y BNP: HR 1.01 (IC95% 1.008-1.02), $p = 0.001$, ABC 0.72). Mientras que para mortalidad fueron predictores independientes el MAGGIC (HR 2.30 (IC95% 1.3-2.9), $p < 0.001$, ABC 0.79) y la IL-6 (HR 1.04 (IC95% 1.02-1.10), $p = 0.003$, ABC 0.73). Para el punto combinado, la capacidad de discriminación del MAGGIC mejoró significativamente al introducir la IL-6 y el BNP en el modelo de riesgo: el ABC para el MAGGIC fue de 0.72 (IC95% 0.66-0.80) y para el MAGGIC-Biom fue de 0.83 (IC95% 0.76-0.88), $p = 0.04$. Mientras que, para la mortalidad global, la diferencia entre el ABC no fue significativa (MAGGIC: ABC 0.79 (IC95% 0.75-0.89) y MAGGIC-Biom: ABC 0.84 (IC95% 0.78 - 0.91), $p = 0.06$)



Conclusiones: En nuestra población de pacientes con IC-FE ambulatorios, el agregar la IL-6 y el BNP al modelo de riesgo MAGGIC mejoró la capacidad de discriminación para el punto combinado de mortalidad global y hospitalización por IC descompensada.

0207 - EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE VALSALVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS SIN PATOLOGÍA DEMOSTRABLE Y SU ASOCIACIÓN CON NIVELES DE DIFERENTES BIOMARCADORES

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | VITALE, Federico Luis | LEONARDI, Mariela | TOLEDO, Guillermo Carlos | VOLBERG, Verónica Inés | DIZEO, Claudio | ESCOBAR CALDERÓN, José Gustavo

Introducción: Se ha descrito la presencia de diferentes grados de disfunción autonómica en estadios iniciales de la enfermedad de Chagas (ECh). El índice de Valsalva (IV) es uno de los parámetros más utilizados para evaluar disfunción parasimpática, por ser de fácil realización, reproducible y de bajo costo. Se ha postulado que estas alteraciones autonómicas podrían estar implicadas en la progresión de la enfermedad. Por otro lado, el NT-pro péptido Natriurético tipo B (NT-proBNP) y la troponina T ultrasensible (TnTus) son marcadores específicos cuya elevación se asocia a aumento de riesgo en diferentes patologías. El dímero D, es un marcador más inespecífico que también se ha asociado a mayor riesgo. La relación entre el IV y los niveles de biomarcadores ha sido poco estudiada.

Objetivos: El objetivo principal es evaluar la presencia de disautonomía medida por el índice de Valsalva en pacientes con ECh clasificados como estadio 0 y su asociación con diferentes biomarcadores y parámetros ecocardiográficos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes con serología positiva para Chagas con electrocardiograma, ecocardiograma bidimensional, holter y ergometría dentro de parámetros normales. A todos se les realizó maniobra de Valsalva (MV) con registro electrocardiográfico continuo con derivación DII. Se calculó el índice de Valsalva (IV) dividiendo el intervalo R-R más largo posterior a la MV sobre el R-R más corto durante la misma. Se dividieron en 3 grupos de acuerdo al resultado de la MV: IV normal (≥ 1.21), IV borderline (< 1.21 y > 1.10) e IV anormal (≤ 1.10)

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes con 45 ± 7 años, el 43% mujeres. El IV promedio fue de 1.22 ± 0.12 , la TnTus 6.44 ± 3.8 ng/L, el NT-proBNP de 55 ± 44 pg/ml y el dímero D 0.23 (0.1-0.32) mg/L.

	IV normal (n=73)	IV borderline (n=57)	IV anormal (n=58)	p
TnTus (ng/L)	5.2 ± 1.8	6.2 ± 1.9	8.2 ± 5.2	< 0.001
NT-proBNP (pg/ml)	39 ± 18	52 ± 43	92 ± 50	< 0.001
Dímero D (mg/L)	0.19 (0.15-0.22)	0.22 (0.13-0.28)	0.26 (0.15-0.45)	0.19
Área AI (cm ²)	17 ± 3.5	16 ± 2.5	17 ± 3.5	0.29
Onda S tisular (m/s)	0.11 ± 0.02	0.10 ± 0.01	0.08 ± 0.02	< 0.001
Relación e/e'	7.5 ± 2.1	8.0 ± 1.5	9.5 ± 3.2	0.02
Fracción de eyección (%)	65 ± 5.8	64 ± 5.1	63 ± 4.9	0.09

Presentaron IV normal el 38.8% (n=73), borderline el 30.3% (n=57) y Anormal el 30.7% (n=58). En la tabla se muestran los diferentes parámetros y biomarcadores en los diferentes grupos. En el análisis multivariado se asociaron a IV anormal la TnTus (OR 1.11 (IC95% 1.01-1.23), p=0.03), el NT-proBNP (OR 1.02 (IC95% 1.01-1.03), P=0.0001) y la relación e/e' (OR 1.31 (IC95% 1.10 -1.56), p=0.002).

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con ECh sin evidencia de cardiopatía estructural, se observó que casi un tercio presentó IV anormal y menos del 40% un IV normal. Por otro lado, los pacientes con IV anormal presentaron mayores niveles de TnTus, NT-proBNP, mayor relación e/e' y menor onda S tisular que los grupos borderline y normal. A su vez, la TnTus, el NT-proBNP y la mayor relación e/e' se asociaron en forma independiente al IV anormal.

0211 - EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA Y A LARGO PLAZO DE PACIENTES OCTOGENARIOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

TALAVERA, María Luján | BURGOS, Lucrecia Maria | CABRAL, Miguel Hector | DIEZ, Mirta

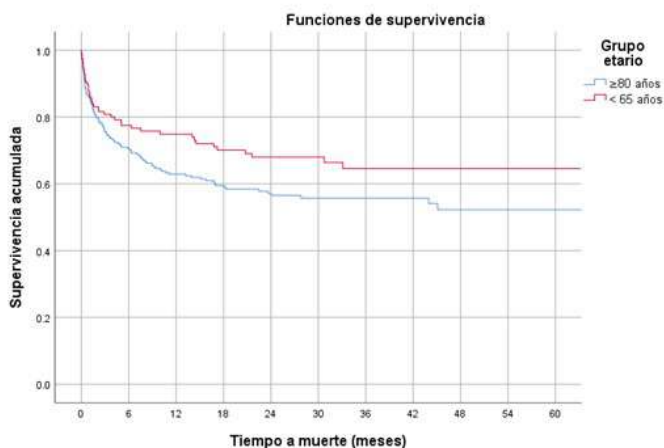
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los estudios poblacionales de pacientes muy añosos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) son escasos. Al mismo tiempo, estos pacientes se encuentran subrepresentados en los ensayos clínicos randomizados y registros.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes ≥ 80 años con diagnóstico de IC aguda descompensada (ICD) y analizar variables asociadas a evolución intrahospitalaria y a largo plazo.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva y consecutiva de un hospital. Se incluyeron pacientes adultos internados entre 2015 y 2020 con diagnóstico primario de ICD, realizado por dos especialistas en insuficiencia cardíaca. Los grupos se compararon según las franjas etarias en 1) < 65 años y 2) ≥ 80 años. Se analizaron las características basales y evolución intrahospitalaria. Las curvas de supervivencia se construyeron utilizando el método de Kaplan-Meier y se compararon entre grupos etarios mediante la prueba de log rank.

Resultados: Se incluyeron 857 pacientes, 42,9% tenía ≥ 80 años y 18,4% < 65 años. La media de seguimiento fue de 15 meses. Los ≥ 80 años eran más frecuentemente mujeres (43% vs. 32%, p=0.02) y tuvieron mayor proporción de dislipemia (59% vs. 48%; p=0.01), sin diferencia en otros factores cardiovasculares. En comparación al grupo de menor edad, los ≥ 80 años presentaron FEVI más elevada (50% RIC 34-60 vs 31% RIC 24-44; p<0.001). La etiología valvular (36%) e isquémico necrótica (33%) fueron más frecuentes en ≥ 80 años, en contraste con la etiología idiopática (16%) e isquémico necrótica (29%) en < 65 años (p<0.001). El perfil clínico de ICD fue diferente (p<0.001): siendo más frecuente la congestión sistémica en ≥ 80 años (82% vs 53%), y en < 65 años el bajo gasto o shock cardiogénico (29% vs 6%). El factor descompensante identificado más frecuente en ≥ 80 años fue la infección y trasgresión alimentaria (p<0.001). Los < 65 años presentaron mayor requerimiento de inotrópicos, asistencia ventricular y respiratoria mecánica y diálisis (p<0.001), y los ≥ 80 años mayor utilización de VNI (8% vs 3%, p=0.03) con una estadía hospitalaria más breve: 5 días (RIC 3-8) vs 7 (RIC 3-14); p<0.001. La mortalidad hospitalaria fue de 7.9% y 12.7% en los ≥ 80 y < 65 años respectivamente (P=0.08) y a 30 días fue de 14% en ≥ 80 años y 15% < 65 años (P=0.5). El análisis de la mortalidad a largo plazo mostró una diferencia significativa según edad, siendo mayor en octogenarios, ya visible a los 6 meses (35% vs 28%; P log rank = 0,047) (figura).



Conclusiones: Los pacientes octogenarios hospitalizados por ICD presentan etiología, factores descompensantes, comorbilidades diferentes y un perfil clínico de insuficiencia cardíaca con menor impacto hemodinámico. Tienen menores complicaciones intrahospitalarias con estadías más breves y mayor mortalidad por todas las causas en seguimiento. Estas diferencias halladas destacan la creciente necesidad de ensayos controlados y registros que incluyan a pacientes ancianos y para establecer pautas de tratamiento basadas en la evidencia.

0214 - ASOCIACIÓN DE ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES CON MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 19 (COVID-19)

Unidad Temática: Covid-19

WAISTEN, Karen | DIESEL, Claudio Oliver | SERRANO ZUBIETA, Christian Daniel | ESTIGARRIBIA, Manuel Emilio | BRUNO, María Claudia

Clínica Zabala

Introducción: La enfermedad por COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 constituye una pandemia mundial en curso, con considerables implicaciones para la salud pública. Según datos publicados, los pacientes (p) con antecedentes cardiovasculares o con alta carga de factores de riesgo cardiovasculares son más vulnerables a presentar un curso grave de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) como variables vinculadas a la mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Materiales y Métodos: Entre marzo de 2020 y febrero de 2021 se registraron de forma prospectiva p adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de COVID-19 en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se excluyeron los p con limitación del esfuerzo terapéutico. Se analizaron FRCV (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad y ser tabaquista o extabaquista) y antecedentes de ECV (antecedentes de enfermedad coronaria [angioplastia, cirugía de revascularización miocárdica, angina crónica estable, infarto agudo de miocardio], enfermedad cerebrovascular, fibrilación auricular, valvulopatías moderadas o severas). Análisis estadístico: Test de Chi cuadrado para variables discretas, t de Student, ANOVA o Kruskal- Wallis para variables continuas según correspondiera. Se realizó un análisis multivariable con regresión logística. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se incorporaron 589 p, hubo leve predominio de sexo masculino (52,8%). La mediana de edad fue de 47 (36-63) años. EL FRCV más prevalente fue hipertensión arterial (24,15%), seguido de dislipemia (11,39%) y diabetes (11,22%). Un 13,26% de los p tenían antecedentes de ECV, siendo la más frecuente la enfermedad coronaria (5,78%). Tabla 1 El 14,26% requirió internación en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de los cuales el 53,57% requirió ventilación mecánica, 50,52% vasopresores y 14,4% terapia de reemplazo renal. La mortalidad global fue de 5,10%, la mortalidad en UCI de 35,7% y la mortalidad en p que ingresaron a ventilación mecánica fue del 57,7%. En el análisis univariado se evidenció mayor mortalidad en p con hipertensión arterial (63,33% vs 22,04%; $p < 0,001$), diabetes (33,33% vs 10,04%; $p < 0,001$), dislipemia (46,67% vs 9,5%; $p < 0,001$), tabaquistas o extabaquistas (50% vs 25,25%; $p = 0,002$), antecedentes de enfermedad coronaria (32,35% vs 4,12%; $p < 0,001$), enfermedad cerebrovascular (6,67% vs 1,61%; $p = 0,004$) e insuficiencia cardíaca (6,67% vs 1,43%; $p = 0,03$). Sin embargo, al realizar el análisis multivariable además de la edad ≥ 60 años (OR 11,91; IC 95%, 3,16- 45,40), solo el antecedente de enfermedad coronaria (odds ratio [OR], 3,11; intervalo de confianza 95% [IC], 1,16-8,3) se asoció a mayor mortalidad intrahospitalaria.

Características demográficas y comorbilidades	Muerte (n=30)	Sobrevivida (n= 559)	p
Edad (años)	73 (65-78)	45 (35-60)	<0,001
Mujer (%)	46,67	46,77	NS
Enfermedad coronaria (%)	32,35	4,12	<0,001
Enfermedad cerebrovascular (%)	6,67	1,61	0,04
Insuficiencia cardíaca (%)	6,67	1,43	0,03
Fibrilación auricular (%)	6,67	2,33	NS
Valvulopatía moderada o severa (%)	0	1,43	NS
Diabetes (%)	33,33	10,04	<0,001
Hipertensión arterial (%)	63,33	22,04	<0,001
Dislipemia (%)	46,67	9,50	<0,001
Tabaquista o extabaquista (%)	50	25,27	0,002
Obesidad (%)	20	17,03	NS

Conclusiones: En nuestra población, si bien observamos una mayor mortalidad en p con FRCV (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquistas o extabaquistas) y antecedentes de ECV (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca), solo el antecedente de enfermedad coronaria se asoció a mayor mortalidad luego del análisis multivariable, lo que sugiere la presencia de un perfil de mayor riesgo frente al SARS- CoV-2.

0244 - SEGUIMIENTO ECOCARDIOGRAFICO DE PACIENTES POST COVID-19

Unidad Temática: Covid-19

ESTRELLA, María Laura | MARAMBIO, Gerardo Manuel | KOSLOWSKI, Paola Teresa | BÁEZ, Karina Giselle | LAX, Jorge | MORITA, Luis | CIANCIULLI, Tomás | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Se ha observado una importante relación entre la infección por COVID-19 y el sistema cardiovascular. Por un lado, los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular tienen un mayor riesgo de muerte y eventos adversos

serios y por otro, los pacientes con o sin estos antecedentes pueden presentar múltiples complicaciones cardiovasculares directas o indirectas como injuria miocárdica (niveles elevados de troponinas), miocarditis, infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca (ICC), arritmias y tromboembolismo. Como en la enfermedad por COVID-19 la afección principal es pulmonar, las posibles complicaciones cardiovasculares pueden pasar desapercibidas.

Objetivos: Detectar compromiso cardíaco en los pacientes que cursaron una neumonía por COVID-19 o que presentaron signos o síntomas de afección cardiovascular en los días posteriores, luego del alta hospitalaria y/o infectológica.

Materiales y Métodos: En el contexto de un estudio prospectivo de seguimiento cardiológico post-COVID analizamos el estudio ecocardiográfico basal de pacientes que cursaron una neumonía por COVID-19 en nuestro hospital o que presentaron signos y/o síntomas de posible afección cardiovascular en el seguimiento post-COVID-19 dentro de los 60 días de la PCR+. Se utilizó un ecógrafo General Electric Vivid 7 y se analizó el tamaño de las cavidades cardíacas, parámetros de función sistólica y diastólica, presión sistólica pulmonar, Doppler tisular y strain longitudinal global (SLGP). A los fines de este análisis inicial se compararon los resultados con los de una población control sana. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular o que hayan presentado evento cardiovascular durante la internación (TEP o SCA).

Resultados: Se analizaron 40 pacientes dentro de los 30-45 días posteriores a la recuperación de infección por COVID, 21 hombres (52,5%) y una edad promedio de 52,9 años. El 16% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) durante su internación. Presentaron síntomas post infección 22 pacientes (53,6%), de los cuales los más frecuentes fueron: palpitaciones (21,95%), disnea (19,51%) y precordialgia (4,88%). En el grupo control la edad media fue de 54,4 años y el 51,36% eran mujeres. El análisis ecocardiográfico mostró que el tamaño de cavidades cardíacas y los espesores parietales se encontraban dentro de rangos normales y sin diferencias con el grupo control. Se observó que la relación E/A y el tiempo de desaceleración (TD: 256 msec) se encontraban alterados. Si bien la función sistólica del ventrículo izquierdo (evaluada por fracción de eyección), estaba conservada en el grupo COVID, fue menor a la del grupo control ($p < 0,001$). El SLGP promedio de los pacientes post-COVID fue de -18, vs -20,5 en el grupo control ($p < 0,001$). Observamos que 9 segmentos presentaron SLGP menor al grupo control: septum posterior basal y medio, lateromedial y laterobasal, inferobasal, anterior basal y medio y septum anteriomedial. En el doppler tisular se observó una relación E´/a´ alterada en el septum y en el ventrículo derecho.

Conclusiones: En este análisis preliminar de nuestra población de pacientes post-COVID, el ecocardiograma mostró alteraciones segmentarias medidas por Strain, que podrían ser expresión de un daño miocárdico subclínico incipiente. El seguimiento clínico y ecocardiográfico en marcha, nos permitirá evaluar la implicancia clínica de estos hallazgos, así como su valor pronóstico.

Tabla 1. Mediciones ecocardiográficas en pacientes post-COVID y grupo control sano

	Grupo post-COVID	Grupo Control Sanos	p
n	40	37	
Edad	52,9 (25-89)	54,4 (42,5-59)	0,65
Sexo (Masculino)	21 (52,5%)	18 (48,64%)	0,27
DDVI (mm)	48 (38-61)	49 (45-57)	0,28
DSVI	29 (20-43)	28 (26-30)	0,27
SIV	9 (5-16)	8,2 (5,2-11)	0,1
PPVI	8 (5-12)	8 (7-9)	0,1
FAC	38 (23-53)	40 (30-50)	0,05
FEY	62 (50-77)	70 (67-72)	>0,0001
E MI	0,63 (0,4-1,4)	0,77 (0,6-0,9)	0,01
A MI	0,78 (0,35-1,23)	0,66 (0,54-0,77)	0,04

DDVI: diámetro diastólico del VI; DSVI: diámetro sistólico del VI; PP: pared posterior del VI; SIV: septum interventricular; FAC: fracción de acortamiento; FEY: fracción de eyección; EMI: velocidad de la onda E mitral; AMI: velocidad de la onda A mitral.

Tabla 2. Strain longitudinal global promedio en grupo post-COVID vs Grupo Control sano.

	Grupo post-COVID	Grupo control sanos	p
SLGP	-18,00 (-19,7 a -16,7)	-20,5 (-22 a -19)	<0,001
SIVposteriorBASAL	-16,00 (-17 a -11)	-20 (-19 a -15,6)	<0,001
SIVposteriorMEDIO	-18,00 (-20 a -17)	-20 (-22 a -18)	0,907
SIVapical	-20,34 (-25 a -17)	-22 (-25 a -20)	0,1
Laterobasal	-16,20 (-19 a -14)	-20 (-21 a -15)	0,008
Lateramedio	-17 (-19 a -15)	-19 (-22 a -18)	<0,001
Lateroapical	-19 (-22 a -15)	-21 (-23 a -19)	0,008
Inferiorbasal	-17 (-20 a -15)	-20 (-23 a -18)	<0,001
Inferiormedio	-19 (-21 a -17)	-21 (-24 a -19)	0,02
Inferiorapical	-21 (-23 a -19)	-22 (-26 a -20)	0,05
Anteriorbasal	-16,22 (-19 a -15)	-18 (-15 a -19)	<0,001
Anteriormedio	-17,21 (-20 a -16)	-20 (-22 a -19)	<0,001
Anteriorapical	-18,5 (-24 a -18)	-22 (-25 a -18)	0,11
Posteriorbasal	-19 (-21 a -15)	-19 (-22 a -17)	0,05
Posteriormedio	-17 (-27 a -7)	-20 (-22 a -18)	<0,001
Apical	-19,45 (-30 a -11)	-22 (25 a -20)	0,006
SIVanteriorbasal	-18,55 (-24 a -6)	-22 (-20 a -24)	0,02
SIVanteriormedio	-17,94 (-26 a -16)	-22 (-19 a -24)	<0,001

SLGP: strain longitudinal global promedio; SIV: septum interventricular

0254 - VALIDACIÓN DEL ORBI SCORE EN LOS PACIENTES DEL REGISTRO ARGEN IAM

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | DELFINO, Flavio Andres(1) | D'IMPERIO, Heraldo(1) | GARCIA AURELIO, Mauro(1) | COHEN ARAZI, Hernan(1) | PERNA, Eduardo(2) | ZAPATA, Gerardo(2) | GAGLIARDI, Juan(1)

Área de Investigación SAC (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: el shock cardiogénico es una de las causas que generan mayor mortalidad en el infarto de miocardio. Los pacientes pueden presentarlo desde el ingreso o desarrollarlo durante la internación. Poder predecir quiénes desarrollarán shock en la evolución podría ser una manera de detectar casos muy incipientes donde quizá una intervención oportuna pueda cambiar el curso de la historia. El ORBI score consiste en un puntaje de riesgo diseñado y validado en una población francesa para predecir el desarrollo de Shock Cardiogénico que utiliza 11 variables: edad >70, antec ACV/TIA, Killip y Kimbal, PCR al ingreso, IAM anterior, Tiempo primer contacto medico (TPCM) a la Angioplastia (ATC)>90 min, FC>90 lxm, TAS<125 y Presión de pulso<45 mmHg, glucemia >180 mg/dl, lesión de tronco, TIMI post ATC<3 a las que les adjudica diferentes puntajes y clasifica en diferentes categorías de riesgo (<https://www.orbiriskscore.com>). El ABC ROC del ORBI SCORE en la cohorte de validación fue de 0,80 (IC 0,77 - 0,83)

Objetivos: validar en nuestra población el score de riesgo desarrollado por el grupo ORBI.

Materiales y Métodos: se incluyeron en el estudio los pacientes ingresados en el ARGEN IAM ST en el período Noviembre/2014-Diciembre/2015 que utilizaron angioplastia primaria como método de reperfusión. Se excluyeron aquellos que presentaron shock cardiogénico al ingreso y los que carecían de algún dato en la base de datos que impidiera el cálculo del puntaje ORBI. Se calculó el puntaje ORBI en nuestra población y se dividió a los pacientes en cuatro categorías de riesgo de acuerdo a ello, tal como se describe en el ORBI score: bajo (0-7), intermedio bajo (8-10), intermedio alto (11-12) y alto (>=13). Se analizó el desarrollo de shock cardiogénico de acuerdo a las categorías de riesgo y se las comparó con las del registro ORBI.

Resultados: De 1759 p ingresados se excluyeron 109 (6%) por ingresar en KKD, 300 (17%) por ser tratados con trombolíticos, 49 (3%) por haber sido reperfundidos luego de las 24 horas del inicio de los síntomas, 263 (15%) por realizarse ATC no primaria y 335 p por no contar con algún dato necesario para la realización del score. Se analizaron 703 p. Edad mediana 61 años (RIC 53-67), >70 años 18,9%, hombres 78%, HTA 54,6%, DBT 18,5%, DLP 40,2%, ACV/TIA previo 3,8%, Killip-Kimbal ingreso B/C 17,6%, PCR al ingreso 4,8%, IAM anterior 45,8%, TPCM a ATC>90 min 58,9%, FC ingreso >90 min 21,3%, glucemia ingreso>180 23%, vaso responsable TCI 0,28%, TIMI post-ATC<3 3,7%, TAS<125 y presión de pulso<45 mmHg 26,1%. Desarrollo de shock cardiogénico intrahospitalario: 4,4%. EL ABC ROC del ORBI score en nuestra población fue de 0,72 (IC 95% 0,62-0,83), test de Hosmer-Lemeshow 0,25. Las prevalencias de categorías de riesgo y el porcentaje (%) de pacientes que desarrollaron Shock Cardiogénico del ARGEN IAM se muestran en la parte izquierda de la tabla y las del ORBI SCORE en la parte derecha de la misma.

	ARGEN IAM ST			ORBI SCORE (derivación)		
	N	prevalencia	Desarrollo Shock Cardiogénico	n	prevalencia	Desarrollo de Shock Cardiogénico
Bajo	546	77,67	2,2	1509	68,3	3,1
Bajo-intermedio	99	14,08	6	330	15	10,6
Intermedio-alto	28	3,98	7,14	155	7	18,1
Alto	30	4,27	36,67	214	9,7	34,1

Conclusiones: El Orbi Score presenta una capacidad predictiva algo menor que en el registro francés, pero sin diferencias significativas, por lo cual podría ser aplicado para predecir el desarrollo de shock cardiogénico intrahospitalario en nuestra población.

0261 - EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DURANTE LA FASE DE TRANSICIÓN

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

ELFMAN, Melisa | ZAIDEL, Ezequiel José | PÉREZ BEC, Marina Raquel | VILLARREAL, Ricardo Alfredo | TORO, Laura Inés | VINIEGRA, Matias | SOSA LIPRANDI, Alvaro | SOSA LIPRANDI, Maria Ines

Sanatorio Güemes

Introducción: En latinoamérica, aproximadamente uno de cada tres sujetos requiere una rehospitalización por insuficiencia cardiaca (IC) durante la etapa de transición desde el egreso hasta los 6 meses. La incorporación de pacientes

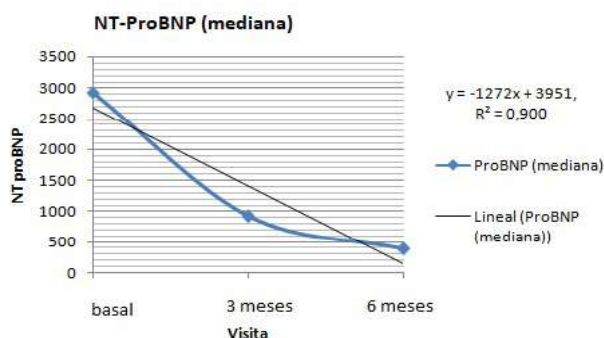
con IC a programas específicos de manejo de la enfermedad que incluyan telemedicina se podría asociar con mejor pronóstico.

Objetivos: El objetivo fue describir la seguridad y eficacia del uso de telemedicina para el manejo de los pacientes con IC durante la fase de transición.

Materiales y Métodos: Entre Diciembre de 2019 y Abril 2021 se reclutaron pacientes consecutivos luego del egreso de una hospitalización por IC en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires. Se excluyó a pacientes que no contaban con teléfono inteligente o no comprendían cómo manejarlo. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité de ética institucional. Se evaluaron diferentes parámetros a través de una aplicación (signos vitales, adherencia, notificaciones, comunicación interactiva frecuente mediante chat y videollamadas). Se realizaron evaluaciones basales (primer visita), a 3 y 6 meses, donde se determinaron eventos (muerte, rehospitalización por IC, visitas al departamento de emergencia por IC), adherencia, variación en parámetros bioquímicos, e interacción con la plataforma. Se realizó un análisis estadístico convencional para estadística descriptiva y comparativa, con el programa Epi Info V7.0

Resultados: Se incorporaron 55 sujetos, con edad promedio 57 años (± 13), y 80% de sexo masculino. Un 27% fue incluido pre-pandemia COVID-19. Las características basales se describen en la tabla 1. Se observó un descenso progresivo de los niveles de NT-proBNP (figura 1). Se halló un elevado uso de fármacos acorde a guías y una elevada tasa de adherencia (tabla 1), 2 sujetos abandonaron el programa antes de los 6 meses. Se registraron en promedio 15 interacciones diarias con la app, un promedio de duración de la sesión de 2 minutos diarios, y una aceptación de 9.06/10. No hubo rehospitalizaciones por IC en esta cohorte, hubo una visita al departamento de emergencias que no requirió hospitalización, y se describen dos muertes de causa no cardiovascular.

Variable	Resultado
Sexo femenino	20%
Edad	57 (13)
Obesidad	38%
HTA	82%
DM2	36%
FA	29%
Fey promedio	35%
QRS, mseg	99 (30)
Etiología isquémica	25%
Beta bloqueante	96%
IECA-ARA-ARNI	76%
Antialdosterónico	82%
SGLT2-i	25%
Ivabradina	9%
CDI	36%
Furosemida	74%
Dosis furosemida	40 [10-80]
Adherencia 3m	89%
Adherencia 6m	95%



Conclusiones: La incorporación de sujetos con IC luego del alta hospitalaria a una plataforma virtual durante la fase de transición fue segura y eficaz. La herramienta tuvo elevada aceptabilidad y facilitó el abordaje de pacientes de riesgo durante la pandemia COVID-19.

0276 - REGISTRO ARGENTINO DE RESONANCIA CARDIACA (RENAREC).

Unidad Temática: Tomografía y Resonancia Magnética

DEL CASTILLO, Santiago Luis(1) | DE STEFANO, Luciano(2) | JAIMOVICH, Guillermo(2) | DE ZAN, Macarena(3) | LUDUEÑA CLOS, Juan Esteban(4) | CINTORA, Federico(5) | CASAS, Jorge María(6) | SCIANCALEPORE, María Agustina(7)

Hospital Italiano de Buenos Aires (1); Sanatorio Las Lomas (2); CEMIC (3); Hospital Británico de Buenos Aires (4); Clínica La Pequeña Familia - Junin (5); CEDIC. Diagnóstico Cardiovascular del Adulto y Niño (6); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos

Introducción: La utilidad del estudio de resonancia magnética nuclear (RMN) cardíaca ha crecido ampliamente en los últimos años con un impacto creciente en la toma de decisiones clínicas. En los últimos años han sido publicados distintos registros internacionales que permitieron conocer las distintas indicaciones, calidad e impacto clínico pero no disponemos de estos datos en nuestro país.

Objetivos: Conocer los distintos protocolos utilizados, complicaciones, indicaciones e impacto clínico del estudio de RMN cardíaca en distintos centros a lo largo de todo el país.

Materiales y Métodos: Se llevo a cabo un registro prospectivo entre los meses de Agosto de 2018 y Diciembre de 2019 invitando a todos los profesionales y centros del país desde el consejo de RMN y tomografía cardíaca de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se realizo el relevamiento de los distintos centros, indicaciones del estudio de RMN, tiempos de adquisición así como complicaciones relacionadas al mismo. En los casos donde se contó con la información se relevó impacto clínico de la RMN cardíaca. Por último se realizo una comparación con otros registros internacionales.

Resultados: Se incluyeron un total de 1131 estudios en 34 centros participantes distribuidos en 10 provincias de la nación argentina. Los centros involucrados, en su gran mayoría pertenecían al ámbito privado (85%). La edad media de los pacientes fue de 54 ± 18 años, un 61% fueron de sexo masculino. Los motivos de solicitud principal del estudio fueron con mayor frecuencia miocardiopatía hipertrófica (13,9%), arritmia ventricular (12,3%), miocardiopatía dilatada (9%), y deterioro de la función sistólica de ventrículo izquierdo (7,3%). Al comparar estas indicaciones con otros registros internacionales (EUROCMR y SCMR) la principal diferencia se observó en la indicación para búsqueda de isquemia y viabilidad. Se pudo completar el estudio solicitado en el 98% de los casos y se registraron complicaciones solo en el 0,3% de los casos, donde solo 1 paciente presento un efecto adverso grave (shock). Se han reportado en el 91,8% de los casos buena calidad de las imágenes obtenidas, y solo 0,2% se consideraron no informables. De los estudios realizados, concluyeron normales un 31,2%, mientras que las patologías más prevalentes en los diagnósticos principales fueron miocardiopatía dilatada no isquémica (14,7%), miocardiopatía isquémico-necrótica (11,6%), miocardiopatía hipertrófica (8,9%) y valvulopatías (5,8%). El saldo diagnóstico del estudio mostró que se confirmó el diagnóstico de sospecha en un 23,6%, no se logró confirmar en el 70%, y se desconoce en el 6,4% debido a la ambigüedad del diagnóstico en su solicitud. Por su parte, la RMN generó un diagnóstico relevante no sospechado en el 48,7% de los casos. Si bien el impacto terapéutico no se logró estimar en la gran mayoría de los casos (75,7%) en lo que si se logró estimar (24,3%) se observó que el resultado de la RMN motivó el alta en el 31,6%, cambio en la medicación en el 28,1%, motivó un seguimiento cercano en el 18,9% y evitó un procedimiento invasivo en el 12,7% de los casos.

Conclusiones: La RMN cardíaca es un estudio ampliamente difundido a nivel nacional, principalmente a nivel de centros privados. La principal indicación en nuestro país es el estudio de miocardiopatías (dilatada e hipertrófica) y el estudio de arritmia ventricular. Es un estudio con bajo nivel de complicaciones que aporta un diagnóstico nuevo en casi la mitad de los pacientes. Su impacto clínico debe ser confirmado en estudios posteriores.

0284 - LA FERROPENIA EN POBLACIÓN CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN NORMAL ¿PODRÍA ALTERAR LA FUNCIÓN DIASTÓLICA?

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

ATAMAÑUK, Andres Nicolas | BARATTA, Sergio Juan | GONZÁLEZ, Sergio Ariel | BRENZONI, Maria Noelia | SANTUCCI, Jose Carlos | MARQUEZ HERRERO, Santiago Nicolas | FERRONI, Fabian Edie | CASTELLARO, Carlos

Hospital Universitario Austral

Introducción: El metabolismo del hierro desempeña un papel fundamental en la fisiología y pronóstico de la Insuficiencia Cardíaca (IC). La prevalencia de ferropenia (FP) es significativa en IC con fracción de eyección preservada y existe evidencia que la vincula en la falla diastólica. No contamos con estudios de relación entre FP y diástole en población sin cardiopatía.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de alteraciones en la diástole en pacientes (p) sin cardiopatía, con y sin FP.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico de corte transversal en base a p con evaluación de prevención primaria, estructurada, secuencial (2016-2020) y misma fecha. Se discriminaron 3 grupos; FP severa: Ferritina (Ft) < 30 (grupo FP30); FP relativa: Ft 30-100 (grupo FP100) y controles sanos: Ft 100-300ng/ml (grupo C). Se compararon parámetros ecocardiográficos de función diastólica; área indexada de aurícula izquierda (AIAI), relación E/A y pendiente de desaceleración de onda E (PDE). Se evaluaron otras variables ecocardiográficas y se tomaron muestras sanguíneas. Inclusión: p sin Insuficiencia Cardíaca y FEVI $> 53\%$. Exclusión: Ferritina > 300 ng/ml, edad < 16 años, valvulopatías y patologías crónicas. Se utilizó la base de datos autorizada por el CIE (16-015). Se efectuó análisis descriptivo de las variables discretas y numéricas. Las continuas se analizaron por test de Student y las discretas por Chi cuadrado. Significativo $p < 0,05$.

Resultados: De una total de 11703 p, fueron elegibles 927 p. Edad $50,8 \pm 12,8$ años, 47,6% hombres, 30,9% HTA, 5,1% diabéticos, 15,7% tabaquistas, 40,8% dislipémicos, 30,5% sedentarios, 19,2% obesos, 6,5% anémicos. Uso de beta bloqueantes 5,8%, Bloq. Cálcidos 9,9%, IECAs 9,5%. Datos por grupos: FP30; 115p (12,3%), FP100; 285p (30,4%) y C; 535p (57,2%). Datos relevantes, respectivamente; Edad, $46,9 \pm 12,4$ vs 50 ± 13 vs $51,9 \pm 12,4$ años (todos $p < 0,05$); IMC,

25,4±4,3 vs 26,3±5,9 vs 27,4±4,6kg/m² (C <0,05 vs FP); Hombres, 13,3 vs 22 vs 68% (todos, p<0,05). Ecocardiográficos: FEVI 65,8±5,4% vs 65,2±5,4% vs 65±5,7% (pNS); DDVI/SC 25,6±2,6 vs 25,4±2,7 vs 24,4±2,7mm/m² (todos, p<0,001); PPVI 8,9±1,2mm vs 9±1,6mm vs 9,4±1,6mm (todos, p<0,001); SIV 9,9±4,6 vs 10,5±5,6 vs 11,1±6,1mm (FP30vsC; p0,04); índice de masa del VI 83,9±39,6 vs 86,8±49,3 vs 93,4±53,9gr/m² (FP30vsC; p0,04); TAPSE 25,3±3,7 vs 26,3±4 vs 26,7±4,3mm (FP30vsC; p0,02). Análisis de la diástole: Relación E/A 1,28±0,4 vs 1,21±1,14 vs 1,14±0,4 (todos, p<0,05); Relación E/A>=2: 6,6% vs 5,5% vs 2,3% (FP vs C; p0,02); PDE 4,32±1,6 vs 3,97±1,5 vs 3,58±1,4 m/seg (todos, p<0,01); AIAI, 10,32±1,6 vs 10,1±1,5 vs 10,07±1,6cm²/m² (p NS). Laboratorio: Hto y hemoglobina fueron significativamente más bajos en FP vs C (p<0,05). La prevalencia de obesos e HTA fue más alta en C (p<0,05); no hubo diferencias en el uso de Beta bloqueantes, bloqueantes cálcicos, IECAs y antialdosterónicos. No se observó diferencias en el comportamiento de las variables según sexo y luego de excluir a p anémicos.

Conclusiones: En una población sin IC, con FE conservada y sin alteraciones significativas de la función diastólica, se observaron alteraciones en la diástole y en la remodelación ventricular, sin compromiso de la FEVI. A la fecha, no existen estudios que hallan evaluado si el metabolismo del hierro interviene como causa de falla diastólica, mucho menos en p sin IC. Por lo que, el presente trabajo proporciona la primer descripción para el inicio de una nueva línea de investigación no tenida en cuenta; "la FP en sanos ¿podría ser un precursor de falla diastólica?"

0297 - DESARROLLO DE UN ALGORITMO DE MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL – ANGINA T.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

VIRUEL, Marcos Lucas | MUÑOZ, Florencia | FURMENTO, Juan Francisco | ECHEGOYEN, Raul Esteban | LAMBARDI, Maria Florencia | ARIZNAVARRETA, Paula | BENZADON, Mariano N. | COSTABEL, Juan Pablo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

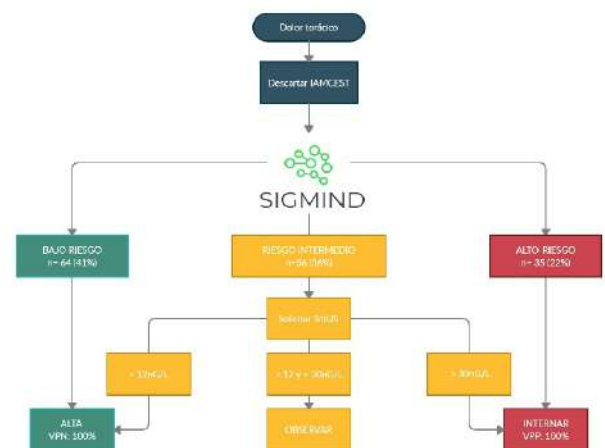
Introducción: El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de emergencias médicas (SEM), e implica un desafío en términos diagnósticos. En 2019 llevamos a cabo el estudio ANGINA, desarrollando un algoritmo de inteligencia artificial para predecir el riesgo de sufrir un síndrome coronario agudo en pacientes que consultaban al SEM por dolor torácico. El algoritmo tuvo un score c de 0.955. En esta oportunidad nos proponemos evaluar los resultados del algoritmo combinados con los datos obtenidos de biomarcadores con el fin de desarrollar un algoritmo de manejo en SEM a fin de optimizar la operatividad y seguridad en la toma de conductas.

Objetivos: Desarrollar un algoritmo de manejo de pacientes en SEM que utilice la información obtenida de la herramienta de inteligencia artificial y biomarcadores para sugerir conductas.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y unicentrico, se analizaron registros correspondientes a 155 pacientes que consultaron a SEM por dolor torácico de etiología no esclarecida. Se utilizaron los datos de predicción de síndrome coronario agudo a 30 días obtenidos mediante la plataforma de inteligencia artificial Sigmind Cardio TrIAge los cuales fueron correlacionados con los valores obtenidos de troponina T de alta sensibilidad (TnTAS). Se definieron los puntos de corte en la plataforma que determinan un VPN y VPP del 100% a fin de establecer criterios de internación y externación seguros. Posteriormente se correlacionaron los valores intermedios del algoritmo con las TnTAS obtenidas para este grupo de pacientes, estableciendo nuevos puntos de corte que permitieran reclasificar en grupos internación, observación y externación.

Resultados: De los 155 pacientes analizados obtuvimos 64 pacientes con baja probabilidad de SCA (41% - VPN 100%), 35 con alta probabilidad (22% - VPP 100%). El grupo de "no certeza" (n=56, 36%) fue correlacionado en base al dosaje de TnTAS obtenidos durante la evaluación en SEM, identificamos como grupo de seguridad de externación a valores de biomarcadores menores a 12ng/L y para internación a valores superiores de 30ng/L.

Conclusiones: El trabajo permitió desarrollar un novedoso algoritmo de manejo combinando los datos de la inteligencia artificial con los de TnTAS. Su aplicación requiere de una validación que se encuentra en curso.



0301 - ECOCARDIOGRAFIA FETAL: DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOPATIAS FETALES. TRABAJO EN CONJUNTO EN SERVICIO DE IMÁGENES EN HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Imágenes

STEPFFER, Carolina | BELLORA, Antonio | LEIS, Valeria Lorena | VILLAFañE, Solana Molina

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL

Introducción: Las cardiopatías congénitas (CC) son las anomalías mayores más ampliamente diagnosticadas y son causales del 20% de las muertes neonatales. Son las malformaciones congénitas más frecuentes con una prevalencia estimada de 8/1000 recién nacidos vivos (RN), es decir 0.8-1%. A su vez, los defectos cardíacos con o sin anomalías cromosómicas asociadas representan la primera causa de abortos por defectos congénitos, por lo que se estima que la incidencia de cardiopatías en el feto podría llegar a ser 5 veces mayor a la reportada en la bibliografía.

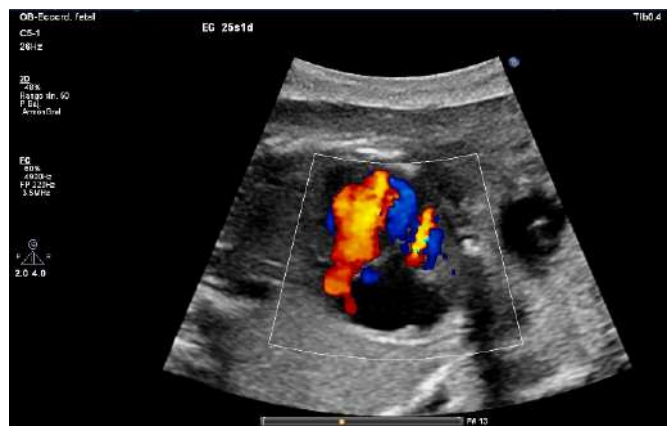
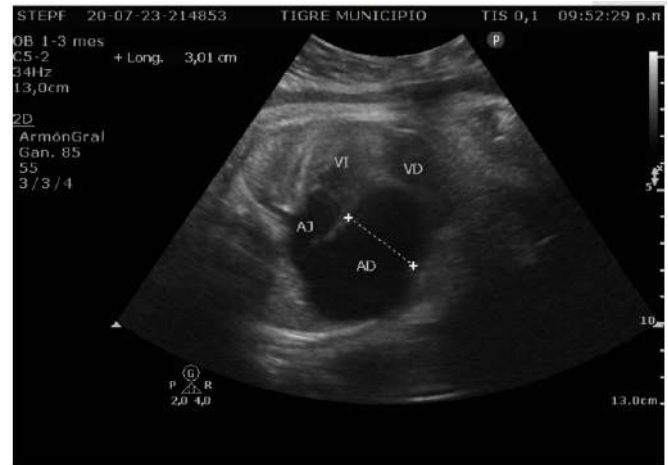
Objetivos: -DESCRIBIR FACTORES DE RIESGO DE DIAGNOSTICO PRENATAL DE CARDIOPATIAS CONGENITAS
-VALORAR LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE CARDIOLOGIA FETAL Y ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA
-VALORAR EL IMPACTO PARA LA COMUNIDAD DE SUMAR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA FETAL AL SERVICIO DE IMAGENES DE HTAL MATERNO INFANTIL

Materiales y Métodos: Se valoraron las gestantes del servicio de obstetricia del hospital materno infantil de Tigre. Estudio de cohorte, observacional, prospectivo. Entre octubre de 2019 y octubre de 2020 se incluyeron 183 fetos con indicación de ecocardiograma doppler fetal por servicio de obstetricia dividiéndolos en 2 grupos A) factor de riesgo B) sospecha diagnóstica prenatal de cardiopatía congénita. Los pacientes fueron estudiados por cardiología fetal con ecocardiograma doppler fetal entre la semana 21 y 38 de edad gestacional

Los pacientes fueron seguidos hasta su nacimiento por el servicio y luego por servicio de neonatología y cardiología infantil

Resultados: En el primer grupo, denominado grupo A, fueron valorados durante los 12 meses de este estudio 126 fetos. Estos pacientes fueron derivados a cardiología fetal para la realización de Ecocardiograma Doppler Fetal por presentar factores de riesgo tanto maternos, como familiares y fetales. En su amplia mayoría fueron fetos con valoración cardiológica fetal normal. Solo se encontró un feto con arritmia, catalogada como Extrasístoles Supraventriculares que no generaron repercusión en su evolución post-natal. Dentro del grupo B, durante el periodo antes definido, fueron valorados 44 fetos por sospecha obstétrica de alteración cardíaca. La sospecha de cardiopatía congénita por parte del obstetra depende de su experiencia y conocimiento de la anatomía cardíaca. Un grupo de pacientes fueron derivados con alteraciones cardíacas generales, como ser tamaño posición o asimetría de cavidades. Pero otro grupo de pacientes con valoración obstétricas más avanzadas fueron derivadas con sospecha de cardiopatías congénitas específicas. La detección de cardiopatía congénita dentro del grupo B fue del 31% ya se diagnosticaron 14 fetos con patología cardíaca.

Conclusiones: -Los factores de riesgo de presentar cardiopatías congénitas, no han demostrado ser significativos, a diferencia de la sospecha por parte del obstetra. Demostrando una vez mas que el screening del 2 trimestre por parte del obstetras entrenados y su derivación oportuna a cardiología fetal es la manera mas eficiente de mejorar el diagnostico de cardiopatías fetales -El trabajo multidisciplinario mejora la tasa de diagnóstico -El diagnóstico de cardiopatías fetales mejora el evolución del RN con dicha patología.



0307 - ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLOGICA. ESTUDIO DE UNA COHORTE

Unidad Temática: Cardio Oncología

SANCHEZ, Agostina Antonella | RUBIO, Pablo Manuel | BIVORT HAIEK, Mateo | DR. MELCHIORI, Renzo | LIUZZI, Mariano | DIAZ, Sara | DR. RIZZO, Manglio | BARATTA, Sergio Juan

Hospital Universitario Austral

Introducción: La expectativa de vida del cáncer (CA) es cada vez más alta. Esto generó un incremento de los pacientes con antecedente oncológico que consultan por síndromes coronarios agudos (SCA). La evidencia actual sugiere que, pese a que el tratamiento del infarto está establecido, los pacientes con CA son inferiormente tratados, existiendo poca información que demuestre la severidad y su evolución durante un evento coronario.

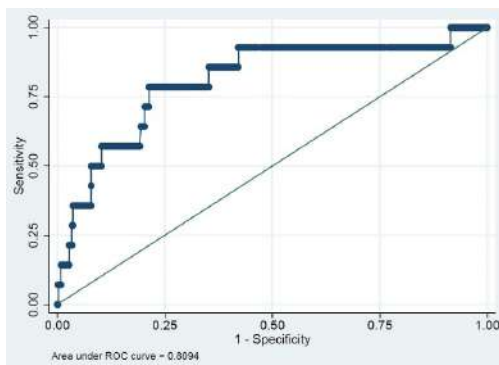
Objetivos: Analizar las características clínicas y los eventos cardiovasculares mayores entre pacientes oncológicos en relación a pacientes no oncológicos que se internaron por SCA.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional retrospectivo de pacientes que ingresaron por SCA a la Unidad Coronaria en Hospital Universitario de 2008-2020. Se dividió a la población en dos grupos: con cáncer y sin cáncer que se sometieron a angiografía coronaria como parte de estrategia diagnóstica/terapéutica. Se excluyó la neoplasia cutánea. Se realizó análisis univariado y bivariado para establecer las características poblacionales. Se confeccionó manualmente un modelo de predicción para evaluar la relación del cáncer con los eventos intrahospitalarios.

Característica	Oncológicos (N= 62)	No Oncológicos (N=427)	P Value
Sexo	55 (13.7%)	346 (86.3%)	NS
Obesidad	15 (8.15%)	169 (91.8%)	0.02
LDL	85 [IQ 66-115]	108 [IQ 83-129]	0.02
Diabetes	22 (36.8%)	107 (25%)	NS
BARC (> 2)	6 (9.7%)	17 (3.98%)	0.04
Muerte intrahospitalaria CV	4 (6.5%)	10 (2.3%)	0.07

Se excluyó la neoplasia cutánea. Se realizó análisis univariado y bivariado para establecer las características poblacionales. Se confeccionó manualmente un modelo de predicción para evaluar la relación del cáncer con los eventos intrahospitalarios.

Resultados: Se incluyeron 489 pacientes, oncológicos (n=62) y no oncológicos (n=427). La prevalencia de enfermedad oncológica fue de 12.7%. Los no oncológicos presentaron tasas más altas de obesidad y LDL. Los resultados se muestran en la tabla 1. Al analizar las características oncológicas el 70 % de los tumores primarios se distribuyeron entre Adenocarcinoma de próstata (25%) Colo-rectal (22.73 %) onco-hematológico (11.36 %) Pulmón (9%). El 25 % de los pacientes con tumor de órgano sólido tenían TNM estadio 4. La mediana de tiempo desde el diagnóstico oncológico hasta el evento coronario fue de 3 años (IC 2-7). La estrategia terapéutica invasiva fue similar en ambos grupos, pero el sangrado



mayor (BARC > 2) fue superior en CA. El análisis multivariado evidenció que el CA se comportó como un factor de riesgo independiente para la presencia de muerte ajustados por las condiciones clínicas de ingreso (frecuencia cardíaca, Killip Kimbal, tensión arterial sistólica y diastólica) (OR 4.16- IC 95% 1.15 a 15, 1 p= 0.03), la capacidad de predicción fue evaluado por curva ROC con un valor de 0.80 (IC 78-83).

Conclusiones: En nuestra población con CA se evidenció una menor tendencia en cuanto a obesidad, LDL pero mayor sangrado. El CA demostró ser un factor de riesgo independiente para la mortalidad intrahospitalaria cardiovascular. Se necesitan más estudios para saber si el CA es un factor independiente de peor pronóstico y mayor enfermedad arterial coronaria.

0314 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE COVID 19 EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Unidad Temática: Covid-19

ATAMAÑUK, Andres Nicolas | BARMAK, Martin Eitan | GANDINO, Ignacio Javier | LITEWKA, Diego Fabian | GOMEZ, Luis Enrique | HOFFMANN, Diego Andres | LARDIÉS, Julieta | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Las condiciones cardiovasculares preexistentes parecen tener un mayor riesgo de desarrollo de formas graves de COVID-19 y también aumenta la prevalencia de eventos trombóticos. La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) y

la HP tromboembólica crónica (HPTEC) son patologías cardiovasculares raras y con mal pronóstico. Existen escasos datos que documenten la evolución de pacientes (p) con COVID-19 en HAP o HPTEC, y no disponemos de reportes en el país o la región.

Objetivos: Evaluar la prevalencia, presentación clínica y evolución de COVID-19 en p con HAP e HPTEC.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal, realizado en un centro de referencia de HAP. Se compararon las características de p con HAP y HPTEC, COVID y no COVID, que se encontraban en seguimiento periódico desde marzo 2020 a abril 2021 (diagnóstico por cateterismo cardiaco derecho; criterios de Niza 2013). Se descartaron; casos perdidos a la fecha de cierre; p con seguimiento discontinuo y aquellos donde no se pudo constatar el estado infectológico COVID-19. Las variables categóricas se expresaron como número absoluto y porcentaje, las cuantitativas como media y DS. Se utilizó test de Fisher para comparar variables categóricas y test de t para las cuantitativas. Se consideró p significativa < 0,05.

Resultados: A la fecha de último control (13 meses), 80 p presentaron criterios de inclusión. 8p (10%) fueron diagnosticados con COVID-19 mediante toma de muestra por hisopado nasofaríngeo y PCR SARS-Cov2. Las características basales se muestran en tabla. Tratamiento: IFDE5; 46p (63%), ARe; 22p (30%), PG; 4p (5,4%), anticoagulación oral; 28p (38,4%) y bloqueantes cálcicos 8p (10,9%). Sin

Variables	Total (n 80)	COVID (n 8)	No COVID (n 72)	p valor
Mujeres, n (%)	61 (76,2)	7 (87,5)	54 (75)	0,67
Edad, años,(DS)	43,1 (14,9)	44,7 (17,5)	43,5 (14,8)	0,83
IMC, kg/m2(DS)	26,8 (6,1)	28,8 (7)	26,4 (5,9)	0,31
CF III-IV pre-COVID, n (%)	18 (22,5)	2 (25)	16 (22,2)	0,99
Tratamiento específico combinado, n(%)	21 (28,8)	4 (50)	17 (26,1)	0,21
Anticoagulación oral, n(%)	28 (38,4)	3 (37,5)	25 (38,5)	0,99
Bloq. cálcico, n (%)	8 (10,9)	1 (12,5)	7 (10,8)	0,99

diferencias significativas entre COVID y No COVID. Presentación clínica COVID: La desaturación de oxígeno respecto a su valor habitual se observó en 4p (50%), anosmia 4p (50%), disgeusia 3p (37,5%), diarrea 4p (50%), astenia 5p (62,5%), disnea 4p (50%), tos 4p (50%), fiebre 4p (50%), 1p (12,5%) asintomático. Evolución: Clase Funcional (CF) III-IV a 30 días pos-COVID en 4p (66%). 5p (62,5%) requirieron internación, 3p (37,5%) presentaron neumonía, en ningún p se realizó ventilación mecánica y 2p (25%) murieron. En las dos muertes se constató discontinuación del tratamiento específico para HAP y falla VD como la causa de internación y muerte. La tasa de eventos severos (internación/neumonía/muerte) se observó en 5p (62,5%). 5 p presentaron infección durante la primera ola de SARS-Cov2, 2 p durante la segunda ola (nuevas variantes de virus) y 1p presentó reinfección (1er y 2da ola respectivamente).

Conclusiones: En nuestra casuística, la tasa de presentación COVID-19 es similar a la de la población general y aunque el desarrollo de eventos severos resultó ser elevada, es llamativo que siendo una enfermedad cardiovascular de mal pronóstico la evolución haya sido favorable. La única secuela observable a 30 días fue el deterioro de la CF. Si bien la mortalidad fue del 25%, la causa de la misma en ambos p no fue COVID-19. Nuestro registro resulta ser similar a las escasas comunicaciones provenientes de Europa y América del Norte. Es menester realizar un seguimiento multicéntrico a fin de establecer el verdadero impacto de COVID-19 en nuestra región.

0317 - TOLERANCIA A LA PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA AL UTILIZAR BARBIJO O TAPABOCA

Unidad Temática: Ergometría y Rehabilitación

PEIDRO, Roberto Maximino(1) | BRUZZESE, Martín Fernando(2) | BRION BARREIRO, Graciela Beatriz(1) | GONZALEZ, Roque(1) | GONZALEZ NAYA, Enrique(3) | ABALSA, Agustina(1) | BAZAN, Nelio(1)

Universidad Favalaro (1); Futbolistas Argentinos Agremiados (2); IADT - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (3)

Introducción: El barbijo o tapabocas (BTB) es de uso obligatorio durante la pandemia por virus SARS-COV2, pero es poco conocida su tolerancia durante las actividades físicas. Las recomendaciones de ejercicios físicos implican, en muchos casos, la utilización de BTB.

Objetivos: Investigar la tolerancia del uso del barbijo al realizar pruebas ergométricas.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico, de tipo transversal y nivel analítico relacional. Pacientes consecutivos sin antecedentes de patología respiratoria que concurren para realizar ergometría (PEG) máxima (detenida por agotamiento) con fines diagnósticos o evaluativos. Se utilizaron cinta deslizante o cicloergómetro y oxímetros de pulso colocados en el dedo mayor de la mano cercana al operador. Se consideró desaturación de O₂ a la caída mayor a 4 % en la saturación. Se evaluó FC máxima, % de la FC máxima teórica, METs, saturación de O₂ al retirar el BTB y al esfuerzo máximo, % de FC máxima alcanzada al retirar BTB. Se utilizó una escala de dificultad para el uso de BTB (en términos de humedad, calor, resistencia a la respiración, picazón, opresión, sensación de malestar, olor, fatiga o malestar general).

Resultados: Se realizaron 126 PEG, 5 descartadas por negarse el paciente al uso de barbijo, 2 por detener el esfuerzo por angor y 3 por dificultades técnicas en la evaluación de la saturación. Se analizaron 118 pacientes; 68 hombres y 50 mujeres. Edad 46.74 ± 16.7 años. Se incluyeron 8 pacientes con cardiopatía (6,8%); 110 no tenían antecedentes cardíacos; 9 recibían beta bloqueantes. En 62 se realizó la PEG en cinta y en 56 en cicloergómetro. Setenta (59.3 %) completaron la ergometría con barbijo, 48 (40.7%) debieron retirarlo por intolerancia mayor. En PEG con cinta a 17 (27.4%) y en cicloergómetro a 31 (55.35%) se les retiró el BTB ($p < 0.002$). Entre los que se sacaron el barbijo, el % de FC en que lo hicieron con respecto a la máxima alcanzada fue de $94.5 \pm 5.35\%$. En cinta 94.73 ± 3.58 y en cicloergómetro 94.37 ± 6.37 (p NS). Edad (años): no se retiraron BTB 42.69 ± 17.3 ; sacaron BTB 49.51 ± 15.8 ($p < 0.003$). En una regresión múltiple donde se incluyeron sexo, presencia de cardiopatía, edad, tipo de ergómetro y tratamiento beta bloqueante, sólo la edad y el uso de cicloergómetro fueron las variables relacionadas con el retiro del barbijo. La saturación de O₂ basal fue de 97.46 ± 1.01 y en esfuerzo máximo con barbijo de 96.58 ± 1.37 ($p < 0.0001$). Este nivel de descenso de la saturación no fue considerado patológico. Sin embargo, entre los sujetos que se sacaron el BTB (48) la saturación de O₂ en el máximo esfuerzo tolerado con BTB fue de $96.58 \pm 1.37 \%$, mientras que al continuar hasta el ejercicio máximo sin BTB aumentó a $97.06 \pm 1.35 \%$ ($p < 0.0001$). En aquellos que no se quitaron el barbijo la saturación de O₂ en esfuerzo máximo fue de $96.61 \pm 1.39 \%$.

Conclusiones: La PEG fue posible con BTB hasta un esfuerzo máximo en la mayoría de las personas. La dificultad para tolerar el barbijo apareció a porcentajes altos de FC máxima, a mayor edad y en cicloergómetro. Hubo leve aumento de la saturación de O₂ entre el momento de quitarse el barbijo y al alcanzar el esfuerzo máximo sin barbijo, lo que supondría una leve desaturación atribuible al BTB. La práctica de actividades físicas y ejercicios recreativos con intensidades leves a moderadas de ejercicio habituales para la promoción de la salud y la rehabilitación cardiovascular no se vería dificultada por el uso de barbijos. En ejercicio de alta intensidad aparecen dificultades subjetivas para la tolerancia al barbijo en un número importante de personas.

0322 - PRIMER REGISTRO ARGENTINO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON COVID-19 (RACCOVID-19): ANÁLISIS DE NUESTRA REALIDAD.

Unidad Temática: Covid-19

KAZELIAN, Lucía Raquel(1) | ZAPATA, Gerardo(2) | PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris(1) | MAYDANA, Mariano(2) | LESCANO, Adrián José(1) | LORENZATTI, Alberto(2) | NAVARRO ESTRADA, José Luis(1)

Área SAC (Sociedad Argentina de Cardiología) (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 que produce la enfermedad coronavírica 2019 (COVID-19), fue declarada pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud. Una parte de los infectados sufre enfermedad pulmonar con diferentes grados de afección sistémica. Desde su inicio, se identificó daño miocárdico y esto se asoció con mayor mortalidad. RACCOVID-19 es un registro colaborativo entre la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de Cardiología.

Variable	OR IC 95%	p
Edad	1.07 (1.05 - 1.08)	<0.0001
Sexo masculino	1.51 (1.05 - 2.16)	<0.0001
Antec. insuficiencia renal	1.23 (1.09 - 1.37)	<0.0001
Antec. patológicos	1.60 (1.14 - 2.72)	0.006
Complicaciones CV	1.55 (1.08 - 2.22)	0.017
Estado clínico grave	6.37 (4.09 - 9.93)	<0.0001
Uso de inotrópicos	12.98 (8.77-19.21)	<0.0001

Objetivos: Analizar las características de los pacientes (p) con COVID-19, internados en los diferentes establecimientos sanitarios de nuestro país. Registrar la aparición de complicaciones cardiovasculares (CCV) y el impacto en el pronóstico.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional y analítico. Entre el 18 de mayo y el 31 de octubre de 2020 se recolectaron los datos de pacientes mayores de 18 años, internados por COVID-19 en 49 centros de 11 provincias. Los datos que se recabaron en REDCap® fueron: demográficos, antecedentes patológicos, factores de riesgo cardiovasculares (FRC), duración de la internación, CCV, tratamiento específico para COVID-19, asistencia respiratoria mecánica (ARM) y mortalidad intrahospitalaria. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa STATA. Las variables cuantitativas se informaron en media \pm desvío estándar o mediana y rango intercuartilo. Para el análisis de la relación con la mortalidad se utilizó el test de chi cuadrado y el test de T. Se realizó un análisis multivariado por regresión logística múltiple. Significación estadística $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 2750 pacientes, edad media 57 ± 18 años, el 60.2%, sexo masculino. Los FRC (67.4%) fueron: hipertensión arterial (HTA) 43.6%, diabetes 18.4%, tabaquismo 15.3%, dislipidemia 15.3%, y obesidad 30.7%. Presentaron otros antecedentes patológicos el 41,1% (EPOC/asma 9.6%, oncohematológicos 4.6%, insuficiencia renal 5.3%, tratamiento inmunosupresor 4.6%). El 44.29% tuvo antecedentes de enfermedad cardiovascular: HTA 43.6%, cardiopatía isquémica 17.2%, arritmias 17.9%, insuficiencia cardíaca 14.2%, valvulopatías 6.6%, hipertensión pulmonar 1.1%, y cardiopatías congénitas 0.5%. Se observaron CCV en 420p (15,3%) con la siguiente distribución: daño miocárdico 4.7%, insuficiencia cardíaca 6.6%, arritmias 5.1%, embolias 1.1%, miocarditis 0.2%. La mediana de internación fue de 10 días con rango intercuartilo 25-75 de 6-15. El 49.2% tenían estado moderado/severo/crítico; requirieron inotrópicos el 13.4% y ARM el 14.9%. Recibieron tratamiento específico para COVID el 41.1%. La mortalidad hospitalaria global fue del 19.3%. La presencia de mayor edad, sexo masculino, antecedentes patológicos, antecedente de insuficiencia renal, CCV y el uso de inotrópicos fueron predictores independientes de mortalidad. Tabla n1

Conclusiones: Primer registro de pacientes internados por infección por SARS-CoV-2 en la Argentina durante el año 2020 que analizó las CCV. Se observó predominio de sexo masculino. Si bien la presencia de FRC y antecedentes CV fue alta, la aparición de CCV fue del 15,2%, su presencia se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria. Se pudieron detectar variables independientes predictoras pronóstico. La mortalidad global del 19,3% coincide con las de otras series internacionales.

0324 - TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN MUJERES GESTANTES: CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Unidad Temática: Corazón y Mujer

PATÍÑO, Ivana | VERA, Marcela | CHENA, Zuny Raquel | CROSA, Veronica Lia

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL

Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa de morbimortalidad materna y perinatal. En la literatura mundial su prevalencia oscila entre un 5-15% de todas las gestas. De acuerdo con las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de La Nación, estos constituyen la principal causa de mortalidad materna obstétrica directa con una razón de mortalidad global de 0.7 por cada 10.000 nacidos vivos y una prevalencia de preeclampsia 2.1%.

Objetivos: Relevar la prevalencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo y sus complicaciones en una población asistida en una maternidad de la ciudad de Buenos Aires. Objetivo secundario: Describir la población y analizar las variables de riesgo de evolución adversa.

	Total (4549p)	HDE (732p)	No DHE (3817p)	Hipertensión Crónica	Significación Estadística
Edad (años)	28 ±6,5	29 ±6,8	28 ±6,4	34,3 ±5,4	p<0,001
Hipertensión Crónica	83p (1,8%)				
Diabetes	59p (1,3%)	10p (1,3%)	49p (1,3%)		
Tabaquismo	327p (7,2%)	48p (6,6%)	278p (7,3%)		
Obesidad (IMC >30)	491p (10,8%)	131p (17,8%)	360p (9,4%)		p<0,0001
Antec. DHE	355p (7,8%)	112p (15,2%)	243p (6,4%)		p<0,0001
Nuliparidad	1285p (28,2%)	279p (37,6%)	1009p (26,5%)		p<0,0001
Edad materna avanzada (>34 años)	929p (20,4%)	182p (24,9%)	747p (19,6%)		p<0,0001

Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo de las pacientes (p) gestantes o puérperas evaluadas por cardiología en el Hospital Materno Infantil Ramón Sarda entre el 1 de agosto 2019 y el 30 de abril 2021. Se relevó la ocurrencia de desórdenes hipertensivos del embarazo (DHE): hipertensión gestacional (HG), preeclampsia (PE), eclampsia y preeclampsia sobreimpuesta (PESI). También se recabaron los antecedentes de hipertensión crónica, diabetes gestacional, DHE y desenlaces adversos perinatales en embarazos previos. Se registraron comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes obstétricos y medicación antihipertensiva empleada. Las variables continuas se expresaron en media ± DS y se compararon con la prueba de t y las variables categóricas se expresaron en % y se compararon con prueba de chi cuadrado, se consideró significativa una p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 5661 consultas, correspondientes a 4549 gestas. La media de edad materna fue $28 \pm 6,5$ años (rango 12-48), eran diabéticas pregestacionales el 1,3%, obesas el 10,8% y tabaquistas el 7,2%. La prevalencia de DHE fue del 16,2% (732p): 446p con HG (9.8%), 243p con PE (5.8%), 3p eclampsia (0,1%) y 18p síndrome HELLP (0,4%); 83p eran hipertensas crónicas 1.8% y 25 de ellas desarrollaron PESI (30.1%). Presentaron diabetes gestacional en el embarazo índice el 5%. Las pacientes hipertensas crónicas eran significativamente mayores (edad media $34,3 \pm 5,4$ años) y las que se complicaron con eclampsia eran menores (edad media $18 \pm 3,4$ años) que la media poblacional, ambas p<0,001. Las que desarrollaron DHE eran significativamente más obesas (17,8 vs 9,4 %, p<0,0001), nulíparas (37,6 vs 26,5%,

$p < 0,0001$), tenían antecedente de DHE en embarazo previo (15,2 vs 6,4%, $p < 0,0001$) y eran mayores de 34 años (24,9 vs 19,6%, $p < 0,0001$). Sólo el 21,6 % de las pacientes que presentaron HG precoz llegó al término del embarazo vs el 66,7% de las que la presentaron luego de la semana 34, $p < 0,0001$. Éstas también tuvieron mayor porcentaje de PE (50,7 vs 47%, $p < 0,0001$). Las drogas empleadas fueron labetalol (38.3%), metildopa (8.1%), nifedipina (4.9%), hidralazina (4.6%) en gestantes y puérperas, y enalapril (22.9%) en puérperas. Recibieron sulfato de magnesio el 6,2% de las pacientes, todas las PE y PESI.

Conclusiones: La casuística corresponde a una población joven y sana con una prevalencia de DHE superior a la de otras poblaciones publicadas, probablemente porque se trata de un Hospital materno infantil de alta complejidad perinatólogica que es centro de derivación. Las variables de riesgo de evolución adversa analizadas coinciden con los factores de riesgo previamente descriptos. Para el tratamiento de los DHE se indicaron los fármacos con amplio consenso en embarazo al igual que el uso de sulfato de magnesio.

0327 - ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES INTERNADOS CON COVID-19. REGISTRO RACCOVID-19

Unidad Temática: Covid-19

KAZELIAN, Lucía Raquel(1) | ZAPATA, Gerardo(2) | PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris(1) | MAYDANA, Mariano(2) | TOLUSSO, Mariela Eugenia(1) | ROSSI, Emiliano(3) | VILLARREAL, Ricardo Alfredo(4) | GAGLIARDI, Juan(5)

Área SAC (Sociedad Argentina de Cardiología) (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2); Hospital Italiano de Buenos Aires (3); Sanatorio Güemes (4); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (5)

Introducción: En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia a la infección por SARS-CoV-2 que produce la enfermedad coronavírica 2019 (COVID-19). Al comienzo se asumió que los pacientes infectados sufrían enfermedad pulmonar con diferentes grados de afección, pero también se observaron

Complicaciones CV	n 420	Porcentaje	Mortalidad n 201	Porcentaje
Insuficiencia cradiaca	183	43.5%	109	59.56%
Complicaciones arrítmicas	141	33.5%	77	55.32%
Injuria Miocárdica	132	31.1%	47	35.88%
Embolias	47	11.1%	26	55.32%
Miocarditis	8	1.9%	1	12.5%

complicaciones a nivel cardiovascular y estas se asociaron a mayor mortalidad. RACCOVID-19 es un registro colaborativo entre la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de Cardiología.

Objetivos: analizar las complicaciones cardiovasculares en pacientes infectados con COVID-19, internados en los diferentes establecimientos sanitarios de nuestro país. Evaluar las características de estos pacientes y su relación con la mortalidad

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional y analítico. Entre el 18 de mayo y el 31 de octubre de 2020 se llevó a cabo la recolección de datos de pacientes mayores de 18 años, internados por COVID-19. Se recabaron las siguientes variables: datos demográficos, antecedentes patológicos, factores de riesgo cardiovasculares (FRC), CCV, mortalidad intrahospitalaria. Se excluyeron pacientes con patología cardiovascular descompensada iniciada hasta 15 días antes del diagnóstico de confirmado de COVID-19. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa STATA. Las variables cuantitativas se informaron en media \pm desvío estándar o mediana y rango intercuartilo según su distribución. Para el análisis la relación con la mortalidad se utilizó el test de chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, el test de T. Se realizó un análisis multivariado por regresión logística múltiple. Significación estadística $p < 0.05$.

Resultados: De los 2750 pacientes incluidos en el registro se observaron CCV en 420 p (15,3%). Las características de estos fueron: edad 67 ± 14 años, el 68.5% eran de sexo masculino. Tenían FRC (88.3%): hipertensión arterial 71.3%, diabetes 30%, tabaquismo 27.6%, dislipidemia 28.4%, y obesidad 28.8%. Presentaron otros antecedentes patológicos el 26.4% (EPOC/asma 13.8%, oncohematológicos 7.1%, insuficiencia renal 14.7%, tratamiento inmunosupresor 6.1%, colagenopatías 1.9%). El 80.4% tuvo antecedente de enfermedad cardiovascular. La mediana de internación total y de unidad crítica fue de 13 y 8 días con rango intercuartilo 25-75 de 8-22 y de 3-17 respectivamente. El 81.2% tenían estado moderado/severo/crítico. La distribución de las CCV y su relación con la mortalidad se observan en la tabla. La mortalidad intrahospitalaria fue de 201p (47.86%). La presencia de CCV mostró una p significativa tanto el análisis univariado ($p < 0,0001$) como en el multivariado $p < 0.005$ OR 1.55 (IC 95% 1.08-2.22)

Conclusiones: Este es el único registro argentino de CCV de pacientes internados por COVID-19 durante el año 2020. Las CCV se observaron en el 15,2% de los pacientes. Hubo predominio de sexo masculino y edad avanzada. La mayoría tenía FRC, antecedentes CV y evolucionó con gravedad del estado clínico. La presencia de CCV se asoció con una mortalidad intrahospitalaria elevada.

0328 - DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES INTERNADOS CON COVID-19. REGISTRO RACCOVID-19

Unidad Temática: Covid-19

KAZELIAN, Lucía Raquel(1) | PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris(1) | SECCO, Lucrecia(1) | TEPPER, Rita Beatriz(2) | GALDEANO, Ricardo Sebastián(1) | GARAY, Alejandra(1) | SALOMONE, Oscar Alejandro(3) | ZAPATA, Gerardo(4)

Área SAC (Sociedad Argentina de Cardiología) (1); Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía (2); Hospital Privado Universitario de Córdoba (3); FAC - Federación Argentina de Cardiología (4)

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 que produce la enfermedad coronavírica 2019 (COVID-19), fue declarada pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud. Hasta el momento se sabe por los reportes internacionales el COVID-19 muestra mayor porcentaje de internación, morbilidad y mortalidad en hombres comparado con mujeres. Los pacientes infectados sufren enfermedad pulmonar con diferentes grados de afección, como también complicaciones a nivel cardiovascular y estas se asociaron a mayor mortalidad. RACCOVID-19 es un registro colaborativo entre la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de Cardiología.

Objetivos: Comparar las características clínicas y pronóstico intrahospitalario entre ambos sexos de los pacientes internados por COVID-19 en nuestro país.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional y analítico. Entre el 18 de mayo y el 31 de octubre de 2020 se llevó a cabo la recolección de datos de pacientes mayores de 18 años, internados por COVID-19 confirmado. Se agruparon a los pacientes en grupo I: sexo masculino y grupo II: sexo femenino. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa EpiInfo versión 7. Para el análisis de las variables y su relación con la mortalidad se utilizó el test de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher el test de t. Significación estadística $p < 0.05$.

Resultados: De los 2750 pacientes (p) incluidos en el registro se recabaron datos de sexo en 2559p. El grupo I fueron 1541p (60.2%) con una edad promedio de 57 ± 16 años y el grupo II de sexo femenino 1018p (39.8%) con una edad promedio de 57 ± 20 . Los factores de riesgo coronarios (FRC) fueron similares en ambos grupos (65.41% vs 62%) sin diferencias en hipertensión arterial (41.9 vs 41%,) diabetes (18.1% vs 17%), ni obesidad (29.1% vs 30.2%). El tabaquismo fue más frecuente en hombres (18.7% vs 8.7% $p < 0.001$). Las mujeres presentaron más antecedentes patológicos (35.3% vs 45.9% $p < 0.001$) debido al mayor porcentaje de antecedente de tratamiento inmunosupresor (3.8% vs 5.0% $p < 0.001$) y colagenopatías (0.6% vs 2% $p < 0.002$); sin diferencias en EPOC/asma (8.9% vs 9.4%), insuficiencia renal (5.4% vs. 4.4%) ni antecedentes oncohematológicos (3.7 vs 5.3%). El antecedente de enfermedad cardiovascular fue mayor en el grupo I (45.7 vs 43.1% $p < 0.0001$) y la presencia de complicaciones cardiovasculares (CCV) también (17.7% vs 12.3% $p < 0.0001$).

Conclusiones: Los pacientes de sexo masculino incluidos en el registro argentino de CCV internados por COVID-19 durante el año 2020 eran más tabaquistas y tenían más antecedentes cardiovasculares. Presentaron estado clínico de mayor gravedad y más CCV que se evidenció en una mayor mortalidad intrahospitalaria. El sexo masculino fue predictor independiente de mortalidad hospitalaria.

0334 - REPORTE DEL REGISTRO CONTINUO DE INFARTO ARGEN IAM-ST EN EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

D' IMPERIO, Heraldó | CHARASK, Adrian | GAGLIARDI, Juan | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MACIN, Stella Maris | RODRIGO, Zoni | LOMBARDO, Roberto | TAJER, Carlos D.

Área de Investigación SAC

Introducción: El infarto (IAM) es una patología de alta prevalencia y elevada morbimortalidad en Argentina. En el año 2020 se declaró la pandemia COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 lo cual llevó al sistema de salud a una saturación en la ocupación de camas y redujo el margen para la atención de otras patologías prevalentes. Carecemos de cifras de mortalidad en nuestra población pero esta desatención puede haber tenido un impacto relevante.

Objetivos: Comparar los principales indicadores del IAM en el primer año de pandemia (desde abril 2020 a marzo 2021) con el registro histórico de casos ingresados por IAM en el Registro continuo de infarto.

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos del registro continuo de infarto ARGEN IAM-ST que incluye pacientes (Pts.) en forma prospectiva con IAM con elevación del segmento ST desde el año 2016. Se realizó una comparación entre el período de abril del año 2020 a marzo del 2021 que fue el primer año de pandemia con los años anteriores como control histórico.

Resultados: Se analizaron 3815 casos de los cuales 627 corresponden al período de pandemia y 3188 Pts. fueron el control histórico. En el período de pandemia los Pts. fueron más añosos ($62,4 \pm 11,7$ vs $60,6 \pm 11,8$ años, $p < 0,001$) y con una menor incidencia de tabaquistas (37% vs 45%, $p = < 0,001$). No se registraron diferencias en cuanto a los demás factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares. En el período de pandemia hubieron menos Pts. derivados de un centro a otro para el tratamiento, 44% en pandemia y 50% en el control ($p = 0,008$) y se registró mayor tasa de reperfusión con 88% en pandemia y 84% en el control ($p = 0,034$) a expensas de angioplastia. Los tiempos extrahospitalarios se vieron impactados con demoras: dolor-consulta (120 min. RIC 60-312 vs 105 min. RIC 45-240 min, $p < 0,001$) y dolor-ingreso institucional (180 min. RIC 80-442 vs 130 min. RIC 60-310, $p < 0,001$). El tiempo de reperfusión: puerta-aguja no difirió entre los dos períodos (75 min. RIC 36-123 vs 60 min. 30-120, $p = 0,1$), pero se observó un incremento en el tiempo total de isquemia (232 min. RIC 120-394 vs 180 min. RIC 110-300, $p = 0,015$ respectivamente).

	Período pandemia n= 627	Control histórico N= 3188	p
Consulta por medios propios a la institución, %	43	47	0,11
Pts. Derivados a otra institución para el tratamiento, %	44	50	0,008
Dolor-consulta en min, mediana (RIC)	120 (60-312)	105 (45-240)	<0,001
Dolor ingreso institucional en min, mediana (RIC)	180 (80-442)	130 (60-310)	<0,001
Dolor-primer ECG en min, mediana (RIC)	15 (7-35)	15 (5-35)	0,5
Puerta-aguja en min, mediana (RIC)	75 (36-123)	60 (30-120)	0,11
Ventana FB en min, mediana (RIC)	232 (120-394)	180 (110-300)	0,015
Puerta-balón en min, mediana (RIC)	95 (42-195)	118 (60-232)	<0,001
Ventana ATC en min, mediana (RIC)	335 (190-675)	300 (185-585)	0,16

El tiempo puerta-balón fue menor en el período pandemia (95 min. RIC 42-195 vs 118min. RIC 60-232, $p < 0,001$), pero sin incremento del tiempo total de isquemia para la angioplastia primaria (335 min. RIC 190-675 vs 300 min. RIC 185-585 $p = 0,16$). En cuanto a la presentación clínica y complicaciones en el período de pandemia se observó una mayor proporción de infartos de cara anterior, sin diferencias significativas en otras variables de presentación clínica ni complicaciones. La mortalidad en pandemia fue de 9,2% vs 8,6% en el grupo control histórico.

Conclusiones: En el primer año de pandemia se observó internación por infarto en pacientes de mayor edad, dificultades para la derivación, demoras reflejadas en los tiempos de consulta e ingreso a las instituciones, pero con una mayor eficiencia en la angioplastia, reflejada en un menor tiempo puerta balón y que finalmente se traduce en un tiempo total de isquemia similar en los dos periodos y que podría explicar porque la mortalidad no se modificó.

0347 - IMPACTO DE UNA CUARENTENA PRECOZ Y EXTENSA POR COVID 19 EN INGRESOS, PATRONES DE ADMISIÓN, MORTALIDAD E INDICADORES DE DESEMPEÑO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES NO COVID-19 DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN UNA CIUDAD DE ALTA DENSIDAD DEMOGRÁFICA

Unidad Temática: Covid-19

SZARFER, Jorge | BONO, Leandro | PUENTE, Luciana Jimena | ZAMBUDIO, Bárbara | MORALES PIERUZZINI, Agustín | VINUESA, Ana Inés María | SAINT ANDRÉ, Gastón | TRESENZA, Giuliana Ayelén

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: No existe información adecuada del impacto de la cuarentena, estricta y prolongada en las Unidades de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCIC).

Objetivos: Evaluar el impacto de una cuarentena estricta, temprana y prolongada (150 días) en ingresos, patrones de admisión, indicadores de desempeño y mortalidad hospitalaria en una UCIC no COVID-19 de un centro de referencia en una ciudad de alta densidad demográfica.

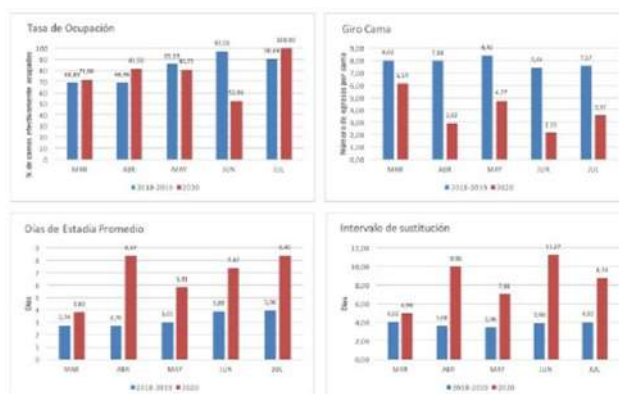
Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico de cohorte, retrospectivo y observacional de todos los pacientes (p.) > de 18

años ingresados consecutivamente a una UCIC no COVID-19 entre el 5 de Marzo y el 31 de Julio 2020, comparando: ingresos totales, diagnóstico de admisión, indicadores de desempeño: Tasa de ocupación, giro cama, promedio de días de estadía e intervalo de sustitución, gasto de farmacia por egreso evaluado en moneda constante, tipo y cantidad de drogas utilizadas y mortalidad hospitalaria con 2 períodos correspondientes de control (Marzo-Julio 2018 y 2019). Para la comparación de los datos del 2020 se utilizó: media e intervalo de confianza 95% (IC95%) de los obtenidos en los períodos 2018 y 2019. Tamaño de la muestra: Basados en una reducción del 25 al 60% observada en estudios previos calculamos un tamaño de 124 p. por grupo para alcanzar un poder del 80% con una reducción de riesgo relativo del 25,2% en la tasa de admisiones cardiovasculares (CV) con un alfa (2 colas) de 0,05 en una prueba de Chi cuadrado. Las variaciones se expresan como reducción o aumento porcentual y del IC95%.

Períodos-Reducción	Arritmias	SCACEST	SCASEST	Insuficiencia Cardíaca	Post Proc. Endovasc.	Post Cirugía Cardíaca Post	Post Proc. Electrofisiol.
2018 y 2019	26 y 31 p.	37 y 40 p.	35 y 39 p.	46 y 60 p.	61 y 65 p.	25 y 42 p.	14 y 8 p.
Media 2018/2019	28,5	38,5	37	53	63	33,5	11
Periodo 2020	13 p.	13 p.	15 p.	30 p.	22 p.	8 p.	5 p.
% (IC 95%)	54,4 (29,6-79,1)	66,2 (47,9-84,6)	59,5 (38,9-80)	43,4 (23,1-63,6)	65,1 (50,5-79,7)	76,1 (59,6-92,7)	54,5 (14,7-94,4)

Resultados: Se incluyeron 722 pacientes (p.), edad: 61.6±15.5 años, 237 mujeres (32.8%). El total de ingresos cayó un 53.2% (IC95%:45.3-61.0) de 585 p. en los períodos 2018/2019 (media de 292,5 p./período) a 137 en 2020. Los ingresos de causas CV cayeron un 59.9% (Tabla 1: Reducción de admisiones CV según diagnóstico), mientras que los de origen no CV duplicaron su prevalencia del 9.6 al 22.6% (P<0.001), la tasa de ocupación cayó discretamente del 82.2 al 77.4%, el giro cama disminuyó un 50% de 7.88 a 3.91 egresos/cama, el promedio de días de estadía se duplicó de 3.26 a 6.75 días y el intervalo de sustitución subió de 3.8 a 8.39 días. Figura 1: Variación mensual de los indicadores. El gasto de farmacia/egreso aumentó un 134% con mayor consumo de antibióticos, 6.5 vs. 11.4 ampollas/egreso (P<0.02). La mortalidad hospitalaria aumentó del 7% (41/585) al 13.9% (19/137) (P=0.008), a expensas de > mortalidad no CV, 3.6% (2/56) vs. 19.4% (6/31) (P=0.01).

Conclusiones: Se observó: caída de ingresos totales y de causa cardiovascular, deterioro de indicadores de desempeño con pérdida de eficiencia operativa y aumento de la mortalidad hospitalaria durante los primeros 5 meses de la cuarentena precoz, estricta y prolongada instaurada en Argentina por la pandemia COVID-19. Estos resultados destacan la necesidad de sensibilizar a la población sobre los riesgos de evitar la asistencia hospitalaria. Además, los sistemas de salud deben seguir protocolos de detección para evitar sesgos en la admisión de pacientes con afecciones críticas no relacionadas con la pandemia de COVID-19.



0354 - IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA A CORTO Y MEDIANO PLAZO EN LA CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

ESPINOZA, Juan Carlos | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Juan Mariano | BRISCO, Isaac | VERNA HERLEIN, Guillermo | NAVIA, Daniel Oscar

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La estenosis aórtica severa se asocia a peor pronóstico y mayor riesgo quirúrgico cuando se asocia con disfunción ventricular izquierda. A pesar de ello, la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para el tratamiento especialmente en pacientes jóvenes. Sin embargo, poco se conoce sobre la sobrevida a largo plazo luego del reemplazo valvular aórtico en estos pacientes. El objetivo fue evaluar el impacto en morbi-mortalidad a 30 días y 5 años de la disfunción ventricular izquierda en paciente sometidos al reemplazo valvular aórtico.

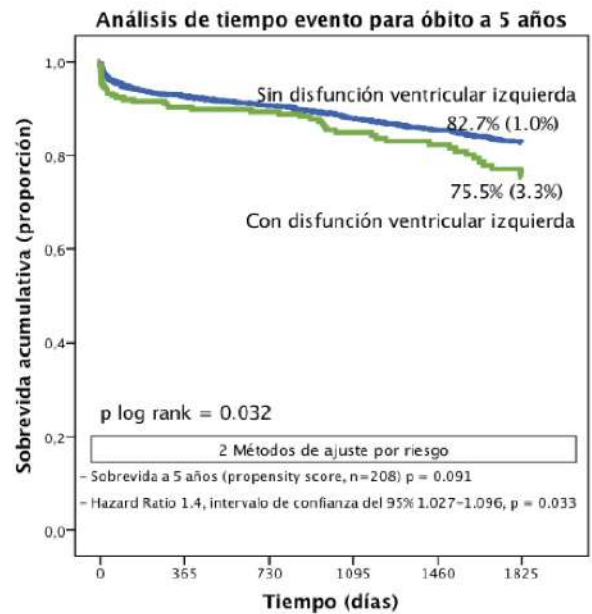
Objetivos: Evaluar el impacto en morbi-mortalidad a 30 días y 5 años de la disfunción ventricular izquierda.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo comparativo tipo casos y controles sobre una base de datos cuya información es ingresada en forma prospectiva y que se utiliza diariamente para el cuidado de los pacientes en nuestra institución.

Entre 2003 y 2017, se realizaron 1275 reemplazos valvulares aórticos aislados electivos en forma consecutiva en un único centro. De ellas, el 8.4% (Grupo Casos, n=108) tenían disfunción ventricular izquierda (Fey <40%). Se excluyeron pacientes con enfermedad coronaria asociada y/u otras valvulopatías. El Grupo Control fueron reemplazos valvulares aórticos sin disfunción ventricular (n=1167). El Grupo Casos presentaron mayor prevalencia de hombre (p<0.001), de infarto previo (p<0.001), de insuficiencia renal crónica (p=0.006), y de síntomas (p=0.012). Por este motivo, se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score matching) para ajustar por confundidores logrando una población comparable (n=208). Se analizó la morbi-mortalidad a 30 días, y la sobrevida a 5 años mediante análisis de tiempo-evento según Kaplan Meier y regresión proporcional de Cox. Se estableció un nivel de significancia estadística como p < 0.05.

Resultados: La mortalidad (<30 días) fue 2.9% no diferente entre ambos grupos (p=0.936) y 2.9% en la muestra ajustada por riesgo también sin diferencia entre ambos (p=1.0). La sobrevida a 5 años de seguimiento fue significativamente mayor para el Grupo Control (Casos vs Controles, 75.5% ± 3.3% vs 82.7% ± 1.0%, p log rank = 0.032), pero luego de ajustar por importantes confundidores no hubo diferencia significativa aunque se evidencia una tendencia en detrimento del Grupo Casos (74.0% ± 5.6% vs 86.9 ± 4.0, p log rank = 0.091). Más aún el análisis de regresión proporcional de Cox, sugiere que la disfunción ventricular izquierda es un predictor independiente de óbito a 5 años aunque con una significancia marginal (Hazard Ratio 1.4, intervalo de confianza del 95% 1.027-1.096, p = 0.033)

Conclusiones: El reemplazo valvular aórtico en pacientes con disfunción ventricular izquierda no se asoció a mayor morbimortalidad a 30 días. Sin embargo el impacto a 5 años luego de ajustar por confundidores mediante 2 métodos estadísticos distintos evidencia una tendencia de peor sobrevida en aquellos con que tuvieron disfunción ventricular izquierda al momento de la cirugía, aunque claramente comparable con aquellos sin disfunción ventricular izquierda.



0383 - MANIFESTACIONES Y COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DE LAS FORMAS MODERADAS Y SEVERAS DE COVID-19

Unidad Temática: Covid-19

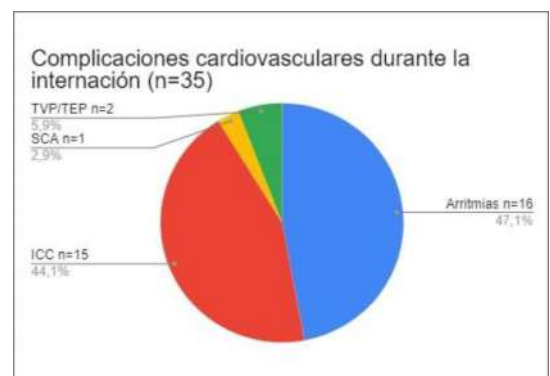
ALTIMARE, Julieta Micaela | DECOTTO, Santiago | CORNA, Giuliana | HERZKOVICH, Nicole | OESTEREICHER, Candela | LEE, Martin Gustavo | STUPENENGO, Guido | ROSSI, Emiliano

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El COVID-19 afecta a millones de personas alrededor del mundo con una velocidad de crecimiento exponencial en cuanto al número de infectados y mortalidad asociada. Las complicaciones cardiovasculares empeoran el pronóstico en los pacientes afectados, en especial los de edad avanzada o con factores de riesgo cardiovascular. Se desconoce el impacto cardiovascular y pronóstico de la enfermedad en nuestra población local.

Objetivos: Describir la incidencia de las manifestaciones y complicaciones cardiovasculares de los pacientes hospitalizados por formas moderadas y severas de COVID-19 y compararla de acuerdo a si hubo mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años hospitalizados con formas moderadas y severas de COVID-19 (desaturación arterial < 94%, requerimientos de inotrópicos, requerimiento de O2, de asistencia respiratoria mecánica o de internación en área crítica) durante el periodo marzo a agosto del 2020. La comparación entre grupos se realizó mediante el test de Chi cuadrado en caso de variables categóricas y mediante t test o test de Mann-Whitney en caso de variables continuas.



Resultados: Se incluyeron 193 pacientes, la mediana de edad fue de 84,5 años [RIC 71-92] y el 49,7% era de sexo femenino. La hipertensión arterial (76.7%), dislipemia (44%) y diabetes mellitus (20.2%) fueron las comorbilidades asociadas más frecuentes. El 18,7 % (n=36) presentó algún tipo de manifestación cardiovascular durante las primeras 24 horas de internación, de ellas la más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (72%). Durante la evolución hospitalaria el 18,1% (n=35) presentó complicaciones cardiovasculares. Las más frecuentes fueron arritmias supraventriculares (46 %) e insuficiencia cardiaca congestiva (43 %). Otras fueron trombosis venosa profunda/tromboembolismo pulmonar, síndrome coronario agudo y accidente cerebrovascular (Gráfico 1). La presencia de valvulopatías al menos moderadas,

fibrilación auricular e insuficiencia renal crónica preexistente se asociaron de forma independiente con mayor mortalidad intrahospitalaria (Tabla 1). No se observó asociación estadísticamente significativa entre la ocurrencia de eventos cardiovasculares y mortalidad durante la internación (p=0,37).

Conclusiones: En una población anciana que requirió internación por formas moderadas y severas de COVID-19, las manifestaciones y complicaciones cardiovasculares se presentaron en aproximadamente uno de cada cinco pacientes, aunque no se asociaron con la mortalidad observada.

	Sobrevivientes (n=100)	Fallecidos (n=93)	Valor de p
Edad	76.2 [65.8- 91]	89 [84 - 92.7]	<0.001
Sexo masculino	55 (55,00%)	44 (47,31%)	0.29
Hipertensión arterial	73 (73,00%)	75 (80,65%)	0.21
Dislipemia	39 (39,00%)	46 (49,46%)	0.14
Diabetes	20 (20,00%)	19 (20,43%)	0.94
Tabaquistas	3 (3,00%)	3 (3,23%)	0.93
Ex tabaquistas	27 (27,00%)	28 (30,11%)	0.63
Enf. coronaria previa	26 (26,00%)	22 (23,65%)	0.70
ACV	14 (14%,00)	11 (11,83%)	0.65
ICC previa	12 (12,00%)	20 (21,51%)	0.076
Valvulopatía signif previa	12 (12,00%)	32 (34,41%)	<0.001
FA previa	11 (11,00%)	29 (31,18%)	<0.001
IRC crónica	11 (11,00%)	20 (21,51%)	0.047
EPOC	10 (10,00%)	9 (9,68%)	0.94
Asma	3 (3,00%)	3 (3,23%)	0.93

0389 - REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. EVALUACION DE LA FASE VULNERABLE A 12 MESES.

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

SORICETTI, Julieta | DR. LESCANO, Adrián | DR. FERNANDEZ, Alberto | PEREZ TERNS, Paula | ARAKAKI, Diego | BENAİM, Leonel | DR. CARUSO, Nicolas | DRA. SORASIO, Guillermina

Área de Investigación SAC

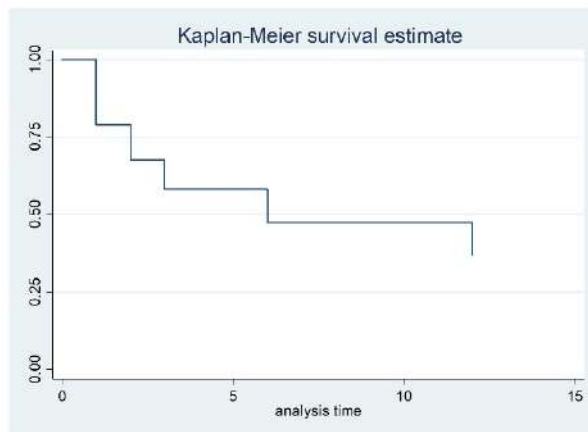
Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una problemática de alta incidencia y prevalencia. La extensa disponibilidad de herramientas diagnósticas, así como el empleo de diferentes esquemas farmacológicos, han generado un avance significativo en el conocimiento de este síndrome. Sin embargo, la persistente alta tasa de reinternaciones y la escasa modificación de la mortalidad, constituyen permanentes desafíos.

Objetivos: Evaluar el perfil clínico, las estrategias diagnósticas y terapéuticas utilizadas y las complicaciones durante la internación y en el seguimiento a 12 meses de los pacientes internados con ICA en el registro ARGEN-IC.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional, que incluyó a pacientes internados con diagnóstico de ICA y un seguimiento de 12 meses post-alta, evaluándose los aspectos clínicos, bioquímicos, diagnósticos, terapéuticos y complicaciones evolutivas. Las variables cualitativas se describen en porcentajes y la razón de riesgo como odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC 95). Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, según la distribución fuera normal o anormal. Los test de hipótesis utilizadas fueron T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. Los análisis multivariados se realizaron con regresión lineal o logística en relación a las características de las variables dependientes (cuantitativa o cualitativa) y cumpliendo los supuestos de los test. La selección de las variables del análisis univariado se basó en un valor de $p < 0.2$ o las implicancias biológicas. La significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$, y se utilizó el programa STATA 14.

Variable	Media o porcentaje
Edad (años)	72,2
Sexo Masculino	60,5
HTA	74
Diabetes Mellitus	33
Tabaquismo	30
Dislipemia	49
IAM previo	17,3
IC previa	37
Fibrilación Auricular	31
Enf Chagas	1,6
Obesidad	14,6
IRC	18,8
EPOC	14,6

Resultados: Se incluyeron 909 pacientes, con una edad media de 72,2 (+14) años y 60,5% de sexo masculino. Entre las características basales se destacaron la prevalencia de diabetes (33%); Infarto agudo de miocardio (IAM) previo (17%) y fibrilación auricular (31%). Entre los factores desencadenantes se observó un predominio de las causas desconocidas (28.5%), infecciosas (15,7%) y la transgresión alimentaria (13,5%). Se destaca la etiología isquémico-necrótica (26%), la presentación clínica de congestión mixta (48%) y el grupo con fracción de eyección (Fey) deteriorada. La tasas de utilización de péptidos natriuréticos fue del 54% y 25 % (ingreso y egreso respectivamente), y el ecocardiograma 90% y el uso de ecografía pulmonar en un 8,9%. El 77,6% ingresó a unidad de cuidados críticos y la mediana de estadía hospitalaria fue de 7 días, con una mortalidad global del 7,3 %. El 53% no accedió dentro de los 30 días a la consulta médica post alta. A 30 días y 12 meses se observó una tasa de reinternaciones del 17% y 62%; con una mortalidad global del 5.5% y 30% respectivamente (eventos combinados: 64%). El análisis multivariado demostró que el sexo femenino, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el valor de creatinina, la presencia de anemia al alta y la Fey > 40% se asocian en forma significativa con los eventos a 12 meses.



Conclusiones: El registro ARGEN-IC presentó una población heterogénea, con elevada edad media y tasa de comorbilidades. Las estrategias diagnósticas y terapéuticas se encuentran sub-utilizadas en la hospitalización y el seguimiento, con limitado acceso al sistema de salud. La tasa global de eventos combinados intrahospitalarios y a 12 meses continúa siendo muy elevada, lo cual indica entre múltiples factores, un déficit de implementación de las medidas adecuadas

0395 - ¿EMPLEAMOS EL USO DE ANTAGONISTAS NEUROHORMONALES ACORDE A LO INDICADO POR LAS GUIAS EN NUESTROS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCION DE EYECCION REDUCIDA? ANALISIS DEL REGISTRO OFFICE IC-AR

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

PEREZ TERNS, Paula(1) | SORICETTI, Julieta(1) | LEMA, Luis(2) | DR MUSANTE, Christian(1) | DRA. RITONDALE, Noelia(2) | DRA. MEZZADRA, María(1) | DR. FERNANDEZ, Adrián(1) | CORONEL, María Lorena(2)

Área de Investigación SAC (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: En el contexto de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ventricular izquierda reducida, $\leq 40\%$, (ICFER), más allá de cumplir con la indicación de antagonistas neurohormonales (ANH), es esencial que las dosis de cada uno sean las recomendadas por las guías de práctica clínica para asegurar mejor evolución, pero ello no ocurre frecuentemente

Objetivos: Valorar en el Registro OFFICE IC AR de pacientes ambulatorios con IC, llevado a cabo por SAC y FAC entre 2017 y 2019, el cumplimiento de la implementación de ANH en los pacientes con ICFER, dosis alcanzadas y sus determinantes.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Se define en cada paciente utilización de ANH, y si la dosis empleada es $< 50\%$, de al menos el 50% o la recomendada por las guías. Regresión logística múltiple para definir predictores independientes de las dosis empleadas de cada ANH. Significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados: De 1004 pacientes (p) incluidos, se conoció la FE en 942, de los cuales 644 tenían ICFER y constituyen la base de este reporte. Los betabloqueantes se emplearon en el 93,5% de los casos; con una dosis $\geq 50\%$ de la recomendada en el 64,3% y su predictor independiente fue la tensión arterial sistólica (TAS), con OR 1,02, IC95% 1,01-1,03, $p < 0.001$; la dosis objetivo se alcanzó en el 24,9%, siendo predictores independientes la edad (OR 0,98, IC 95% 0,96-0,99, $p = 0.01$) y la TAS (OR 1,02, IC95% 1,01-1,03, $p < 0.001$). Recibían inhibidores del sistema renina angiotensina el 52,9% de los p. y sacubitril valsartán el 37,9%, para una indicación global del 90,8%; alcanzando una dosis \geq al 50% de la recomendada el 57,7% de los tratados, los predictores independientes fueron la TAS (OR 1,02, IC95% 1,01-1,03, $p < 0.001$) y la FE (OR 1,02 IC95% 1-1,05, $p = 0.02$); la dosis objetivo se logró en el 22,7%, con un único predictor independiente, la TAS (OR 1,03, IC95% 1,02-1,04, $p < 0.001$). Con respecto a los antialdosterónicos el 88,8% de la población los recibía; dosis $\geq 50\%$ de la recomendada en el 98,4%, como predictores independientes para alcanzarla, la creatinina (OR 0,51, IC95% 0,33-0,81,

p=0.004) y la kalemia (OR 0,40, IC95% 0,21-0,73, p=0.003); la dosis objetivo se alcanzó en el 65,2%, los predictores independientes fueron la creatinina (OR 0,62, IC95% 0,43-0,91, p=0.01) y el bloqueo de rama izquierda (OR 1,56, IC95% 1,05-2,32, p=0.03). El empleo conjunto de las 3 líneas de ANH se dio en el 79,7%. Recibían \geq 50% de la dosis recomendada de cada uno de los componentes el 32,6%. Estuvieron independientemente asociados a esta condición la TAS (OR 1,02, IC95% 1,01-1,03, p<0.001) y la edad (OR 0,97, IC 95% 0,96-0,99, p=0.006). Solo un 4,5% recibía la dosis objetivo según guías de cada uno de los 3 componentes de la triple terapia, siendo predictores independientes la TAS (OR 1,07, IC95% 1,04-1,10, p<0.001), la edad (OR 0,95, IC 95% 0,91-0,98, p=0.007) y la internación previa por IC (OR 6,67, IC 95% 1,79-24,90, p=0.005).

Conclusiones: Se verifica alta utilización de ANH en los pacientes con ICFER, con elevada proporción con al menos un 50% de las dosis recomendadas al considerar cada ANH por separado, y una tercera parte de los casos al considerar el uso conjunto de las tres líneas de tratamiento. Los determinantes del empleo de dosis adecuadas son los habituales, destacando el papel de la TAS. Solo uno de cada 25 pacientes está tratado con la triple terapia de ANH en las dosis objetivo, dejando por lo tanto espacio para la mejora.

0398 - INCIDENCIA ALEJADA DE HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA Y MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. REGISTRO OFFICE IC AR.

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

LINIADO, Guillermo(1) | CORONEL, María Lorena(2) | RATTO, Roxana(1) | CIMBARO CANELLA, Juan Pablo(2) | CHRISTEN, Alejandra Inés(1) | GARCIA BRASCA, Daniela(2) | PERNA, Eduardo Roque(2) | THIERER, Jorge(1)

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: El pronóstico de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es malo, con alta incidencia de hospitalización por insuficiencia cardíaca (HIC) y mortalidad (M). De acuerdo a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) \leq 40%, 41-49% o \geq 50%, la IC se clasifica en IC con FE reducida (ICFER), IC en el rango medio (ICFerm) e IC con FE preservada (ICFEP). El Registro OFFICE IC AR, desarrollado conjuntamente por la SAC y la FAC, incluyó entre 2017 y 2019, 1004 pacientes ambulatorios con ICC.

Objetivos: definir en el Registro OFFICE IC AR predictores independientes de HIC y M en cada categoría de FEVI, para alertar sobre mala evolución y adopción de tratamiento adecuado.

Materiales y Métodos: estudio prospectivo de cohorte. Variables categóricas expresadas como porcentaje, cuantitativas como media y desvío estándar. Análisis multivariado de sobrevida para definir predictores independientes de resultado. Significación estadística: p < 0,05.

Resultados: Datos de seguimiento (mediana 21 meses) en el 97% de los pacientes (n=974). Se conocía la FEVI en 912: 68,2% con ICFED, 16,1% con ICFerm y 15,7% con ICFEP. Con el aumento de la FEVI aumentaron la edad y las comorbilidades; disminuyó la etiología coronaria y aumentó la hipertensiva y la valvular; y fue menor el uso de antagonistas neurohormonales. No hubo en el seguimiento diferencias en la incidencia anual de HIC entre las tres categorías de FEVI: 11 % en ICFED, 8,2% en ICFerm y 6,3 % en ICFEP (log rank test, p = 0,14). Fueron predictores independientes de HIC en ICFED la clase funcional (CF) III-IV (HR 1,85; IC 95% 1,22-2,80, p = 0,004), la internación previa por IC (HR 2,04, IC 95% 1,22-2,43, p < 0,001), la diabetes (HR 1,58, IC 95% 1,06-2,36, p = 0,02), la presión arterial sistólica (HR 0,98, IC 95% 0,97-0,99, p = 0,01) y el uso de diuréticos (HR 2,17, IC 95% 1,18-3,98, p = 0,01). Por baja cantidad de eventos se consideró conjuntamente la ICFerm y la ICFEP; los predictores independientes de HIC fueron la CF III-IV (HR 2,52, IC 95% 1,05-6,03, p = 0,03), la anemia (HR 2,74, IC 95% 1,33-5,64, p = 0,006) y la fibrilación auricular (HR 2,25, IC 95% 1,06-4,77, p = 0,03). No hubo diferencias en la incidencia anual de M: 8,4 % en ICFED, 9% en ICFerm y 7,6 % en ICFEP (log rank test, p = 0,86). Los predictores independientes de M fueron en ICFED la CF III-IV (HR 2,68; IC 95% 1,74-4,13, p < 0,001), la internación previa por IC (HR 1,81, IC 95% 1,08-3,02, p = 0,02), la diabetes (HR 1,55, IC 95% 1,01-2,37, p = 0,04), la presión arterial sistólica (HR 0,98, IC 95% 0,97-0,99, p = 0,048) mientras que el tratamiento con betabloqueantes, antialdosterónicos e inhibidores o antagonistas del sistema renina angiotensina en al menos el 50% de la dosis recomendada ejerció efecto protector (HR 0,50, IC 95% 0,28-0,89, p = 0,001). Considerando conjuntamente la ICFerm y la ICFEP los predictores independientes de M fueron la CF III-IV (HR 3,72; IC 95% 1,72-8,03, p = 0,001) y la anemia (HR 2,23, IC 95% 1,11-4,47, p = 0,02).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con ICC seguida por miembros de las Sociedades Cardiológicas Líderes en Argentina la incidencia de eventos fue similar a la de otros Registros Internacionales. No hubo diferencia en la evolución de acuerdo con la categoría de FEVI. La CF avanzada, las comorbilidades y la falta de tratamiento adecuado siguen siendo los más relevantes marcadores pronósticos adversos.

0405 - RESISTENCIA A LOS DIURÉTICOS EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: ANÁLISIS DE PREDICTORES E IMPACTO PRONÓSTICO

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

MARCHESINI, Marina Belén | KLIN, Pablo Alejandro | ESPARZA IRAOLA, Rodrigo | GIORDANINO, Elian Facundo | RENEDO, María Florencia | KLEIN, Francisco | FAVALORO, Liliana

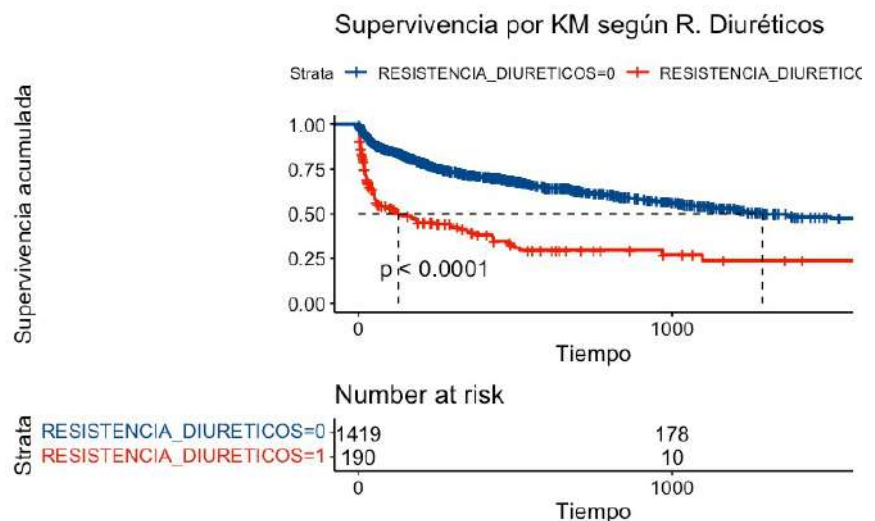
Fundación Favaloro

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) es la principal causa de internación en mayores de 65 años. Una proporción de pacientes cursa con congestión persistente a pesar de dosis habituales de diuréticos. Su desarrollo se denomina resistencia a los diuréticos (RD) y se asocia con mayor tasa de eventos y peor pronóstico comparado con quienes no la desarrollan.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar las características de los pacientes que desarrollaron RD durante la internación inicial por insuficiencia cardíaca descompensada, analizar sus predictores e impacto en el pronóstico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de 1645 pacientes consecutivos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Telemétricos del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro ingresados entre julio de 2011 y abril de 2021. Se registraron parámetros demográficos, clínicos, bioquímicos y ecocardiográficos dentro de las primeras 24 hs del ingreso y durante la internación. Se consideró resistencia a los diuréticos a una diuresis diaria < 1.5 ml/kg/h bajo un régimen de furosemida que incluía un bolo inicial y mantenimiento entre 120 y 1000 mg/d. En aquellos con RD se consideraron terapias adyuvantes con asociaciones de diuréticos, uso de solución salina hipertónica o desafío con inotrópicos según natremia y función ventricular, así como ultrafiltración de rescate ante refractariedad. Los pacientes que recibieron un trasplante cardíaco y aquellos en diálisis crónica fueron excluidos del análisis. Se realizaron análisis de regresión logística y de tiempo al evento para la evaluación de RD y eventos a 1, 6 y 12 meses. Se consideró significación estadística a un nivel del 5%. El análisis se realizó por medio del paquete estadístico R.

Resultados: Un total de 190 pacientes (11.5%) desarrollaron resistencia a los diuréticos. Éstos fueron más jóvenes (69 ± 14 vs 72 ± 14 años; $p = 0.002$), con mayor proporción de hombres (67 vs 59%; $p = 0.040$), peor función ventricular (FEVI 35 vs 40%; $p = 0.003$), natremia inferior (133 vs 136 mEq/L; $p < 0.001$) y mayor creatinina al ingreso (1.5 vs 1.1 mg/dl; $p < 0.001$). No hubo diferencias en la etiología de la cardiopatía. Los pacientes con RD presentaron empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (46 vs 9.8%; $p < 0.001$) y requirieron inotrópicos más frecuentemente (61 vs 15%; $p < 0.001$), así como internaciones más prolongadas (13 vs 6 días; $p < 0.001$).



Conclusiones: El desarrollo de resistencia a los diuréticos es un evento grave durante internaciones por ICAD, se asocia a evolución más tórpida y predice mal pronóstico, en particular a corto y mediano plazo. Una menor reserva renal en pacientes con disfunción sistólica y mayor activación neuro-endócrina al ingreso permitió explicar su desarrollo en forma certera. El reconocimiento de estos predictores debiera motivar conductas terapéuticas dirigidas a una detección precoz de población en riesgo e implementar terapias que permitan mejorar el pronóstico. Resta evaluar en forma prospectiva el beneficio selectivo de los tratamientos implementados en esta población.

0410 - REGISTRO ARGEN-IC. DIFERENCIAS EN RELACIÓN AL SEXO

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

CARUSO, Nicolas | HIRSCHSON PRADO, Alfredo | COHEN ARAZI, Hernán | ARAKAKI, Diego | CISLAGHI, Flavia | SANTANDER, Pablo Luis | CÁCERES, Leonardo Luis | LESCANO, Adrián José

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) presenta elevada prevalencia y morbimortalidad, así como un gran impacto en costos en salud. El registro Argen-IC aportó información valiosa en términos epidemiológicos para proponer soluciones en nuestro país en el manejo de la IC. Sin embargo, no se habían evaluado las diferencias entre mujeres y varones en términos de presentación clínica, tratamiento y evolución.

Objetivos: Analizar las diferencias de factores de riesgo y comorbilidades, etiología, presentación clínica, tratamiento médico y evolución, en relación al género, en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en la República Argentina.

Materiales y Métodos: Análisis del registro Argen-IC, de pacientes internados por ICA. Se valoraron la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, las comorbilidades asociadas y los eventos en relación al sexo. Para variables categóricas se utilizó chi cuadrado y correlación de Pearson. Las variables con distribución normal se expresan como media \pm desvío estándar (DS), mientras que aquellas con distribución anormal se expresan como mediana e intervalo intercuartiles (IC).

Resultados: 909 pacientes evaluados, varones 60.5%. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de fibrilación auricular (FA) e hipotiroidismo, así como mayor fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo medida el ingreso hospitalario, mientras que los hombres presentaron mayor prevalencia de enfermedad coronaria, diabetes mellitus (DM), dislipemia y obesidad. No se observaron diferencias en relación al tratamiento médico instaurado, tanto en la internación como al alta hospitalaria. Sin embargo, las mujeres presentaron una tendencia no significativa a peor evolución durante la internación, que fue significativa a partir de los 30 días y se mantuvo al año, en términos de reinternaciones y mortalidad.

Conclusiones: Observamos diferente prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de IC, entre mujeres y varones, así como mayor IC con FE preservada en mujeres. Si bien no se observaron diferencias en relación al tratamiento médico administrado, las mujeres tuvieron una tendencia a presentar peor evolución clínica que los varones, especialmente en el seguimiento. Se necesitan mayores análisis para comprender y resolver las causas de esta diferente evolución clínica.

Tabla 1. Características de la población

	Mujeres	Varones	p
Edad (años)	76.2 \pm 13.9	69.5 \pm 13.9	< 0.001
Factores de riesgo cardiovascular			
Hipertensión arterial	76.8	72.1	0.11
Tabaquismo	16.1	39.6	< 0.001
Diabetes	28.1	36.0	0.014
Dislipemia	42.1	54.2	< 0.001
Antecedentes patológicos (%)			
IAM previo	11.1	21.4	< 0.001
CRM previa	3.6	11.8	< 0.001
Angioplastia previa	10.6	16.3	0.013
Fibrilación auricular	34.8	25.5	0.04
Hipotiroidismo	21.7	8.5	< 0.001
Insuficiencia cardíaca previa	37.8	36.5	0.68
EPOC	13.6	15.2	0.49
Insuficiencia renal crónica	15.0	20.7	0.03
ACV isquémico	8.4	8.4	0.99
Obesidad	12.3	17.1	0.04
Ecocardiograma en la internación			
Fracción de eyección (%)	46.9 \pm 15.4	37.5 \pm 14.2	< 0.001
Fracción de eyección \leq 40% (%)	34.5	62.6	< 0.001
PSAP (mmHg)	48.5 \pm 13.9	45.6 \pm 13.1	0.01
Área de aurícula izquierda (cm ²)	31.1 \pm 11.2	32.8 \pm 10.1	0.06
Dilatación de aurícula izquierda (%)	81.8	88.1	0.04

IAM: infarto agudo de miocardio, CRM: cirugía de revascularización miocárdica, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ACV: accidente cerebrovascular, PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar.

Tabla 2.

	Mujeres	Varones	P
Manejo en la internación			
Furosemida en infusión (%)	16.3	20.1	0.04
Dosis máxima de furosemida (mg/día)	175.2 \pm 249.9	201.4 \pm 267.4	0.14
Requerimiento de ultrafiltración (%)	2.2	3.4	0.28
Vasodilatadores EV (%)	40.1	38.4	0.59
Inotrópicos (%)	12.5	16.2	0.13
Utilización de VNI (%)	22.5	18.3	0.12
Realización de coronariografía (%)	10	13.4	0.12
Tratamiento médico al alta			
Betabloqueantes	79.4	78.2	0.68
IECA / ARA2 / ARNI	69.7	68.4	0.70
Antialdosterónicos	41.8	44.9	0.39
Furosemida	73.6	72.4	0.72
Eventos al en la internación y en el seguimiento			
Al egreso hospitalario			
Días internación	10.1 \pm 8.6	10.8 \pm 11.0	0.51
Mortalidad global (%)	9.1	6.1	0.09
Mortalidad cardiovascular (%)	7.2	4.7	0.11
A 30 días			
Reinternaciones (%)	19.9	15.1	0.09
Mortalidad global (%)	6.9	5.1	0.29
Muerte y reinternaciones (%)	20.9	16.7	0.16
A 1 año			
Reinternaciones (%)	67.8	58.1	0.01
Mortalidad global (%)	33.1	27.2	0.13
Muerte y reinternaciones (%)	69.2	60.1	0.02

EV: endovenoso, VNI ventilación no invasiva, IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, ARA2: antagonistas del receptor tipo 2 de angiotensina, ARNI: antagonistas del receptor de la angiotensina / inhibidores de la nepriliasina.

0421 - EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST QUE RECIBIERON PRE TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

SINGH, Vanina Gabriela | RETAMOSO, Eugenia | AMARILLA, Lucas | ONOCKO, Mariela | GAY PAPP, Matias | AZULAY, Hugo Fernando Alexis | GOMEZ, Silvina Esther

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: El tratamiento antitrombótico es mandatorio en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST con y sin manejo invasivo. El término pre tratamiento generalmente se refiere a una modalidad de

variedades de administración de agentes antiplaquetarios (particularmente inhibidores de la P2Y12) antes del conocimiento de la anatomía coronaria (es decir en la ambulancia, guardia, sala de hemodinamia antes de su realización). En el estudio CURE se vio que la administración de clopidogrel antes de la realización de la cinecoronariografía reducía el riesgo de complicaciones isquémicas no fatales, incluida la disminución de la tasa de infarto de miocardio antes y después de la cinecoronariografía comparado con el placebo. Sin embargo, como bien sabemos, hasta un 5% de los pacientes que se encuentran cursando un infarto de miocardio sin elevación del segmento ST presentan anatomía quirúrgica y requerirán de tratamiento quirúrgico en el transcurso de la internación por el evento índice

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es determinar cuál fue la evolución durante la internación de los pacientes que ingresaron en el instituto de cardiología de corrientes “Juana F Cabral”, cursando síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, y que recibieron doble terapia antiplaquetaria como pretratamiento a la realización de cinecoronariografía

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años cursando síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en el periodo comprendido entre Enero de 2019 y Diciembre de 2020 en Instituto de Cardiología de Corrientes Punto Final mortalidad y desarrollo de nuevo evento isquémico (angina recurrente, re infarto, stroke)

Resultados: Se evaluaron 68 pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (73,5% Infarto agudo de miocardio), con una edad media de $63,5 \pm 10,9$ años. El 76,5% fueron de sexo masculino. El 82,4% eran hipertensos, 39,7% dislipidémicos y el 36,8% tenía antecedente de enfermedad coronaria conocida. 44 pacientes (64,7%) recibieron pretratamiento con inhibidores de P2Y12 (64,7 % Clopidogrel y 1,5% Prasugrel). La mediana de Grace score calculado al ingreso fue de 100 puntos (85,2-129,7). La mortalidad hospitalaria fue del 7,4% mientras que la tasa de reinfarto fue del 5,9% y accidente cerebro vascular del 2,9% (100% Isquémico). Al comparar los pacientes que recibieron pre-tratamiento con aquellos que no, se observó en estos últimos una mayor frecuencia de eventos isquémicos (8,8% vs 13,2%; p 0,01).

Conclusiones: En la experiencia de nuestro, en aquellos pacientes en los cuales se instauro pre tratamiento con inhibidores de la P2Y12 se observó menor frecuencia de eventos isquémicos comparado con aquellos que no recibieron dicho tratamiento, sin evidenciarse diferencias significativas en cuanto a mortalidad.

0431 - SOBREVIDA ALEJADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MULTIVASO TRATADOS CON CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN SEGÚN LA PRESENCIA DE COMPROMISO DEL TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

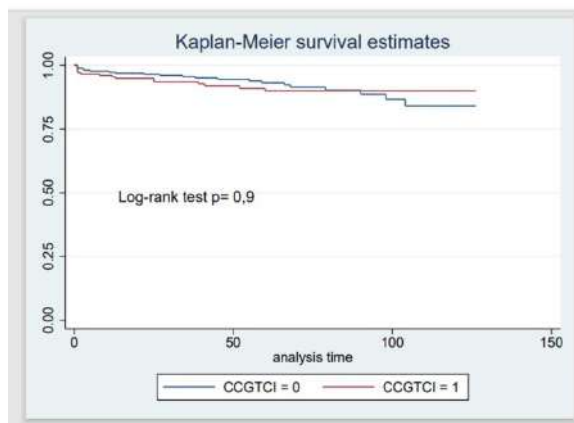
VACCARINO, Guillermo | MELCHIORI, Renzo Eduardo | BASTIANELLI, Gustavo Atilio | GUTIÉRREZ, Guillermo | BONORINO, José | SANTUCCI, Jose Carlos | HITA, Alejandro | BARATTA, Sergio Juan

Hospital Universitario Austral

Introducción: La cirugía de revascularización miocárdica (CRM) ha sido la única técnica que demostró reducción de la mortalidad comparada con el tratamiento médico en pacientes con lesiones de múltiples vasos y en enfermedad de tronco de la coronaria izquierda (TCI). Recientemente, la angioplastia coronaria se ha posicionado como un tratamiento alternativo a la CRM en un grupo seleccionado de pacientes (p), aunque aún es tema de discusión sus resultados de no inferioridad relacionados con la mortalidad y la definición del infarto agudo de miocardio periprocedimiento.

Objetivos: a) Evaluar las características clínicas, funcionales y angiográficas de los pacientes tratados con CRM con enfermedad del TCI, b) Comparar los resultados a 30 días y en el seguimiento actuarial a 10 años en relación con el resto de la población de pacientes con CRM sin enfermedad de TCI.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de sobrevida evaluando la población según la presencia o ausencia de TCI. Se evaluó la asociación mediante un modelo multivariable de Cox, las variables clínicas preoperatorias así como los FRCV y comorbilidades. Se verificó la asunción de proporcionalidad de hazards mediante métodos gráficos y estadístico (test de Schoenfeld).



Resultados: Se les indicó CRM a 458 p consecutivos; 187 (40.82%) presentaban lesión de TCI. El grupo de pacientes con TCI tenían un perfil de riesgo mayor (mediana e intervalo intercuartilo) medido por: ArgenScore: 2,78 (1,55-5,9) vs 2,78 (1,95-7) $p=0,03$, "STS score": 0,85 (0,55-1,8) vs 0,77 (0,5-1,17) $p=0,01$ y EuroSCORE II: 2,2 (1,35-3,97) vs 1,75 (1,08-2,9) $p=0,04$ con respecto al grupo sin afección del TCI. A pesar de este mayor riesgo esperado, no hubo diferencias estadísticamente significativas según presencia o ausencia de lesión de TCI (mortalidad 3,2% vs 1,1%, IAM 2,6% vs 1,1% y AVC 1% vs 0,3%, respectivamente). En el análisis multivariado, la presencia de lesión del TCI no fue predictor de morbimortalidad (HR = 2,1; IC 95% 0,70-6,23; $p = 0,18$) a diferencia de la fracción de eyección preoperatoria (HR = 0,96; IC 95%: 0,93-0,99; $p = 0,040$) y la cirugía no programada (HR = 3,44; IC 95%: 1,60-7,41; $p = 0,002$). El seguimiento se completó en 438 pacientes (95,6%) con una sobrevida actuarial a 10 años del 91,8%. para toda la población, sin diferencias significativas entre el grupo TCI (92%) vs grupo sin TCI (92.3%). En el análisis multivariado se encontró como predictor de mortalidad alejada la fracción de eyección preoperatoria (HR = 0,95; IC 95%: 0,93-0,97; $p = 0,0001$). La sobrevida libre de IAM fue del 96.8% (TCI 94% vs no TCI 97.4%, $p = ns$) y la libertad de ACV fue del 98% (TCI 96% vs no TCI 98.1%, $p = ns$).

Conclusiones: en nuestra experiencia con pacientes intervenidos mediante cirugía de revascularización por enfermedad coronaria multivaso, la presencia de enfermedad de tronco de coronaria izquierda no incrementó la tasa de muerte, infarto y ACV tanto en el perioperatorio como en el seguimiento alejado.

0437 - IMPACTO DE LOS ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 19 (COVID-19)

Unidad Temática: Covid-19

WAISTEN, Karen | DIESEL, Claudio Oliver | BRUNO, Maria Claudia

Clínica Zabala

Introducción: En diferentes estudios, la enfermedad por COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 ha sido asociada a importantes complicaciones cardiovasculares debido a la tormenta de citocinas, la respuesta inmune alterada y el daño al tejido miocárdico.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) como variables vinculadas a las complicaciones cardiovasculares (CCV) en pacientes (p) hospitalizados por COVID-19.

Materiales y Métodos: Entre marzo de 2020 y febrero de 2021 se registraron de forma prospectiva p adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de COVID-19 en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se excluyeron los p con limitación del esfuerzo terapéutico. Se analizaron FRCV (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad y ser tabaquista o exbaquista) y antecedentes de ECV (antecedentes de enfermedad coronaria [angioplastia, cirugía de revascularización miocárdica, angina crónica estable, infarto agudo de miocardio], enfermedad cerebrovascular, fibrilación auricular, valvulopatías moderadas o severas) y CCV (injurias miocárdicas, miocarditis, infarto sin elevación del segmento ST, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular de alta o baja respuesta ventricular, taquicardia ventricular sostenida o no sostenida, fibrilación ventricular, bloqueos aurículo-ventriculares). Los p que presentaban tres o más FRCV se consideraron con alta carga de FRCV. Análisis estadístico: Test de Chi cuadrado para variables discretas, t de Student, ANOVA o Kruskal-Wallis para variables continuas según correspondiera. Se realizó un análisis multivariable con regresión logística. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se incorporaron 589 p, hubo leve predominio de sexo masculino (52,8%). La mediana de edad fue de 47 (36-63) años. EL FRCV más prevalente fue hipertensión arterial (24,15%), seguido de dislipemia (11,39%) y diabetes (11,22%). Un 13,26% de los p tenían antecedentes de ECV, siendo la más frecuente la enfermedad coronaria (5,78%). La incidencia global de CCV fue de 10,87%. La CCV más frecuente fue la injuria miocárdica (8,32%) y en segundo lugar la insuficiencia cardíaca (2,72%). En el análisis univariado se evidenció mayor incidencia de CCV en p con alta carga de FRCV (25,94% vs 7,05%; $p < 0,001$), antecedentes de enfermedad coronaria (21,88% vs 3,81%; $p < 0,001$), insuficiencia cardíaca (12,5% vs 0,38%; $p < 0,001$), fibrilación auricular (12,5% vs 1,33%; $p < 0,001$) y valvulopatía moderada o severa (9,38% vs 0,38%; $p < 0,001$). Sin embargo, al realizar el análisis multivariable además de la edad ≥ 60 años (odds ratio [OR] 7,27; intervalo de confianza 95% [IC], 3,58- 14,73), solo el antecedente de valvulopatía moderada o severa (OR 6,17; IC 95%, 1,03-36,96) y la presencia de una alta carga de FRCV (OR 2,33; IC 95%, 1,12-4,85) se asoció a mayor incidencia de CCV.

Conclusiones: En nuestra población la alta carga de FRCV se asoció al desarrollo de CCV durante la internación por COVID-19, por lo que debemos tenerlos en cuenta para un adecuado seguimiento.

0438 - "INSUFICIENCIA CARDÍACA EN OCTOGENARIOS: ¿UNA REALIDAD SIMILAR? SUBESTUDIO DEL REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (ARGEN IC)"

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

GIL PLOZZER, Andrea | GARZÓN CÁRDENAS, Fausto Jose | SORASIO, Guillermina | SORICETTI, Julieta | RUBIRA, Magali | FERNANDEZ, Alberto | COHEN ARAZI, Hernán | LESCANO, Adrian

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las causas más frecuentes de internación en pacientes de edad avanzada a nivel mundial. La prevalencia de esta enfermedad se duplica con cada década y se sitúa alrededor del 10–20% en los mayores de 80 años, con una mortalidad entre un 30–45% al primer año y con un deterioro funcional del 47,5% que, en mayores de 85 años, alcanza el 61,3%.

Objetivos: Describir las características clínicas y complicaciones cardiovasculares de nuestros pacientes mayores de 80 años ingresados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en el registro ARGEN IC

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, descriptivo, observacional, multicéntrico, nacional que incluyó pacientes con ICA con un seguimiento de 12 meses. Se describieron las características clínicas, demográficas, ecocardiográficas, bioquímicas, terapéuticas y las complicaciones en la fase nosocomial y en el seguimiento. Se dividió a la población en mayores (grupo A) y menores de 80 años (Grupo B). Las variables cualitativas fueron definidas como porcentajes y la razón de riesgo como odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) Las variables cuantitativas se expresaron como media y desvío standard o mediana y rango intercuartilo, según distribución normal o anormal En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. La significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$ y se utilizó el programa STATA 14

Resultados: Se incluyeron 909 pacientes, de los cuales 323 (35%) pertenecen al grupo A. El 60% de la población fue de sexo masculino, de los cuales el 27% fueron mayores y el 72% menores de 80 años. Los pacientes del grupo A, presentaron de manera significativa mayor Hipertensión Arterial (HTA) 81% ($n=263$, $p<0.0001$), mientras que aquellos del grupo B, mayor porcentaje de Diabetes Mellitus (DM) 75% ($n=224$, $p<0.0001$). La edad no demostró correlación significativa con IAM previo, IC crónica, insuficiencia renal crónica (IRC), dislipemia, accidente cerebrovascular (ACV) isquémico previo, vacunación antigripal y antineumocócica. Con respecto a las variables al ingreso, en el grupo B, se observó una asociación significativa con fibrilación auricular (FA) 54% ($n=183$, $p<0.0001$), bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) 53% ($n=101$, $p<0.0001$) y fracción de eyección (FEy) deteriorada 75% ($n=306$, $p<0.0001$). Por el contrario, no fue significativa la relación de edad con hipotensión arterial, edema agudo de pulmón y shock cardiogénico, sepsis, BNP, dilatación auricular izquierda, E/e' y cambios en la estrategia diurética. En base al tratamiento al ingreso, no se observó correlación entre la edad y vasodilatadores endovenosos ($p 0.948$), inotrópicos o vasopresores ($p 0.756$). Sin embargo, fue significativa la indicación de CCG en menores de 80 años ($p<0.0001$). Al momento del alta, en el grupo B se observó asociación con taquicardia 71% ($n=198$, $p 0.046$), hiponatremia 60% ($n=99$, $p 0.039$) y bloqueo de neuropéptidos (IECA, ARaII, Sacuvitril/valsartan) 69% ($n=373$, $p 0.023$). No se encontró relación entre edad y dosaje de BNP, hipoalbuminemia y uso de betabloqueantes. En relación a la mortalidad CV intrahospitalaria, el 56% de los pacientes fallecidos fueron mayores de 80 años (OR 2.4, $p 0.0017$), quienes presentaron mayor mortalidad con respecto al grupo B (9% vs 4%).

Conclusiones: Los pacientes con ICA mayores de 80 años representan una población de elevada prevalencia (32%) con mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular, subutilización de CCG y mayor mortalidad.

0448 - DETERMINANTES DEL PHQ9 PARA DEPRESIÓN MAYOR EN TRABAJADORES DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID19. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING NO SUPERVISADO. SUBANÁLISIS DE LA ENCUESTA IMPACTS-SAC20

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

BATTIONI, Luciano(1) | SCATULARO, Cristhian Emmanuel(2) | BELLIA, Sebastián(3) | GIOGINI, Julio(4) | GODOY ARMANDO, Casandra Lilien(1) | LESCANO, Adrian(5) | PEREIRO, Stella(6)

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC (1); Sanatorio Trinidad Palermo (2); Sanatorio Trinidad Mitre (3); Hospital Alemán (4); Sanatorio Trinidad de Quilmes (5); Hospital Churruca - Visca (6)

Introducción: La pandemia por SARS-COV2 ha generado efectos psicológicos y sociales negativos en el personal de salud según se evidenció en la encuesta IMPACTS-SAC20. En este estudio se observó una prevalencia de depresión mayor del

22.1%, el doble de la prevalencia reportada en estudios epidemiológicos fuera de la pandemia. Es importante poder caracterizar qué dominios del PHQ9 tienen mayor influencia en el diagnóstico de depresión mayor, de la misma manera poder segmentar estas poblaciones para detectar características de riesgo

Objetivos: Detectar que elementos dentro del PHQ9 son determinantes para el diagnóstico de depresión mayor. Caracterizar subpoblaciones en mayor riesgo

Materiales y Métodos: Sub estudio de la encuesta IMPACTS-SAC20, realizada en trabajadores de la salud de Argentina de junio a septiembre del 2020, que evaluó la presencia de depresión mayor mediante el cuestionario PHQ9, alteraciones en el estilo de vida y relaciones interpersonales. Se utilizaron técnicas de machine learning de aprendizaje no supervisado (reducción de dimensionalidad, clúster jerárquico, clúster por K-means) para generar grupos de casos similares en cuanto a su desempeño en el PHQ9.

Resultados: se incluyeron 1221 encuestados que respondieron el PHQ9. El análisis factorial demostró la presencia de dos dimensiones principales (neurastenia y autopercepción) que explican el 67,2% de la varianza del cuestionario (prueba KMO 0.911 $p < 0.001$) tabla 1. Ambas dimensiones presentan una relación inversa entre ellas. Los pacientes deprimidos presentaban valores mayores en ambas dimensiones que los no deprimidos (gráfico 1). En un análisis de regresión logística el componente neurastenia presentó mayores medidas de asociación que la autopercepción (OR 391 IC95% 137-1100 vs OR 17 IC95% 10-29 $p < 0.001$ para ambos). La combinación de ambas dimensiones en un análisis jerárquico generó 9 clusters a una distancia de 5 pasos. Estos clusters se ubicaron mediante la técnica de K-means (gráfico 2). Los

grupos 5,4,2,1 explican el 93% de los casos de depresión mayor (tabla 2). Los grupos 5 y 4 presentan los valores más elevados de Neurastenia y niveles cercanos a cero de autopercepción. Los grupos 2 y 1 altos valores de autopercepción y leve de Neurastenia. Las características clínicas de estos grupos se encuentran en la tabla 2.

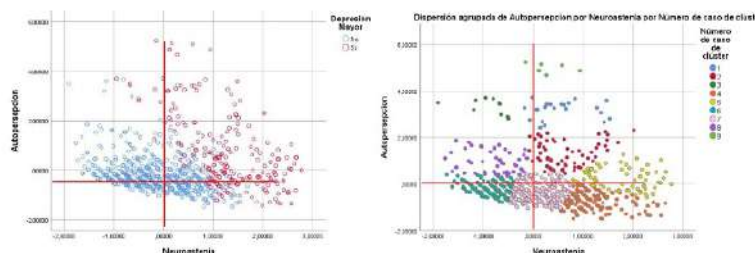
Conclusiones: La implementación de técnicas de machine learning determinaron dos dimensiones, de las cuales la dimensión relacionada a la neuroastenia fue el mayor determinante del diagnóstico de depresión mayor. Así como también se determinaron 4 grupos con el 93% de los casos de depresión mayor.

	Componente	
	Neuroastenia	Autopercepción
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	.860	
Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	.789	
Poco interés o placer en hacer las cosas	.776	
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	.764	
Con poco apetito o ha comido en exceso	.754	
Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	.637	
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	.563	
Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	.585	
¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían rotarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de la normal		.700

Tabla 1: Análisis Factorial que determina 2 componentes. Porcentaje de la varianza explicada por componente 1 (neurastenia) explica el 44.3% de la varianza y el 2 (Autopercepción) el 22.9%

	Depresión	Femenino	UCO/UTI	Discriminado	Ansiofíticos	Cigarrillos	Alcohol	Edad mediana (RIC 25-75)
Grupo								
5	95 (95%)*	76(82%)*	28(30%)	49(50.5%)*	24(24.7%)*	9(9.3%)*	12(12.4%)*	37 (22-52)
4	77 (47%)*	119(78%)*	39(23.6%)	67(40.9%)	23 (14%)	6(3.7%)	9(5.5%)	38(21-55)
2	49 (81%)*	49(64%)*	22(27.5%)*	45(56.3%)*	11(13.8%)*	9 (3.3%)*	11(13.8%)*	41(22-60)
1	35 (97%)*	20(64.5%)*	9(25%)*	20(55.6%)*	11(30.6%)*	6 (1.5%)*	5(14%)*	47(37-57)

Tabla 2: Variables clínicas dentro de los grupos. * Denota diferencias significativas dentro del grupo



0456 - COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES INTERNADOS POR COVID-19, DE ACUERDO A ESTADO CLÍNICO DE INGRESO.

Unidad Temática: Covid-19

PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris(1) | ZAPATA, Gerardo(2) | ANGEL, Adriana Alejandra(3) | SCHIAVONE, Leonardo Fabian(4) | BOZO RINCON, Jorge(5) | BRUNIALTI, Juan Martin(6) | MAYDANA, Mariano(6) | KAZELIAN, Lucía Raquel(7)

Hospital Churruca - Visca (1); ICR - Instituto Cardiovascular de Rosario SA (2); Hospital Militar Central (3); Hospital Teodoro J. Schestakow (4); Actividad Clínica Privada (5); Hospital San Juan de Dios (La Plata) (6); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 que produce la enfermedad coronavírica 2019 (COVID-19), fue declarada pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud. Una parte de los infectados sufre enfermedad pulmonar con diferentes grados de afección sistémica. Desde su inicio, se identificó daño miocárdico en descripciones de series de pacientes, y esto se asoció con mayor mortalidad. RACCOVID-19 es un registro colaborativo entre la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de Cardiología.

Objetivos: Evaluar complicaciones cardiovasculares y mortalidad en pacientes internados por SARS-Cov-2 de acuerdo con el estado clínico de ingreso.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional y analítico. Entre el 18 de mayo y el 31 de octubre de 2020 se llevó a cabo la recolección de datos de pacientes mayores de 18 años, internados por COVID-19 confirmado, en los 49 centros que aceptaron participar, de 11 provincias. En el formulario realizado en REDCap® se recabaron datos demográficos, antecedentes patológicos, factores de riesgo cardiovasculares (FRC), duración de la internación, CCV, datos de laboratorio, requerimiento de tratamiento específico para COVID-19, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y mortalidad intrahospitalaria. Se excluyeron pacientes con patología cardiovascular descompensada iniciada hasta 15 días antes del diagnóstico de confirmado de COVID-19. Se evaluaron eventos de acuerdo con el estado clínico de ingreso: grupo (G) 1: asintomáticos/leves; G2: moderados/severos; G3: críticos. Se utilizó programa SPSS. Para variables de distribución no simétrica se utilizó mediana y rango intercuartil. Para la comparación de variables numéricas y poltómicas se utilizó el test de Kruskal Wallis. Para la comparación de variables categóricas, el test de Chi2. Se asumió significancia estadística con $p < 0.05$.

	asintomatico/leve	moderado/severo	critico	valor de p
Edad (mediana)	52(39;65)	62(49;71)	65(56;74)	<0.001
Masculino (%)	53.9	65.2	62.6	<0.001
FRCV (%)	57.5	74.1	85.6	<0.001
Antec. Patologicos (%)	36.4	45.1	52.5	<0.001
Antec. CV (%)	37.9	53.9	64.1	<0.001
UTI(%)	6.4	50.6	96.9	<0.001
CCV(%)	5.3	21.5	42.8	<0.001
Mortalidad(%)	2.7	21.5	74.7	<0.001

Resultados: De un total de 2750 pacientes, se analizaron los datos de 2539 pacientes (p) de los que se tuvieron datos de evolución. G1: 1297p (51.1%), G2 922p (36.3%) y G3 320p. (12.6%). Como era esperable se encontraron diferencias entre los grupos mostrando que los pacientes en estado critico eran mayores, requirieron mas internación en unidad de cuidados intensivos, tenían mas factores de riesgo cardiovasculares y antecedentes patológicos generales, y también mas antecedentes cardiovasculares. El requerimiento de UTI, las CCV y la mortalidad fueron mayores en el grupo de mayor gravedad. Ver Tabla

Conclusiones: Los pacientes internados por COVID-19 tuvieron mayor prevalencia de antecedentes patológicos y factores de riesgo cardiovasculares, así como mayor edad, CCV y mortalidad de acuerdo a la gravedad de su estado clínico al ingreso.

0459 - COVID-19 EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Unidad Temática: Covid-19

CUTINE, Pablo Daniel | QUIROGA, Alejandro Gabriel | ZONIS, Leandro | VERON, Luis Facundo | FANILLA, Martin Ernesto | BANCHIO DAL BÓ, María Josefina | MOUKARZEL, Juan | FERNÁNDEZ, Adrián

Fundación Favalaro

Introducción: Los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) son considerados de alto riesgo para desarrollar complicaciones graves relacionadas con la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Sin embargo, hasta el momento se desconoce cuál es el real impacto de la infección por COVID-19 en pacientes con MCH.

Objetivos: Evaluar la evolución de pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) que presentaron COVID-19.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con MCH reclutados en un registro de un solo centro. El punto final primario fue evaluar la incidencia de COVID-19 en pacientes con MCH. El punto final secundario fue evaluar la evolución de los pacientes con MCH que presentaron COVID-19.

Resultados: De un total de 1322 pacientes con MCH que se encuentran en seguimiento desde marzo de 1993 hasta mayo de 2021, 46 (3,5%) pacientes tuvieron infección confirmada por COVID-19 [27 (59%) hombres]. Como factores de riesgo cardiovascular presentaron: obesidad 3 (7%), tabaquismo 3 (7%), hipertensión arterial 8 (17%); enfermedad renal crónica 1 (2%) y ningún paciente tenía EPOC y/o diabetes. Los pacientes manifestaron fiebre 26 (57%), tos 10 (22%); anosmia 24 (52%), disgeusia 17 (37%), cefalea 10 (22%), anorexia 1 (2%); astenia 25 (54%), diarrea 7 (15%), mialgias 10 (22%), vómitos 1 (2%); nauseas 1 (2%). Seis pacientes (13%) requirieron hospitalización por neumonía relacionada con COVID-19 y de ellos tres pacientes presentaron disnea clase funcional II. Uno presentó dolor precordial confirmándose en este último paciente miocarditis aguda, que se evidenció por biomarcadores y resonancia magnética cardíaca. Ningún paciente requirió asistencia respiratoria mecánica y tampoco presentaron insuficiencia cardíaca aguda, deterioro de la función

ventricular, tromboembolismo pulmonar, arritmias ventriculares o supraventriculares en el contexto de la infección por COVID-19. En la evaluación inicial (antes de la infección por COVID-19), diez pacientes (22%) tenían MCH obstructiva (MCHo), el máximo espesor del ventrículo izquierdo $20,8 \pm 12,2$ mm. Todos tenían fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEy) conservada (salvo una paciente de 60 años que tenía una FEy de 38% antes de la infección por COVID-19) y 15 pacientes tuvieron evidencia de fibrosis en la resonancia (de ellos 9 tenían fibrosis extensa). De los 46 pacientes con COVID-19, 36 (78%) pacientes tenían estudio genético por su enfermedad de base. De ellos, 21 (46%) eran portadores de variantes patogénicas (9 en el gen MYH7, 5 en MYBPC3, 2 en MYL2, 2 en TNNT2, 1 en TNNI3, 2 en GLA); 5 (11%) probablemente patogénicas (1 en MYBPC3, 2 en MYH7, 1 en TNNT2, 1 en MYL2); 5 (14%) de significado incierto (2 en MYBPC3, 1 en MYH7, 1 en PLN, 1 en ALPK3); y 4 (11%) estudios negativos. Se analizaron los factores que se asociaron con la necesidad de internación y solamente se observó una tendencia entre obesidad e internación con una p de 0,056. No hubo relación entre internación y diabetes, EPOC, tabaquismo, hipertensión arterial y MCHo. La presencia de genotipo positivo tampoco se relacionó con mayor número de complicaciones ($p = 0.2$).

Conclusiones: En esta población con MCH, una baja proporción de pacientes requirió de hospitalización y ninguno necesitó de asistencia respiratoria mecánica. Un solo paciente fue afectado por miocarditis aguda, pero no presentó complicaciones cardiovasculares mayores y evolucionó satisfactoriamente al alta de la hospitalización. El impacto específico del COVID-19 en pacientes con MCH requiere una mayor investigación y seguimiento a largo plazo.

0471 - ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL ALCANCE DE METAS TERAPÉUTICAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES TIPO 2 EVALUADOS POR CARDIÓLOGOS EN ARGENTINA?

Unidad Temática: Corazón y Mujer

HARWICZ, Paola S.(1) | FORTE, Ezequiel Hernán(1) | SANABRIA, Hugo Daniel(1) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(1) | COSTA GIL, Jose Esteban(2) | MILLAN, Diana Raquel(1) | LYNCH, Santiago(1) | GRUPO DE INVESTIGACIÓN, Consejo Cardiometabolismo(1)

Consejo Cardio-Metabolismo SAC (1); Universidad Favaloro (2)

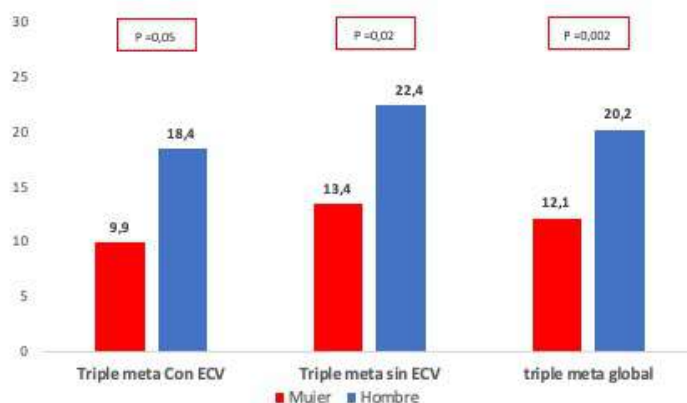
Introducción: Las mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) presentan un peor pronóstico luego de un evento coronario, así como un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca en relación a los hombres. Existe evidencia que las mujeres son subtratadas y esto podría asociarse a un menor alcance de metas terapéuticas.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias en el alcance de las metas terapéuticas entre hombres y mujeres evaluados en el consultorio de cardiología en la República Argentina (RA)

Materiales y Métodos: Durante 3 meses del 2019 se realizó un estudio observacional de corte transversal y multicéntrico en 17 provincias de RA. Se registraron los pacientes que asistían al consultorio de cardiología con diagnóstico de DM2. Se definieron las metas terapéuticas: 1) HbA1c < 7%, 2) C-LDL < 70 mg/dl en prevención secundaria y < 100 mg/dl en prevención primaria y 3) Tensión Arterial < 140/90 mmHg. Se definió triple meta si cumplían los tres puntos mencionados.

Resultados: Se incluyeron 694 pacientes, 58,5% hombres y 41,5 % mujeres con una media de edad de $64,7 \pm 10,5$ años. El tiempo de evolución de DM2 fue $10,7 \pm 9,3$ años sin diferencias entre ambos géneros. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de obesidad abdominal (87,8% vs 71,8% $p=0,00001$) sin diferencias en los otros factores de riesgo. Las mujeres mantuvieron un peor control metabólico (Tabla 1). Los hombres presentaron ECV más frecuentemente (55.2% vs 36,1 $p < 0,0003$). Con excepción de la HbA1c (53,8% vs 56,7% $p=NS$) las mujeres

Variable	Hombre	Mujer	p
Glucemia (mg/dl)	136,13	142,94	0,05
HbA1c (%)	7,27	7,19	NS
Colesterol total (mg/dL)	160,12	185,36	0,02
LDL (mg/dL)	87,48	102,37	0,0001
HDL (mg/dL)	42,28	47,47	0,0001
Triglicéridos (mg/dL)	160,14	174,23	0,0001
Col NO HDL (mg/dL)	117,4	141,37	0,0001



alcanzaron menos la meta lipídica (27,96 % vs 39,25% p = 0,02) y la de TA (57,9% vs 70,9% p = 0,02) comparado con los hombres. El alcance de la triple meta fue menor en las mujeres independientemente de la presencia de ECV (FIG 1)

Conclusiones: En la población de pacientes con DM2 evaluada por cardiólogos, se observó que las mujeres alcanzaron las metas terapéuticas en menor proporción que los hombres

0474 - CARDIOPATÍAS CONGENITAS DEL ADULTO. 15 AÑOS DEL REGISTRO GUTI-GUCH. REPORTE DE DATOS

Unidad Temática: Cardiopatías Congénitas Del Adulto

NICOLOSI, Liliana(1) | MOROS, Claudio Gabriel(2) | PACHECO OTERO, Marisa(3) | LOPEZ DANERI, Mariana Alejandra(4) | FALIVA MAI, Gianina Andrea(5) | ZANINOVICH, Mirka Amelia(6) | SOSA LIPRANDI, Alvaro(7) | GRIPPO, María Del C.(2)

Hospital Español (1); Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez (2); Hospital General de Agudos B. Rivadavia (3); Hospital Austral (4); HOSPITAL SAN MARTÍN LA PLATA (5); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (6); Sanatorio Güemes (7)

Introducción: El Registro para cardiopatías congénitas del adulto GUTI-GUCH, utilizado por distintas instituciones médicas del país, ha permitido reclutar un importante número de cardiopatas que pueden reflejar las particularidades de esta población.

Objetivos: reportar las características basales, la prevalencia de las patologías más frecuentes, grado de complejidad de la cardiopatía y morbimortalidad en el seguimiento de esta población

Materiales y Métodos: Se utilizó el registro GUTI-GUCH creado en el año 2006. Se clasificó a los p según la complejidad de su cardiopatía en leves, moderadas y severas basados en las Guías de Manejo de Adultos con Cardiopatías Congénitas de la AHA/ACCA 2008 Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS20.

Resultados: Se registraron en total de 2772 P, mujeres 55,1% (1527) hombres 44,9 (1244), Transexual 0.01% (1), edad media 34,7 años ± 13,2 años. Seguimiento 6,3 años ± 3,6 años (1 a 15 años) Fueron de Complejidad Leve: 32,4% (899); Complejidad Moderada: 46,4% (1287) y Complejidad Severa: 21,1% (586). Las patologías más frecuentes fueron: Comunicación Interauricular (CIA) 19,8% (552), CIV 12,1% (343), Tetralogía de Fallot 11,3% (323), Enfermedad valvular aórtica (EVA) 9,2% (254), coartación de aorta (CoAo) 6,3% (175), ventrículo único 4,8% (136), EVP 3,9 (109) DAP 3,8% (105) TGA 3,4% (94) EVT 3,2 (89), y TCCGV 2,2% (60) En el análisis por grupos de complejidad de la cardiopatía, fueron más frecuentes: Complejidad simple: CIA 43,44% (390), CIV 22% (198), Enfermedad de la válvula aórtica 9,3% (84). Ductus Arterioso 8,3% (75) Complejidad Moderada: Tetralogía de Fallot 22,8% (293), CoAo 12,8% (165), EVA 11,9% (154), CIA 9,7% (123) y CIV 9,6% (122), Complejidad Severa: Ventrículo Único 22,6% (132), TGA 13,7% (92), TCCGV 10,1% (59), Atresia pulmonar con CIV 9,7% (57), Doble salida de VD (DSVD) 6,8% (40), CIA + Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) 6,8% (40) y CIV + HAP 4% (23) Antecedentes de cirugía cardíaca 1548p (55,8) y Cateterismo cardíaco previo 37,7% (1044). Morbimortalidad: Presentaron durante el seguimiento arritmias 21,9% (607), Insuficiencia cardíaca 3% (84) e internaciones cardiológicas 7,4% (206). Óbito en el seguimiento 3,8% (104). la edad de muerte fue 38,7 ± 15. Analizando mortalidad por grupo de complejidad las Simple tuvieron 0,2% (2) edad media 52 años, las moderadas 2,6% (33) edad media 42 años y las severas 11,8% (69) edad media 36 años.

Conclusiones: La cardiopatía de complejidad moderada representa casi la mitad de la población del registro, en este grupo la Tetralogía de Fallot fue el diagnóstico más frecuente. En el grupo de complejidad Severa el diagnóstico más frecuente fue el Ventrículo Único. La mortalidad en el seguimiento se incrementa con la complejidad de la cardiopatía y el promedio de edad desciende, no superando la cuarta década de la vida en el grupo de complejidad severa

0504 - DETECCIÓN HIPERAGUDA DE FUENTES EMBOLICAS Y REALCE TARDÍO DE CONTRASTE EN PACIENTES CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO MEDIANTE TC ESPECTRAL DE TÓRAX

Unidad Temática: Medicina Vasculár

FONTANA, Lucia | CIRIO, Juan José | CIARDI, Celina | CABALLERO, María Laura | CERON, Marcos | INGINO, Carlos A. | LYLYK, Pedro | RODRIGUEZ GRANILLO, Gaston Alfredo

Introducción: Aproximadamente el 40% de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico (ACVi) son estudiados mediante métodos avanzados de imagen cardíaca como el ecocardiograma transesofágico (ETE) y la angiotomografía computada multidetector (ATCM) cardíaca. Desde el comienzo de la pandemia COVID-19, y en el contexto de grandes

limitaciones de recursos, los pacientes ingresados en el departamento de emergencias de nuestra institución fueron evaluados mediante tomografía computada de tórax de baja dosis (TCBD), con el objeto de incrementar la moderada sensibilidad del primer test de PCR. Desde julio del 2020, en pacientes con sospecha de ACVi evaluado con ATCM cerebrovascular como estrategia diagnóstica, se implementó la misma TCBD 5 minutos posterior a la administración de contraste para detectar fuentes embólicas (FE).

Objetivos: Evaluar la capacidad de la TCBD para la detección de FE, así como la prevalencia y patrones de realce tardío de contraste (RT) incidental en miocardio; y su relación con la etiología del ACVi.

Materiales y Métodos: Desde julio de 2020, la TCBD se realizó después de la ATCM cerebrovascular en pacientes con sospecha de ACVi evaluados con TC mediante un tomógrafo espectral de doble capa de detectores, sin administración de contraste adicional y sin demorar el tratamiento de reperfusión en el caso de encontrarse indicado. Se utilizaron reconstrucciones monoenergéticas y mapas de densidad de yodo para evaluar la presencia, patrones y extensión de RT y de FE cardíacas y aórticas. Además, evaluamos la presencia de hallazgos cardiovasculares mayores en la TCBD, definida como la presencia de alguna de los siguientes: FE (trombos cardíacos o placa no calcificada > 4 mm en la aorta ascendente o arco aórtico), RT extenso (> 2 segmentos), enfermedad aórtica severa (placa no calcificada > 4 mm o calcificación concéntrica grave), calcificación valvular severa, dilatación ventricular (diámetro diastólico > 55 mm), dilatación auricular izquierda (área > 26.8 cm²) o calcificación coronaria extensa (> 5 segmentos).

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes consecutivos con ACVi. La TCBD (dosis de radiación efectiva media de 2.8 mSv) identificó trombos cardíacos en 6 pacientes (7.5%) y placas aórticas complejas en 4 (5%) casos; reclasificando 5 ACVi embólicos de origen incierto (ESUS, 28% de ellos) a etiologías cardioembólica en tres casos y no cardioembólica en dos casos. Se detectó RT en miocardio, más comúnmente isquémico (82%), en 38 (48%) pacientes. No identificamos relaciones significativas entre la etiología del ACVi y la presencia, patrón y extensión de RT ($p > 0.05$); enfermedad aórtica severa ($p = 0.25$) o valvular ($p = 0.26$), o el grado de calcificación coronaria ($p = 0.39$). Los pacientes con evidencia de hallazgos cardiovasculares mayores en la TCBD tuvieron tasas más elevadas de mortalidad de toda causa a los 90 días (42% frente a 19%, $p = 0.037$).

Conclusiones: En este estudio, la evaluación cardíaca hiperaguda en pacientes con ACVi mediante TCBD permitió reclasificar el 28% de los ESUS a partir de la detección de FE cardíacas y aórticas, identificando una elevada prevalencia de enfermedad cardíaca incidental que involucró predominantemente RT de etiología isquémica. La presencia de hallazgos cardiovasculares mayores identificados por TCBD se asoció a un peor pronóstico.

0507 - VARIABLES PRONOSTICAS DE MORTALIDAD Y/O REINTERNACION A 30 DIAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. SUBESTUDIO DEL REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (ARGEN IC)

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

BENAIM, Leonel | SORASIO, Guillermina | VARGAS MIELES, Paul | GIL PLOZZER, Andrea | CÁCERES, Leonardo Luis | HIRSCHSON PRADO, Alfredo | FERNANDEZ, Alberto | LESCANO, Adrian

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC

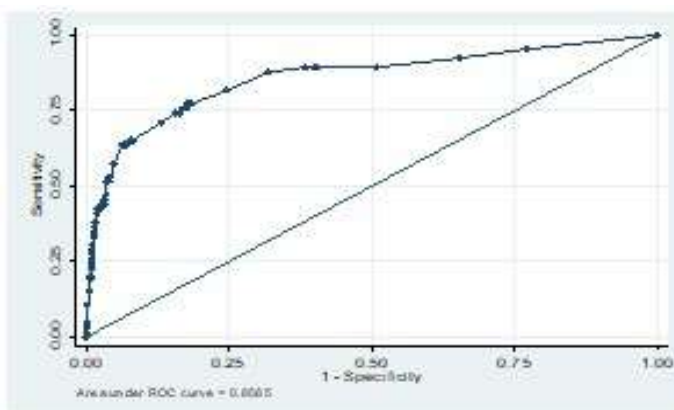
Introducción: La Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) corresponde a la principal causa de hospitalización en pacientes de edad avanzada y es responsable cerca de un millón de internaciones anuales. En las últimas décadas no se han desarrollado nuevas alternativas terapéuticas, por lo que dada su elevada morbimortalidad, el reconocimiento de variables predictoras de riesgo de eventos adversos a los 30 días postalta son fundamentales a la hora de mejorar la evolución, reducir la tasa de hospitalizaciones y la mortalidad.

Objetivos: Describir variables asociadas a muerte (M) y/o reinternación a 30 días en los pacientes con ICA incluidos en el Registro ARGEN IC.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, multicéntrico, nacional, descriptivo (agosto 2018 a marzo 2019,) que incluyó pacientes con diagnóstico primario de Insuficiencia Cardíaca Aguda, con un seguimiento de 12 meses. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas y ecocardiográficas. En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. El análisis multivariado se realizó con regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. La significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$ y se utilizó el programa STATA 14. Se analizó la sensibilidad y especificidad a partir de un modelo de predicción pronóstica definida por el área bajo la curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 909 pacientes. La edad media fue de 72.2 (DS 14) años y el 60.5 % fue de sexo masculino. La mortalidad global intrahospitalaria fue de 7.9% y a los 30 días del 5.95%. La tasa de reinternaciones a los 30 días fue del 17.1%. El punto combinado de muerte y/o reinternación a 30 días alcanzó el 18.4% En el análisis univariado la edad mayor a 70 años se correlacionó con el punto combinado de M y/o reinternación (p 0.04), mientras que la presencia de anemia al egreso y la fracción de eyección mayor al 40% mostraron resultados limítrofes (p 0.06) La insuficiencia cardiaca previa (ICC) (p 0.09), la insuficiencia renal crónica (IRC) (p 0.9), la variable sexo (p 0.1), la presencia de taquicardia al egreso (p 0.1), insuficiencia renal al alta (p 0.7) y la presencia neuropéptidos elevados (p 0.1) no evidenciaron resultados estadísticamente significativos. En el análisis multivariado la presencia de hipotensión al ingreso fue un potente predictor de eventos (OR 2.04, 95% IC 1.13-3.67, p 0.01), así como el hematocrito al alta (OR 0.95, 95% IC 0.997-0.992, p 0.01) y el control médico a los 30 días (OR 0.42, 95% IC 0.27-0.67, p 0.00). El modelo presenta una elevada predicción pronóstica con un área bajo la curva de 0.85

Conclusiones: La ICA es una entidad heterogénea con elevada tasa de mortalidad y reinternaciones. El predictor de eventos combinados de muerte y reinternación a 30 días fue la presencia de hipotensión arterial al ingreso y el hematocrito al alta y el control médico a 30 días se asociaron con menor tasa de eventos combinados



0526 - ANEMIA E INFARTO: IMPLICACIONES CLINICAS

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

MACIN, Stella Maris | ONOCKO, Mariela | JARA, Maximiliano | CORONEL, María Lorena | PERNA, Eduardo Roque | GOMEZ, Silvina E | SINGH, Vanina | AZULAY, Hugo

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La anemia es una entidad de evolución adversa en el marco del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST).

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar incidencia, factores asociados, estrategias de reperfusión y evolución de la anemia complicando el infarto con elevación del segmento ST (IAMCEST).

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, consecutivo, observacional que incluyó 970 pacientes con diagnóstico de IAMCEST admitidos dentro de las 36 horas de evolución, desde el 1 de enero de 2013 al 31 de enero de 2021. Se definió como anemia a una Hb <13 g/ dl en varones y <12 g/ dl en mujeres. Los pacientes con Anemia constituyeron el Grupo I y los restantes el Grupo II.

Resultados: La Anemia se presentó en 184 (19%) pacientes. Aquellos que desarrollaron Anemia tuvieron mayor edad (67.04±11.7 vs 62.10±12.5 años, p=0.001; Tuvieron menos peso 78.89 vs 84.36 Kg, p=0.004 y estuvieron más hipotensos 123.72 vs 138.94 mmHg, p<0.001; tuvieron más Diabetes 44 vs 30.8%, p=0.001; mas enfermedad vascular periférica 12 vs 5%, p=0.001 y menor FE 51.87 vs 54.94%, p=0.001. Con similar tasa de reperfusión con trombolíticos 3.2 vs 4.3 % p=0.22 y angioplastia primaria 83 vs 81.7%, p=0.45. Recibieron menos aspirina 91 vs 97.8%, P=0.01; similar tasa de clopidogrel 87 y 89% (p=ns) y estatinas 91 y 92% p=ns), menos uso de ticagrelor 1.2 y 5.2 (p=0.02), respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria fue mayor 10.9 vs 5.7% p=0.012 así como en el seguimiento al año 18.9 vs 13.2%, p=0.001, con mayor evolución a FA 14.1 vs 8.1 p=0.011. En el análisis multivariado las variables asociadas a mortalidad fueron: la edad OR 1.042 (IC 95% 1.003-1.157, P=0.01), diabetes OR 2.48 (IC 95% 1.4-12.5, P=0.005), la anemia OR 1.197 (IC 95% 1.122-6.876, P=0.02), y la FE OR 1.003 IC 95% 1.001-1.013), P=0.022)

Conclusiones: Uno de cada 5 pacientes con infarto presentaron anemia. Recibieron similar estrategia de reperfusión y peor evolución hospitalaria y al año. La anemia fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria.

0531 - ADHERENCIA Y MEDICACIÓN CARDIOMETABÓLICA DURANTE LA PANDEMIA COVID19 EN PERSONAS CON DIABETES TIPO2

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

FORTE, Ezequiel Hernán | BECERRA, Pedro Antonio | DUCZYNSKI, Maria Paula | BUSO, Carlos Javier | NAPOLI, Julio | SALMERI, Emiliano Eduardo | HARWICZ, Paola S. | SANABRIA, Hugo Daniel

Consejo Cardio-Metabolismo SAC

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) más prevalentes. Existe preocupación acerca del manejo y evolución de las ECNT en el contexto de pandemia. Los datos en relación con la adherencia al tratamiento farmacológico y a la medicación cardioprotectora durante la pandemia de SARS-CoV2 son escasos.

Objetivos: Evaluar adherencia y medicación cardiometabólica durante la pandemia de SARS-CoV2 en un grupo de pacientes (p) con DM2.

Materiales y Métodos: Durante el año 2019 se realizó durante 3 meses un registro de los p que acudían al consultorio de cardiología con diagnóstico de DM2 conformando una cohorte inicial de 694 p. En dicha población se había realizado el Test de Adherencia de Morinsky Green y el relevamiento de fármacos cardiometabólicos.

Año	2019 %	2020 %	iniciaron (n)	suspendieron (n)	% variación	p
Antiagregantes	59%	71%	92	39	+20%	0.001
Estatinas	72,2%	71,8%	51	48	+1%	0.8
iSGLT2	10,1%	12,9%	33	20	+2,9%	0.09
arGLP1	3,1%	1,75%	2	7	-53,8%	0.1
Insulina	23,6%	22,5%	21	26	-6,5	0.1

En mayo del 2020, durante el tercer mes de la pandemia COVID19 se realizó un seguimiento telefónico indagando acerca de: 1- Adherencia al tratamiento (test de Morinsky Green) y 2- medicación cardiometabólica (estatinas, antiagregantes, insulina y nuevos antidiabéticos).

Resultados: Se contactó durante mayo de 2020 a 462 pacientes (67% de la población). La edad media fue 65.6 años (+/- 10.5), y el 58% resultaron de sexo masculino. Ninguno de los p contactados había sufrido infección por SARS-CoV2. El tiempo de evolución de la DM2 fue de 11.6 ± 8.5 años y el 51.2% tenían antecedentes de Enfermedad Cardiovascular (ECV). De los p sin ECV, el 94,6% presentaba muy alto riesgo según las guías de la ESC. El 28,4% presentaba antecedentes de nefropatía, 10% retinopatía, 9% neuropatía, 4% ACV y 2% pie diabético. El 10.1% de los p presentaron un evento cardiovascular y el 1.76% fallecieron. La adherencia al tratamiento se redujo del 59% (año 2019) al 52,7% (año 2020) $p=0.001$. En relación con los fármacos cardioprotectores pudimos observar un incremento del uso de antiagregantes del 59% al 71% (+20%) y de iSGLT2 del 10.7% al 12.9% (+28.9%), así como una reducción en la utilización de insulinas del 23.6% al 22.5% (-6.5%) y de arGLP1 del 3.1% al 1.75% (-53.8%) (tabla 1)

Conclusiones: En un grupo de pacientes con DM2 de muy alto riesgo cardiovascular observamos una caída de la adherencia al tratamiento. En relación con los fármacos cardiometabólicos hallamos un incremento en el uso de antiagregantes plaquetarios e iSGLT2 y una disminución en la utilización de arGLP1 e insulinas.

0533 - DEEP LEARNING PARA IDENTIFICAR RIESGO CARDIOVASCULAR A PARTIR DE UNA SELFIE

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

DAQUARTI, Gustavo Javier | OCAMPO GARI ANDRADE, Gabriel | SANKOWICZ, Javier | RODRÍGUEZ SALINAS, Santiago | LAY, Sofía Belén | MIRANDA, Federico | MORALES, Cristian Sebastián | MURZONE, Farid

UMA-Health

Introducción: El screening de enfermedad coronaria y diabetes ha demostrado ser costo-efectivo y los smartphones son de uso frecuente en la población. Los modelos de deep-learning han demostrado ser útiles para identificar patologías a partir de imágenes.

Objetivos: Desarrollar modelos de deeplearning que permitan identificar pacientes con enfermedad coronaria o diabetes a partir de una fotografía selfie.

Materiales y Métodos: 4920 pacientes grabaron un video selfie de forma voluntaria y llenaron un formulario de sus

antecedentes. Se definieron 3 grupos 1) Coronarios (antecedentes de infarto, cirugía de revascularización miocárdica o angioplastia coronaria; n= 1520) 2) Diabéticos (antecedentes de diabetes, n=1700) y 3) Controles (no cumplen criterios para ser incluidos en el grupo 1 o 2, n=1700.). Los datos fueron divididos en train/test en una relación 90/10 (90%). De cada video se extrajeron 5 fotogramas. Para el entrenamiento se utilizó la arquitectura Resnet34, con data augmentation y transfer-learning, mediante PyTorch. Se definió una probabilidad de corte mayor o igual al 50% para la asignación de las categorías.

Resultados: El modelo de detección de diabetes alcanzó un accuracy del 74% y el de detección de enfermedad coronaria 71% en los datos de test (Tabla 1)

	Accuracy	Sensibilidad	Especificidad
Detección Diabetes	74%	75%	74%
Detección Enfermedad Coronaria	71%	64%	77%



Conclusiones: Los modelos de deep learning podrían favorecer el screening de riesgo cardiovascular a partir de una selfie. Su complemento con los score de riesgo tradicionales debería ser considerado.

0548 - IMPACTO DEL AUMENTO DE CREATININA EN LA INTERNACION POR INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS DEL REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA (ARGEN-IC)

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

PRINCICH, Lilia Gabriela | SCATULARO, Cristhian Emmanuel | PORTILLO RODRIGUEZ, Meiber David | BENAİM, Leonel | TERNS, Paula | BISSUTI, Julio | FERNANDEZ, Alberto | LESCANO, Adrián José

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) tiene una elevada prevalencia en la población. Las internaciones por IC aguda suponen un aumento de la mortalidad y otras complicaciones, entre las que se destaca la insuficiencia renal aguda (IRA).

Objetivos: Evaluar la cinética de la creatinina sérica (Cr) y su impacto en el pronóstico en la fase nosocomial y en el seguimiento a 12 meses en pacientes internados por IC aguda incluidos en el registro ARGEN-IC.

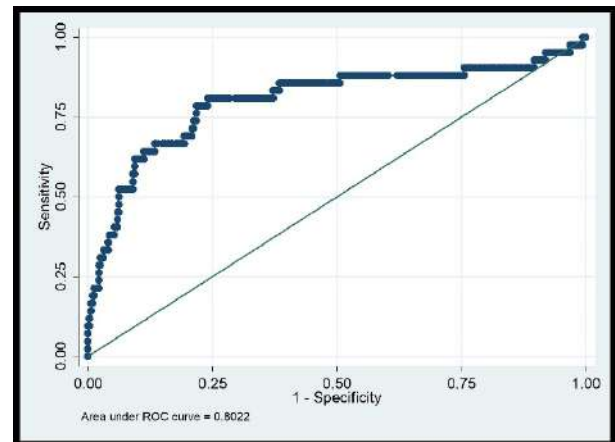
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes internados por IC aguda en Argentina entre agosto 2018 y marzo 2019, con un seguimiento de 12 meses. Se evaluó parámetros de función renal y su relación con variables pronósticas. Las variables cualitativas se describen en porcentajes y Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartilo, según su distribución. Los test de hipótesis fueron T, chi cuadrado o Wilcoxon. El análisis multivariado se realizó con regresión logística. La significancia estadística se definió con una p < 0.05.

Resultados: Se incluyeron 909 pacientes con IC aguda de 18 provincias. La edad media fue 72,2 ± 14 años y el 60,5% de sexo masculino. Entre las características basales se destacan hipertensión (74%), diabetes (33%), fibrilación auricular (31%) y enfermedad renal crónica (ERC) (18.8%). El 48% se presentó como congestión mixta, 24% congestión pulmonar. La fracción de eyección (FEy) promedio fue 41±15%, y más prevalente fue la FEy deteriorada (49.5%). La Cr de ingreso fue 1.5 ± 1.24 mg% y la del egreso 1.47 ± 1.17 mg%, sin diferencias significativa. El 25% de la cohorte presentaba Cr > 1.5 mg% a su ingreso y al alta, y 10.9% desarrolló IRA durante la internación. El tratamiento incluyó furosemida en el 99% (81% con bolos) con dosis mayores en pacientes con IRA (459mg/día vs 158mg/día, p<0.00001), y el 7.83% de los

	OR	IC	P=
NT-proBNP al ingreso	1.00	1.00001 – 1.00008	0.012
ERC	4.03	1.87 – 8.70	<0.0001
Cambio estrategia diuretica	2.27	1.07 – 4.82	0.033
ARM	20.20	6.14 – 66.49	<0.0001

pacientes requirió ultrafiltración. La presencia de ERC, asistencia respiratoria mecánica (ARM), péptido natriurético atrial (nt-proBNP) elevado al ingreso y el escalonamiento diurético fueron factores predictores de IRA en la internación en el análisis multivariado (Tabla 1), con un área bajo la curva ROC de 0.80 (Figura 1). La mortalidad total nosocomial fue 7,3%, mientras que en el seguimiento a 12 meses la tasa de mortalidad global fue 30%, de reinternaciones 62.7% y de ambos combinados 64%. En el análisis multivariado el valor de creatinina al ingreso fue uno de los factores que se asociaron con ambos eventos a 12 meses (OR 1.32, IC95% 1.06-1.66, p=0.012).

Conclusiones: En pacientes internados por IC aguda, la ERC, ARM, nt-proBNP elevado y el escalonamiento diurético fueron predictores de aumento de Cr sérica y de IRA, los cuales a su vez fueron factores predictores de mortalidad y/o reinternaciones en el seguimiento a 1 año. En nuestra población los hallazgos son concordantes con los registros internacionales sobre las implicancias pronósticas del valor de la creatinina en IC aguda.



0570 - PRUEBA CARDIOPULMONAR DEL EJERCICIO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA

Unidad Temática: Cardiología Del Ejercicio

PEREZ PONSA, Mercedes | HERZKOVICH, Nicole | BARBAGELATA, Leandro Ezequiel | ROSSI, Emiliano | MASSON, Walter
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente. En etapas avanzadas las manifestaciones clínicas clásicas son disnea, síncope o angina de pecho, las cuales reflejan la necesidad de llevar a cabo un reemplazo valvular a fin de reducir la morbimortalidad. En etapas iniciales estos pacientes suelen estar asintomáticos. Sin embargo, fundamentalmente en la población mayor, no siempre es sencillo discriminar entre los “verdaderos” asintomáticos y los oligosintomáticos. En los últimos años se ha propuesto evaluar a estos pacientes a través de la prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP), ya que valora la capacidad funcional en forma integral (sistema cardiovascular, respiratorio, musculoesquelético y metabólico).

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue analizar las características de la PECP en una población con estenosis aórtica severa asintomática, identificando a los probables “falsos” asintomáticos a través de la capacidad funcional y la presencia de síntomas durante el ejercicio.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte transversal a partir de una base de datos secundaria (historia clínica electrónica). Se incluyeron pacientes de manera consecutiva mayores de 18 años con diagnóstico ecocardiográfico de estenosis aórtica severa asintomática entre los años 2010 y 2016, que tuvieran una PECP hasta 3 meses luego del diagnóstico. Se analizaron variables clínicas y de la PECP.

Resultados: Se incluyó a un total de 58 pacientes (edad media de 74,1 ± 12,1 años, 56,7% hombres). El consumo pico de oxígeno fue de 18,2 ± 4,3 ml/min/kg. A nivel global, el 65,7% presentó capacidad funcional conservada y 34,3% algún tipo de deterioro. En cuanto al origen del deterioro, el 29,2%, 37,5% y 33,3% fue de origen cardiovascular, mixto y periférico, respectivamente. El 24,3% de los pacientes presentaron síntomas durante el estudio (66.6% disnea, 22,2% dolor precordial y 11,2% mareos). Tabla 1.

Conclusiones: Por primera vez en nuestra región se analizan los datos de la PECP en pacientes con estenosis aórtica severa

VARIABLES CONTINUAS (DE)	Población total n=58
Edad, años	74.1 (12,1)
Índice de masa corporal, kg/m ²	27.7 (3,9)
Consumo de oxígeno pico, ml/kg/min	18,2 (4,3)
Consumo de oxígeno predicho, %	89,9 (20,4)
Pendiente ventilatoria	31,7 (7,5)
METS	5,2 (1,1)
Tiempo de ejercicio, minutos	9,01 (2,7)
VARIABLES CATEGÓRICAS, %	
Hombres	56,7
Pulso de oxígeno normal	90
QUES normal	61,4
Capacidad funcional conservada	65,7
Umbral anaeróbico alcanzado	28,6
Origen de capacidad funcional deteriorada:	
Cardiovascular	29,2
Mixto	37,5
Periférico	33,3
Síntomas durante el estudio	24,3

asintomática. Un cuarto de la población, presuntamente asintomática, desarrolló síntomas durante el estudio y un tercio presentó algún tipo de deterioro de la capacidad funcional. Dichos hallazgos indicarían que a través de la PECP es factible detectar precozmente pacientes falsamente asintomáticos y, eventualmente, guiar la intervención terapéutica correspondiente.

0574 - REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA 2 (RADAC 2). RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS.

Unidad Temática: *Cardiología Intervencionista*

GRINFELD, Diego David | DELACASA, Arturo Alejandro | BRAVO, Alfredo Dante | IRAVEDRA, Jorge | LICHERI, Alberto | RAMOS, Cristiano | GADDA, Carlos E. | TORRESANI, Ernesto Marcelo

Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionista (CACI)

Introducción: Si bien la angioplastia coronaria (ATC) es un método terapéutico establecido sigue evolucionando desde las indicaciones y recursos técnicos tanto diagnósticos (OCT, FFR, IVUS, etc.) como terapéuticos (DES, DEB, etc.) que se van incorporando y modificando. En nuestro medio hemos llevado a cabo hace unos 10 años el estudio RAdAC del que participaron 67 Centros Médicos con Servicio de Hemodinamia y en el que se incluyeron 3.102 pacientes. Con el objetivo de recrearlo con datos provenientes de nuestra actualidad se llevó a cabo el presente estudio.

Objetivos: Reportar los resultados intrahospitalarios iniciales de los pacientes tratados mediante angioplastia coronaria incluidos en el registro RAdAC2.

Materiales y Métodos: Por iniciativa del CACI en septiembre de 2019 comenzó el RAdAC2 como un registro de cohorte prospectivo y multicéntrico de las angioplastias coronarias (ATC) realizadas en los centros participantes. En el período septiembre 2019/septiembre 2020, 38 Centros Médicos de 15 provincias de Argentina incluyeron 2.256 pts. Las variables continuas fueron reportadas como media \pm desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, de acuerdo con su distribución. Las variables categóricas fueron reportadas como porcentajes.

Resultados: Se realizaron 2.544 ATC con un Éxito Primario Global de 92.93%. El número de procedimientos necesarios para resolver los casos fueron: 1: en 93.53%, 2: en 6.26% y 3: en 0.2%. Se utilizó la vía radial en 60.3%, femoral: 39.4% y humeral: 0.29%. Se utilizaron dispositivos distintos al balón convencional para la preparación de placa en solo 1.77% (Rotablator: 0.45% - Balón de Corte: 1.32%). Se usó IVUS en 1.32%, FFR: 0.58%, iFR: 0.49%, OCT: 1.03% y métodos radiológicos de optimización del Stent (Stent Boost o similares) en el 25.29%. Los pacientes fueron tratados con DES en 93.69%, BMS: 5.9% y DEB: 0.4%. Se registraron como complicaciones peri-procedimiento IAM tipo 4a: 0.53%, IAM tipo 4b: 0.04%, AIT: 0.08%, sangrado TIMI mayor: 0.35% (digestivo 3pts, punción femoral 2 pts, punción radial 2 pts, urinario 1pts), trombosis del stent: 0.35% (Aguda y Definida en 6pts, Subaguda en 2pts siendo Posible 1 pts y Probable 1pts). La mortalidad global fue de 1.37% siendo de causa cardiovascular 1.24% y no cardiovascular 0.13%. Ningún paciente requirió Cirugía de Revascularización Miocárdica en esta etapa.

Conclusiones: En el registro RAdAC 2, se objetiva una alta tasa de Éxito Primario Global con baja tasa de complicaciones y mortalidad. Hay una baja utilización de dispositivos de preparación de placa distintos al balón convencional y de métodos diagnósticos complementarios distintos a los radiológicos (IVUS, OCT, FFR e iFR). Se objetiva una alta tasa de uso de métodos radiológicos de optimización de stent. La gran mayoría de los casos (93.69%) fueron tratados con DES. La vía de acceso radial es la más utilizada.

0600 - ESTRATIFICACION DE RIESGO EN HIPERTENSION PULMONAR ¿ES UTIL LA APLICACIÓN DE VARIABLES NO CONVENCIONALES?

Unidad Temática: *Hipertensión Pulmonar y Terapéutica*

SORASIO, Guillermina(1) | PRINCICH, Lilia Gabriela(2) | VARGAS MIELES, Paul(1) | DR BESMALINOVICH, Ezequiel(2) | DR. MUSANTE, Cristian(2) | CAPRINI, Romina Laura(2) | DRA. VERGARA, Nadia(2) | LESCANO, Adrián José(1)

Red de Clínicas Santa Clara (1); Sanatorio Trinidad de Quilmes (2)

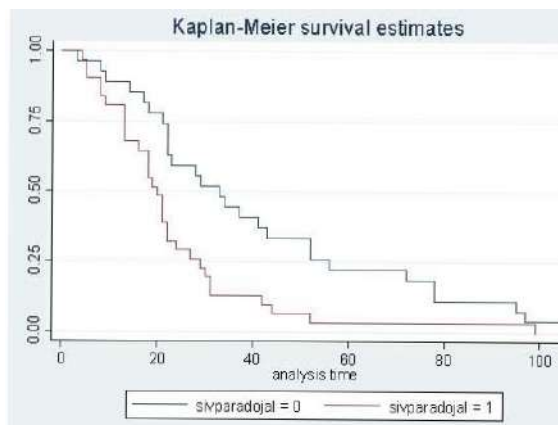
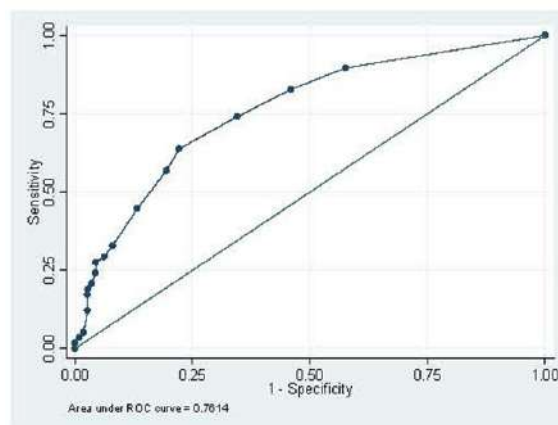
Introducción: En la hipertensión arterial pulmonar (HP) la valoración pronóstica y la estratificación de riesgo de los pacientes constituyen el primer paso para definir la estrategia terapéutica. Las escalas internacionales ampliamente validadas, no incluyen ciertas variables de riesgo de fácil disponibilidad y acceso que pueden ser de utilidad en el tratamiento.

Objetivos: Valorar el impacto pronóstico de variables de riesgo no incluidas en los scores internacionales en pacientes con hipertensión pulmonar de nuestro medio asistencial.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, analítico, prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo derecho entre 2012-2020. Se recolectaron los datos demográficos, subgrupos de HP y variables de riesgo reconocidas por las guías internacionales y otras no incluidas en los mismos: sexo, presencia de angina, movimiento paradójico del septum interventricular (SIV), excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) y deterioro de la Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI <50%). La variable dependiente pronóstica se definió como mortalidad global en el seguimiento a 2 años. Se aplicó el test de t o Chi2 según la variable continua o categórica. El análisis multivariado se realizó con regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. Para definir el ajuste del modelo se definió el parámetro de discriminación valorando el área bajo la curva ROC. Se adjudicó significancia estadística a un valor $p < 0.05$ y se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 212 pacientes, con una media de edad de 59 años (DE ± 17.00), con prevalencia del sexo femenino (69.01%), del subgrupo 1 de HP (69.81%), clase funcional avanzada en el 55% y 71% test de caminata de 6 minutos (TC6M) < 440 metros. La mortalidad total a los 2 años fue de 29.9%. Los factores asociados a mortalidad en el análisis univariado fueron: clase funcional avanzada (OR 2.97, IC 95% 1.52-5.95, $p = 0.006$), angina (OR 5.1, 95% IC 2.04-13.1, $p = 0.000$), TC6M < 440 metros (OR 8.83 95% IC 2.89-35.7, $p = 0.000$), TAPSE < 16 mm (OR 3.02 95% IC 1.47-6.19, $p = 0.0008$), septum paradójico (OR 3.47 95% IC 1.73-6.82, $p = 0.0001$) y FSVI deteriorada (OR 2.87 95% IC 1.40-5.8, $p = 0.001$). En el análisis multivariado las variables asociadas a mortalidad fueron: sexo masculino (OR 2.17, DS ± 0.82 , IC 95% 1.03-4.58, $p = 0.041$), presencia de angina (OR 5.56, DS ± 3.01 , IC 95% 1.92-16.09, $p = 0.02$), movimiento paradójico del SIV (OR 2.26, DS ± 0.82 , IC 95% 1.10-4.61, $p = 0.025$) y FEVI (OR 2.02, DE ± 0.64 , IC 95% 1.09-3.76, $p = 0.025$). El valor del área bajo la curva ROC fue de 0.76

Conclusiones: Se observó una asociación significativa entre variables de riesgo no convencionales, como sexo masculino, presencia de angina, movimiento paradójico del septum y FEVI deteriorada con mortalidad a 2 años en pacientes con diagnóstico de HP con una elevada discriminación del modelo. Estos parámetros no convencionales de fácil valoración y amplia disponibilidad podrían contribuir con una mejoría en la estimación del riesgo de estos pacientes.



0605 - IMPACTO DEL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST.

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

CANDIELLO, Alfonsina(1) | ZONI, Rodrigo(2) | LASAVE, Leandro Ignacio(3) | ZANGRONIZ, Pedro(4) | RUIZ, Natacha(5) | RIPA, Leonardo(6) | VILLAGRA, Lorena(7) | BELARDI, Jorge Atilio(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (2); ICR - Instituto Cardiovascular de Rosario SA (3); Hospital Provincial del Centenario - Rosario (4); Hospital General de Agudos F. Santojanni (5); Hospital Central de Mendoza (6); Sanatorio Pasteur (7)

Introducción: Al inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, varias publicaciones reportaron una reducción inesperada de las admisiones por infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y un incremento de la mortalidad intrahospitalaria. Estos reportes ocurrieron en ciudades o regiones con saturación del sistema sanitario e incluían un corto periodo de evaluación. Existen pocos datos acerca del comportamiento de los IAMCEST y su evolución intrahospitalaria en países de Latinoamérica durante el primer año de pandemia y se desconoce si este mismo comportamiento se reproduce en regiones sin signos de saturación del sistema sanitario como Argentina.

Objetivos: Evaluar el impacto del primer año de pandemia por COVID-19 en la admisión, tiempos de reperfusión y mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con IAMCEST que ingresaron a centros que participan de la Iniciativa Stent-Save a Life! Argentina.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional realizado en 30 centros (7 públicos y 23 privados) con capacidad para realizar angioplastia primaria (ATCp) 24/7 localizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 9 provincias de la República Argentina. Se analizó el número de IAMCEST admitidos, las características clínicas, los tiempos al tratamiento de reperfusión y la mortalidad intrahospitalaria durante el primer año de pandemia (Periodo Pandemia: 20 de marzo de 2020 a 19 de marzo de 2021) y se lo comparó con el mismo periodo de los años precedentes (Periodo Pre-Pandemia: 20 de marzo 2019 a 19 de marzo de 2020).

Resultados: Durante el periodo prepandemia fueron admitidos 1660 pacientes con IAMCEST y durante el año de pandemia 1596, lo que representa una reducción global del 4%. La figura

1 detalla el comportamiento mensual de los IAMCEST ingresados. En la tabla 1 se observa los tiempos al tratamiento de reperfusión. El aumento observado en el Tiempo PB fue a expensas de los pacientes que ingresaron en ambulancia [39 (22-66) vs 44 (26-75); p=0.005], sin cambios en el tiempo puerta-balón de los pacientes que ingresaron a la guardia por sus propios medios [87 (65-119) vs 89 (66-89); p=0.586]. Durante el periodo pandemia, se observó una reducción estadísticamente significativa en el % de preactivación (65% al 55%, p<0.0001). La mortalidad intrahospitalaria aumentó de manera significativa en el periodo pandemia de 7,23% a 9.56%, p=0.017.

Conclusiones: La pandemia por COVID-19 ha impactado de manera negativa en los pacientes con IAMCEST. En nuestra serie de pacientes se observó una reducción de las admisiones por IAMCEST particularmente al comienzo de la pandemia, luego de la instauración del confinamiento y durante el pico de contagios. Los pacientes con IAMCEST que accedieron al sistema de salud, consultaron tardíamente, tuvieron tiempos totales de isquemia más prolongados y consecuentemente mayor mortalidad. Todo lo sucedido tiene que generar un llamado a la acción a las sociedades científicas para alertar a la población acerca de los síntomas de infarto y de la importancia de consultar a tiempo, más o aun más en época de pandemia.

	Prepandemia	Pandemia	p
Dolor-PCM	90 (45-210)	120 (58-240)	<0.0001
PCM-balón	115 (80-190)	119 (80-188)	0.267
PB	60 (31-94)	67 (36-103)	0.004
Tiempo total de Isquemia	250 (162-431)	270 (180-455)	0.019



0622 - TROPONINA I ULTRASENSIBLE COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 19 (COVID-19)

Unidad Temática: Covid-19

DIESEL, Claudio Oliver | WAISTEN, Karen | SERRANO ZUBIETA, Christian Daniel | BRUNO, María Claudia

Clínica Zabala

Introducción: La evaluación de factores pronósticos durante la internación de pacientes (p) con COVID-19 es fundamental. Los niveles elevados de troponina se han asociado a eventos adversos en la evolución de los p con COVID-19.

Objetivos: Evaluar la relación que entre los valores de troponina I ultrasensible (TnI US) y mortalidad de los p cursando internación por COVID 19.

Materiales y Métodos: Entre marzo de 2020 y febrero de 2021 se registraron de forma prospectiva p adultos (>=18 años) con diagnóstico de COVID-19 en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se excluyeron los p con limitación del esfuerzo

Características basales y comorbilidades	Muerte (n=29)	Sobrevivida (n=448)	p
Edad (años)	73 (65-78)	47 (37-63)	<0,001
Mujer	48,28%	45,19%	NS
Enfermedad coronaria	37,93%	4,92%	<0,001
Enfermedad cerebrovascular	6,9%	1,57%	0,04
Antecedentes de insuficiencia cardíaca	6,9%	1,57%	0,04
Fibrilación auricular	6,9%	2,46%	NS
Valvulopatía moderada o severa	0	1,79%	NS
Diabetes	31,03%	11,63%	0,002
Hipertensión arterial	62,07%	24,61%	<0,001
Dislipemia	48,28%	10,74%	<0,001
Tabaquista o exabajaquista	51,72%	27,74%	0,005
Obesidad	17,24%	19,02%	NS
TnI US >percentilo 99	72,41%	7,83%	<0,001

terapéutico. Se analizaron los factores de riesgo cardiovasculares antecedentes de enfermedad coronaria. Todos los p contaban con medición de TnI US mediante el método de inmunoensayo de Abott, donde el percentilo 99 es de 15 ng/ml para mujeres y de 34 ng/ml para hombres. Análisis estadístico: Test de Chi cuadrado para variables discretas, t de Student, ANOVA o Kruskall- Wallis para variables continuas según correspondiera. Se realizó un análisis multivariable con regresión logística. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se incorporaron 477 p, cuyas características basales se detallan en tabla 1. 426 p (89,3%) presentaron un dosaje de TnI US normal reportándose una mortalidad de 7,83% y 51 p (10,69%) presentaron TnI US mayor al percentilo 99, con una mortalidad del 72,41% siendo este un factor independiente de mortalidad (odds ratio [OR] 21,8; intervalo de confianza 95% [IC], 7,2- 65,5 $p < 0,001$) al igual que la edad y el antecedente de diabetes. Al evaluar la magnitud de la elevación de TnI US y el impacto sobre la mortalidad, observamos que si bien los p con elevación de TnI US hasta 100 ng/ml presentaron un riesgo alto (OR 7.1; IC 95%, 1.8 – 27.8 $p = 0.004$), los p con TnI US mayor a 100ng/ml tuvieron un riesgo considerablemente mayor (OR 23.8 IC 95%, 7.8 – 78.9 $p < 0.001$).

Conclusiones: En nuestro estudio el dosaje de TnI US ha demostrado ser una poderosa herramienta al momento de evaluar el pronóstico de los p que cursan internación por COVID-19.

E-POSTERS

0008 - EL DESCONOCIMIENTO COMO FACTOR DE RIESGO DE INFARTO

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | MAURO, Víctor Miguel(1) | DELFINO, Flavio Andres(1) | FRONTERA, Esteban(1) | MARTURANO, Pia(1) | D'IMPERIO, Herald(1) | MACIN, Stella Maris(2) | CHARASK, Adrian(1)

Área de Investigación SAC (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: El hecho de ser diabético, hipertenso o dislipémico (entre otros factores de riesgo cardiovasculares (FRC)) aumenta el riesgo de sufrir un infarto. Sin embargo, muchos pacientes se infartan, y al momento en que lo hacen, “desconocen” si padecen o no dichos factores que si hubieran sido tratados adecuadamente, hubieran disminuido su probabilidad de desarrollar un evento.

Objetivos: 1) Evaluar cuántos pacientes que ingresan por un infarto a la UCO desconocen si padecen los FRC antedichos. 2) Comparar las características clínicas y evolución de aquellos pacientes que desconocen 2 o más de los FRC antedichos.

Materiales y Métodos: se analizó la población del registro ARGEN IAM ST y se los interrogó acerca de la prevalencia de FRC. Los pacientes podían contestar si/no/desconoce. Se agrupó a los que desconocían más de 1 FRC y se los comparó con la población restante. Se analizaron las características clínicas y evolución intrahospitalarias de acuerdo a ello.

	global	Conoce FRC	No conoce >1FRC	p
N/%	3462 (100)	3278 (94,7)	184 (5,3)	
Edad mediana (RIC 25-75%)	60 (53-68)	60 (53-66)	59 (50-66)	0,02
Género masculino (%)	80	79	88	<0,001
Tabaquismo o extbq < 1 año (%)	61,3	60,4	75,2	<0,001
IAM previo (%)	12	12,33	1,7	<0,001
Tiempo a la consulta (min)	105 (49-240)	105 (45-240)	120 (60-309)	0,02
Muerte (%)	8,72	8,57	10,33	0,24

Resultados: 3462 p. Un 24% reportaron ser DBT (n: 837), un 42% dislipémicos (n:1461) y un 59% HTA (n:2048). Un 3,6% desconocía al ingreso si era diabético (n: 124), un 12,46% desconocía si era dislipémico (n:433) y un 4,34% refería no saber si era hipertenso previo (n:4,36). Un 5,32% desconocían más de 1 FRC. En la tabla 1 se resumen sus características clínicas y evolución, comparadas con la de los pacientes que conocían esas condiciones de riesgo.

Conclusiones: Entre el 5 y el 10% de los pacientes que ingresan por un infarto, desconocen al menos uno de sus factores de riesgo coronario. Los que desconocen 2 o más son en su mayoría hombres, no tienen antecedentes de infarto previo y son más tabaquistas. Asimismo, muestran un tiempo a la consulta mayor que el de los pacientes que son conscientes de sus FRC y presentan una tendencia hacia mayor mortalidad.

0009 - PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO VIRTUAL

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

DE LOS SANTOS, María Sol | GARCÍA DELUCIS, Pablo | CORNELIS, Carlos Javier | BERRA, Ignacio

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: Frente a la pandemia por Covid 19, el número de Cirugías se vió severamente disminuido, operándose principalmente urgencias y pacientes que por su patología de base requerían corrección a la brevedad.

Objetivos: Describir un programa de entrenamiento alternativo durante la Pandemia por Covid 19.

Materiales y Métodos: Durante la Pandemia por Covid, la formación del Recurso Humano se vió severamente comprometida. Es por ello que rápidamente se decidió armar un Programa de Entrenamiento Virtual, vía video conferencias, invitándose a Cirujanos de Centros de Referencia alrededor del mundo quienes nos brindaron su conocimiento en distintos temas de Cirugía Cardíaca Pediátrica. Se logró conformar un grupo de trabajo interdisciplinario conformado por profesionales involucrados en el cuidado de pacientes con cardiopatías congénitas; Cirujanos, Cardiólogos, Enfermeros, Médicos Intensivistas, Perfusionistas, etc.

Resultados: Dentro de la audiencia se contó con la presencia de profesionales de toda América Latina, Europa y Estados Unidos. Se realizaron un total de 44 Seminarios Internacionales y 20 clases para la residencia, con un total de 1280 personas participando de las reuniones, y 100 hs de conexión en vivo. El desarrollo de estas actividades permitió la adquisición de nuevos conocimientos que fueron aplicados en el tratamiento de las cardiopatías congénitas, resultando en una mejoría en la calidad de atención del paciente. Claro ejemplo de ello es la implementación del Technical Performance Score, la implementación de un nuevo protocolo de Hemofiltración Modificada, y empezar a estudiar y aplicar nuevas técnicas quirúrgicas. A su vez, se creó un canal de Youtube en donde se suben los videos de todas las actividades y el cual cuenta con un total de 786 reproducciones, esto nos permite compartir nuestra experiencia y conocimiento, y fomentar el continuo aprendizaje y formación de nuestros residentes. También iniciamos un curso anual de simulación con modelos de impresión 3D para recrear cardiopatías congénitas, esto nos permite realizar la cirugía en un ambiente tranquilo, lo cual es ideal para entrenar sin el estrés de una cirugía real.

Conclusiones: Durante la pandemia por Covid 2019, desarrollamos un programa de entrenamiento virtual que nos permite asegurar la formación continua de nuestro recurso humano y mantener intercambio enriquecedor con instituciones de referencia a nivel mundial.

0012 - TROPONINA T ULTRASENSIBLE COMO MARCADOR DE INJURIA MIOCÁRDICA EN UNA POBLACIÓN CON SOBRECARGA DE VOLUMEN POR COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

CONTRERAS, Alejandro | PEIRONE, Alejandro Román | FACUNDO, Ledesma | JOSE, Amigone | JUANEDA, Ernesto | DR. DEFAGO, Victor | DR. CUESTAS, Eduardo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: En la actualidad el dosaje de troponinas sérico es recomendado como biomarcador en la enfermedad coronaria siendo un indicador de injuria miocárdica. Existe una carencia en referencia a la presencia de injuria miocárdica en cardiopatías congénitas que provocan sobrecarga de volumen como la comunicación interauricular (CIA).

Objetivos: El objetivo de este trabajo es comparar el valor de troponina T ultrasensible en pacientes con CIA tipo ostium secundum y controles con ausencia de cardiopatías.

Materiales y Métodos: Desde Julio de 2020 a Mayo de 2021, se incluyeron prospectivamente pacientes que ingresaron al Hospital para cierre percutáneo de CIA. Previo al ingreso a la sala de Hemodinamia, se realizaron pruebas de laboratorio que incluían el dosaje de troponina T ultrasensible. El grupo control fue conformado con el mismo número de pacientes, consecutivos, menores de 40 años de edad, que consultaron al servicio de guardia entre Abril y mayo de 2021. Dicho grupo control consistió en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular y sin signos ni síntomas de insuficiencia cardíaca, quienes fueron atendidos por dolor precordial atípico, controles de seguimiento de COVID sin neumonía previa y asintomáticos, palpitaciones sin evidencia de arritmias significativas o dolor abdominal. Las variables categóricas se expresan en porcentaje e IC 95%. Se evaluó la distribución de las variables continuas con test de Kolmogorov-Smirnov y se

expresan en media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico según su distribución. Se compararon las variables categóricas con Chi cuadrado y las variables continuas con Test T o Mann-Whitney según su distribución entre ambos grupos (grupo cierre de comunicación interauricular vs grupo control). Un valor de p menor a 0,05 se consideró significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 24.0

Resultados: El grupo CIA estuvo compuesto por 26 pacientes, con edad media de 20,9 años (DE 19,1), el 73% IC95 65%-81% mujeres. El diámetro medio del defecto fue 13,7 mm (DE 5,1), presión media de arteria pulmonar de 21,1 mm Hg (DE 5,7), presión sistólica de arteria pulmonar de 29,3 mm Hg (DE 7,3), la presión sistólica aortica 99,4 mm Hg (DE 15,5) y relación presión pulmonar/presión aortica de 0,29 (DE 0,07). Todos los pacientes incluidos tenían dilatación de cavidades derechas. La mediana de troponina previo al procedimiento fue 4,35 pg/ml (RIC 4,88). El grupo control consistió en 26 pacientes, con edad media de 27,7 años (DE 6,6), el 46% IC95 37%-55% mujeres. La mediana de troponina fue 5,25 pg/ml (RIC 6,15). No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad ($p=0,09$), sexo femenino ($p=0,09$) y mediana de troponina ($p=0,64$).

Conclusiones: En la cohorte de pacientes incluidos en el presente estudio, de acuerdo a los niveles séricos de troponina T ultrasensible evaluados, la sobrecarga de volumen debido a la presencia de una comunicación interauricular tipo ostium secundum no se encontró asociada a injuria miocárdica.

0017 - DAPPS - APLICACIONES DESCENTRALIZADAS EN SALUD

Unidad Temática: Investigación Básica

YANICELLI, Lucía María(1) | MARTÍNEZ, Ernesto Carlos(1) | PALACIOS, Gerardo Nicanor(2)

CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (1); HOSPITAL CENTRO DE SALUD "ZENON J. SANTILLÁN" (2)

Introducción: En los últimos años, especialmente debido al COVID-19, se ha observado un incremento del uso de la telemedicina en nuestra cotidianidad. Desde simples consultas por WhatsApp hasta complejos diagnósticos médicos a través de plataformas virtuales. En este tiempo han surgido novedosos sistemas para el intercambio de información médica. La gran mayoría consiste en sistemas centralizados que manejan y almacenan la información de los pacientes, presentando ciertas vulnerabilidades en el almacenamiento de los datos o incluso en el posible uso de los mismos sin consentimiento previo. Frente a esto, se observa el fortalecimiento de tecnologías descentralizadas que podrían utilizarse como base para sistemas confiables e inmutables. Entre estas, se encuentran las DApps que funcionan sobre blockchain (BC) o cadena de bloques y permiten acceder a distintos servicios de forma segura, ya que almacenan criptográficamente los datos y registros de funcionamiento. La BC, popular por las criptomonedas (CM) como ser el Bitcoin, es similar a un libro de contabilidad descentralizado que contiene registros de transacciones en una red de igual a igual. Eludir la dependencia de autoridades centralizadas, así como la inmutabilidad y seguridad de sus contenidos, es la razón de la popularidad de la investigación que ha recibido BC en los últimos años, especialmente en temas de salud.

Objetivos: Estudiar las posibilidades que presenta la tecnología BC en el ámbito de la salud, a través de la revisión de diferentes DApps en desarrollo que garantizan la privacidad de los datos.

Materiales y Métodos: Se realizan búsquedas en los principales motores científicos (PubMed, Google Scholar, etc) con los términos "decentralized application", cardiology y trial para acceder a artículos publicados en revistas internacionales sobre el desarrollo de DApps en cardiología que hayan sido probadas en algún trial. En simultáneo, se realiza un estudio detallado de las diferentes DApps de salud en desarrollo, sobre las principales BC (Ethereum, EOS, etc), recogidas en el portal The State of The DApps.

Resultados: A principios de mayo de 2021 se encuentran 21 trabajos científicos y 29 proyectos de DApps que abordan diferentes enfoques de salud. Se agrupan los proyectos de acuerdo a su funcionalidad principal: 1. Compartir información médica entre pacientes y personal de salud. Acceder a consultas a través de contratos inteligentes previamente establecidos y a cambio de CM como pago. 2. Incentivar la actividad física mediante diferentes desafíos deportivos, brindando recompensas con CM que pueden utilizarse para comprar productos deportivos, acceder a consultas con médicos, nutricionistas, etc. 3. Crowdfunding para investigaciones en salud. Plataformas que permiten conectar investigadores, industrias, pacientes e inversores, creando un ecosistema financiero para investigaciones a través de subastas con CM. 4. Investigación principalmente con genomas y datos médicos. Estos proyectos buscan compartir información genética con el fin de detectar y estudiar diversas enfermedades. Además, se observan proyectos para acceder a información confiable sin afectar la privacidad del paciente sobre patologías poco frecuentes, servicios de

inteligencia artificial para diagnosticar enfermedades, consumos de medicamentos, entre otros.

Conclusiones: El estudio de estos proyectos, permite observar las potencialidades de la tecnología BC y las ventajas en cuanto a seguridad, privacidad e inmutabilidad de los datos, manejo inteligente con independencia de terceros en las transacciones e interacciones entre pacientes y médicos, fácil control y acceso a la información en cualquier momento y desde cualquier lugar, lo cual sugiere la conveniencia de incorporar la BC en las prácticas de salud cotidianas.

0020 - ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA SEVERA

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

MATTA, Maria Gabriela(1) | SAENZ, Benjamin(1) | SCHREIER, Laura Ester(2) | RODRIGO, Cardoso(1) | BLAUTZIK, Facundo(1) | FACUNDO, Sampayo(1) | CORRAL, Pablo(1)

Facultad de medicina-UFSTA (1); Lab. Lipidos y Aterosclerosis-UBA (2)

Introducción: Las estatinas han demostrado reducir la mortalidad y eventos cardiovasculares en varios escenarios clínicos y son indicación de primera línea para pacientes con hipercolesterolemia severa (HS). Sin embargo, a pesar de toda la evidencia disponible en relación con su seguridad y eficacia, un gran porcentaje de pacientes abandonan y no son adherentes, luego de la indicación por parte del profesional médico.

Objetivos: evaluar el uso y la adherencia a estatinas en pacientes luego del diagnóstico de HS en una región perteneciente al sistema sanitario público.

Materiales y Métodos: Durante el segundo semestre del 2020 se realizó el seguimiento telefónico de 115 pacientes con HS incluidos durante el año 2015 en el "Primer Programa de Detección de Hipercolesterolemia Familiar en Argentina". Los participantes del estudio fueron ingresados por presentar colesterol total >300 mg/dL o cLDL >190 mg/dL. Todos los participantes recibieron un informe final redactado por profesionales médicos y bioquímicos, para su médico de cabecera con la evaluación final y recomendación de tratamiento hipolipemiante a iniciar según las normas de la SAC. Además, recibieron un informe explicativo de su patología, riesgo cardiovascular y plan de control para asegurar una correcta adherencia y continuidad del tratamiento. Durante la entrevista telefónica de seguimiento se evaluó control clínico y de laboratorio del paciente en los últimos 12 meses, factores de riesgo cardiovascular, la adherencia al tratamiento y la presencia de eventos cardiovasculares.

Resultados: La media de la edad de los pacientes fue 56 ± 10 años, 73.9% (n=85) fueron mujeres El 36.5% (n=42) presentaba al menos un factor de riesgo cardiovascular modificable: diabetes, tabaquismo, hipertensión o cHDL bajo, y el 28.7% (n=33) presentó dos factores de riesgo o más. Solo el 63.4% (n=52) de las mujeres y el 43% (n=13) de los hombres refirió estar en seguimiento y haber realizado un control clínico en el último año. Si bien en el inicio del estudio, basalmente el 41% (46 participantes) recibían medicación con estatinas, solo el 16.5% la continuó tomando (19 participantes). De los 69 participantes que no recibían medicación y que fueron asesorados para el inicio de esta, solo el 28% refirió recibir la medicación en la actualidad. Estratificado por sexo, el 40.2% de las mujeres (n=33) refirió recibir estatinas versus el 26.7% (n=8) de los hombres. Las causas del no inicio o abandono de la medicación reportadas y/o detectadas fueron: no concurrir más al control médico 65 %, falta de indicación por el médico de cabecera 16%, falta de cobertura 13%, abandono de esta por motivos personales 2% y mialgias 4%. Durante el periodo de evaluación (2015-2020) 18 participantes (15.4%) refirieron haber presentado una internación por enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica o ACV isquémico) y 4 (3.4%) fallecieron en el seguimiento por cardiopatía isquémica. El análisis multivariado no detectó predictores independientes de riesgo diferentes del nivel de cLDL.

Conclusiones: El seguimiento de esta cohorte con HS, que incluye pacientes con diagnóstico clínico de hipercolesterolemia familiar inmersos en el programa de detección específicamente diseñado, denota la baja adherencia al tratamiento hipolipemiante, debido en su mayoría a la falta de control, indicación y seguimiento médico. Estos datos concuerdan con los reportados en estudios previos, donde en población con HS aproximadamente el 50% de los pacientes no recibían estatinas y además presentaban mayor riesgo cardiovascular que los tratados.

0022 - EL ÁREA DEL MÚSCULO PSOAS MAGRO ES UN FACTOR PREDICTIVO DE MORTALIDAD DESPUÉS DE UNA REPARACIÓN AÓRTICA ENDOVASCULAR COMPLEJA

Unidad Temática: Patología de La Aorta

FERREIRA, Luis Mariano | DILUCA, Pablo | INGINO, Carlos A. | FERRER, Miguel | LA MURA, Ricardo

Clínica La Sagrada Familia

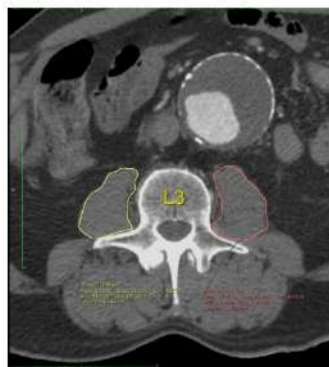
Introducción: La cirugía endovascular del paciente con un aneurisma de aorta complejo, no sólo tiene que evaluar el riesgo preoperatorio, y la anatomía arterial, sino específicamente asociado a su mayor riesgo, considerar parámetros que puedan pronosticar la expectativa de vida.

Objetivos: El presente estudio evaluó el área del músculo psoas y la atenuación (radiodensidad), cuantificada por tomografía computarizada, junto con la evaluación del riesgo clínico, como predictores de resultados (eventos cardiovasculares y mortalidad no aneurismática) después de la reparación aórtica endovascular fenestrada y ramificada (F/BEVAR).

Materiales y Métodos: El presente estudio unicéntrico incluyó a 24 pacientes que fueron operados mediante la colocación de una endoprótesis F/BEVAR electivo por aneurismas aórticos yuxtarenales o toracoabdominales. La evaluación del riesgo clínico incluyó edad, sexo, comorbilidades, tasa de filtración glomerular, tamaño y extensión del aneurisma y puntuación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA). Se excluyeron los pacientes tratados por urgencia o con sobrevida menor a 30 días. Se utilizó tomografía computarizada preoperatoria para medir el área del músculo psoas y la atenuación a nivel L3. El área del músculo psoas magro (AMPM) se calculó multiplicando el área en cm² por la atenuación en unidades Hounsfield [HU]. Se evaluó un nuevo método de estratificación del riesgo de acuerdo con los predictores más fuertes de mortalidad y complicaciones severas.

Resultados: No se registró mortalidad ni eventos a 90 días. La tasa de mortalidad a 3 años fue de 12.5%. Para la mortalidad a largo plazo, los predictores independientes fueron enfermedad renal crónica (p=0.05), aneurismas aórticos toracoabdominales de grado I-III (p=0.007), y revascularización coronaria previa (p=0.002). La puntuación ASA (p=0.5) y AMPM <200cm²HU (p=0.2) no fueron significativos. Los pacientes fueron además estratificados en dos grupos según la puntuación ASA y AMPM: riesgo bajo, ASA II y AMPM >200 cm²HU (n=9); riesgo alto, ASA III y AMPM <200 cm²HU (n=4). Las tasas de mortalidad a 3 años en los pacientes de riesgo bajo, fue 0 y del 25% en los de alto riesgo. El tiempo medio de seguimiento fue de 5,1 ± 2,3 años.

Conclusiones: Se trata de un trabajo inicial, en donde un bajo AMPM fue un predictor de mortalidad a mediano plazo, uno de las tres columnas en la que se apoya la indicación quirúrgica de un paciente con aneurisma de aorta compleja. Por el contrario, una masa muscular alta protegería contra las complicaciones, pero dependiendo sí, de la puntuación ASA.



#11 con AMPM 573 cm²HU



#24 con AMPM 121.5 cm²HU

0023 - ABORDAJE ACTUAL PARA LOS PACIENTES CON ENDOLEAKS TIPO II PERSISTENTES

Unidad Temática: Patología de La Aorta

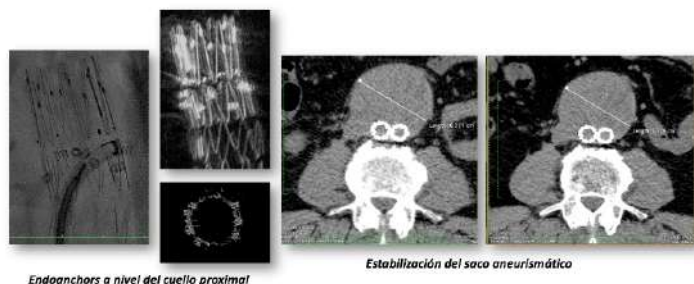
FERREIRA, Luis Mariano | FERRER, Miguel | LA MURA, A. Ricardo

Clínica La Sagrada Familia

Introducción: Los endoleaks tipo II (T2EL) persistentes con crecimiento del saco se han asociado con eventos adversos, incluidos dilatación del cuello proximal, endoleaks proximales, conversión, explante de la endoprótesis o ruptura. Por tanto, su tratamiento sigue siendo un tema de debate. Por otro lado, se observa una dilatación continua del cuello proximal del aneurisma en pacientes con aneurisma de aorta abdominal tratados por vía endovascular y podría, esta dilatación, estar relacionada al agrandamiento del saco, secundario al ELT2.

Objetivos: El propósito de esta presentación es mostrar nuestro novedoso protocolo actual de abordaje a pacientes con ELT2 persistentes en relación no sólo con el comportamiento del saco aneurismático, sino también del cuello proximal.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos aquellos pacientes tratados en los últimos dos años con diagnóstico de ELT2 persistente y crecimiento del saco aneurismático mayor a 5mm, a los que se los clasificó en Grupo 1: pacientes con agrandamiento del saco entre 5 y 10 mm, y con agrandamiento del cuello proximal (CP) de más del 10% respecto del primer control postoperatorio o 30 mm de diámetro. Grupo 2: pacientes con agrandamiento del saco superior a 10 mm, con o sin agrandamiento del cuello proximal.



Resultados: Grupo 1: Tres pacientes, en los cuales por ser considerado el CP de riesgo para endoleak, se aplicaron endoanchors, sin complicaciones asociadas. El saco aneurismático todavía está por debajo de los 10 mm de agrandamiento. No se detectó migración o dilatación significativa del CP (media de seguimiento 7 meses). Grupo 2: Cinco pacientes en los que se trató el ELT2 con coils u ónix sin complicaciones. Luego de la embolización, el saco aneurismático disminuyó de tamaño en dos casos, mientras que en otros 2 se ha tomado una conducta expectante (estables menores a 5mm de crecimiento). El quinto paciente se convirtió a cirugía abierta pero sin explantación. En los cinco pacientes se aplicaron endoanchors con éxito sin ninguna complicación, por crecimiento y acortamiento del cuello proximal del aneurisma.

Conclusiones: Este es un informe inicial de nuestro tratamiento actual de pacientes con endoleaks tipo II persistentes. Este enfoque, mas global, que no sólo estudia el saco sino también el cuello proximal no se asoció con mortalidad. Pero más importante aún disminuyó la necesidad de conversión o incluso evitó la explantación. Actualmente, además, como parte de nuestro abordaje actual, la arteria mesentérica inferior y las arterias lumbares >4 mm de diámetro se embolizan durante el tratamiento inicial del aneurisma de aorta.

0024 - PROGRAMA VIRTUAL RIOPLATENSE EN TIEMPOS DE COVID-19: ¿UNA ALTERNATIVA PARA APOYAR A LA EDUCACIÓN MÉDICO/QUIRÚRGICA DE CIRUJANOS EN FORMACIÓN EN EL ÁREA DE LA CIRUGÍA VASCULAR?

Unidad Temática: Educación Médica

FERREIRA, Luis Mariano(1) | ESPERON PERCOVICH, Alejandro(2) | CIAMBRONE, Maria(3) | LA MURA, Ricardo(4)

Clínica La Sagrada Familia (1); Hospital de Clínicas de la Ciudad de Montevideo, Uruguay (2); Hospital Alemán (3); Hospital de Clínicas UBA (4)

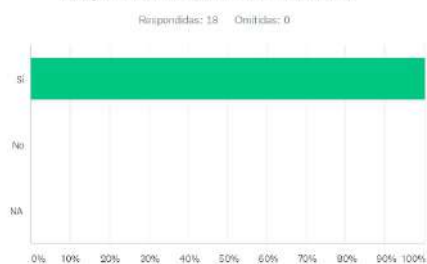
Introducción: Durante este brote pandémico, fue importante continuar garantizando una alta calidad de formación teórica y práctica. Para ello se ha combinado la utilización de conceptos previos y estructurados con técnicas innovadoras; adaptando consecuentemente los planes de estudio educativos.

Objetivos: Determinar los niveles de satisfacción de la virtualización súbita de un plan de educación médica continua de cirujanos en formación (CEF) en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Materiales y Métodos: El 6 de abril del año 2020, un grupo de docentes perteneciente a distintos programas de residencias de Cirugía Vascular de Argentina y Uruguay creó un plan de sesiones de seminarios web para preservar la educación médica continua durante la pandemia. El Plan se compuso de la ejecución completa del programa teórico de la Residencia de Cirugía Vascular, ateneos bibliográficos y presentación de casos clínicos con una carga semanal de cuatro horas. Los CEF participantes (residentes, médicos de la carrera de especialista y cirujanos vasculares menores de 40 años) fueron encuestados por correo electrónico. Las preguntas se referían a la calidad y utilidad percibidas de los seminarios web. Las respuestas se estratificaron basadas en una escala tipo Likert. Se realizó el análisis según las respuestas de los participantes y su percepción sobre las diferentes dimensiones evaluadas. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial.

Resultados: De un total de 24 CEF, la encuesta fue respondida por 18, 12 hombres, 10 residentes de la Carrera de Especialista. La edad media fue de 32,5 años (rango: 27-40 años). La mayoría de las respuestas recibidas fueron positivas tanto para la calidad percibida como para la utilidad de los seminarios web. Todos los encuestados consideraron que estas experiencias fueron útiles para su formación, que deberían ser incorporadas a los planes de estudios post-pandemia (15/18), que fue enriquecedor compartirlas con otros centros (15/18) y quedaron satisfechos/muy satisfechos con el nivel académico de los tres abordajes. La forma de incorporar información fue tomando apuntes, desde su domicilio, con una preferencia de duración máxima de 1 hora. No mostraron una predilección entre presentaciones por staff o CEF, o el idioma, pero sí en la realización de actividades conjuntas con médicos de planta, y con control previo de las presentaciones cuando estaban a cargo de CEF.

P1 ¿Considera que la actividad virtual ha sido útil para su formación como cirujano con orientación vascular?



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Si	100.00%	18
No	0.00%	0
NA	0.00%	0
TOTAL		18

Conclusiones: Los resultados del estudio demostraron que los niveles de satisfacción de los estudiantes ante la virtualización del proceso de enseñanza-aprendizaje alcanzó un nivel medio y alto. Al mostrar y compartir esta experiencia queremos abrir la puerta a desarrollar trabajos futuros para evaluar y comparar de forma objetiva la eficacia de estos nuevos métodos de enseñanza. La globalización y la tecnología brindan hoy una oportunidad para la educación, que no debería abandonarse una vez terminada esta crisis sanitaria.

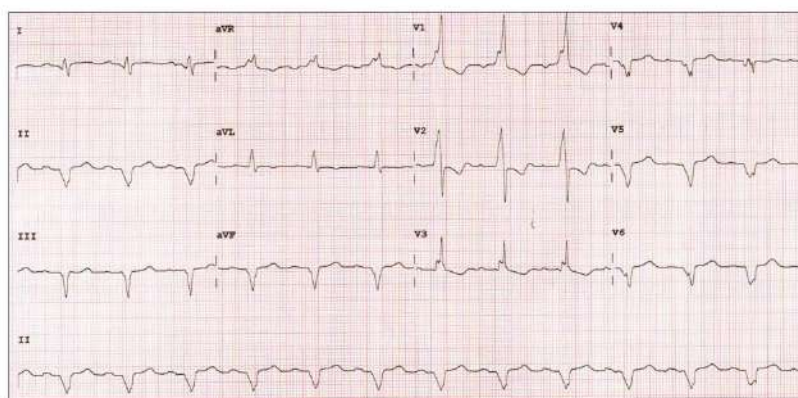
0026 - TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATIA DILATADA ISQUÉMICA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IMPORTANTE CON TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA POR ESTIMULACIÓN DEL RAMO IZQUIERDO DEL HAS DE HIS Y ESTIMULACIÓN EPICÁRDICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

FRANCO, Miguel Angel | PACHÓN-M, José Carlos | PACHÓN-M, Juan Carlos | PACHÓN-M, Enrique I. | PACHÓN, Carlos T. | TASSO, Julio L. | ZERPA ACOSTA, Juan C. | CAYO MONTES, Jose Miguel

Actividad Clínica Privada

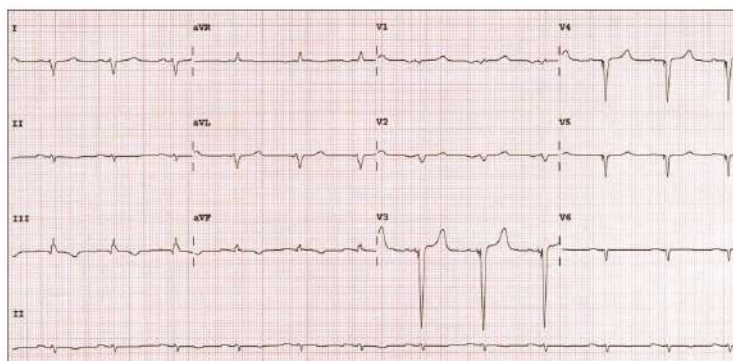
Introducción: Una de las indicaciones para terapia de resincronización cardíaca es la insuficiencia cardíaca avanzada, en clase funcional (CF) III o IV estable (NYHA) con tratamiento médico óptimo, fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor que 35%, ritmo sinusal con QRS mayor que 120-150 ms según las guías actuales [1]. Estudios recientes [2], sugieren el tratamiento con implante de electrodo en posición de His para obtener captura de estimulación de características similares a la fisiológica como alternativa a la estimulación biventricular, si bien aún no existen estudios multicéntricos randomizados que comprueben el mejor método de resincronización cardíaca. M.D.S., Paciente de sexo masculino de 55 años, con antecedentes de infarto agudo de miocardio, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, cursa con miocardiopatía dilatada de causa isquémica, disfunción ventricular importante y múltiples re-internaciones por insuficiencia cardíaca descompensada en uso de medicación optimizada. En el ECG fue observado la presencia de ritmo sinusal, QRS de 164 mseg de duración, ecocardiograma transtorácico con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 18%, Holter de 24 horas con episodios de taquicardias ventriculares no sostenidas.



ECG inicial: Ritmo sinusal, intervalo PR 208 mseg, QRS 164 mseg de duración.

Objetivos: Describir un caso clínico donde fue realizada la técnica de estimulación cardíaca epicárdica del ventrículo izquierdo (EEVI) a través de la cateterización del seno coronario junto con la estimulación del ramo izquierdo del Haz de His (RIHH) para obtener la resincronización cardíaca.

Materiales y Métodos: Fue indicado estudio electrofisiológico, implante de resincronizador cardíaco y cardiodesfibrilador (TRC-CDI). Durante el procedimiento de implante del electrodo epicárdico (VI) a través de la cateterización del seno coronario, la EEVI evidenció QRS estimulado de 219 mseg, siendo optado posteriormente por el



ECG durante estimulación del ramo izquierdo del Haz de His (RIHH) a través del septo interventricular derecho con 30 mseg de tiempo interventricular seguido por la estimulación epicárdica del ventrículo izquierdo (EEVI) previa cateterización del seno coronario: Ritmo sinusal, intervalo PR 171 mseg, QRS 123 mseg de duración.

mapeo del sistema de conducción cardíaco e implante de electrodo adicional (VD) en posición de RIHH a través del septo interventricular derecho. La estimulación sincrónica del ventrículo derecho (VD) con 30 mseg de tiempo interventricular seguido por el ventrículo izquierdo (VI) demostró un QRS estimulado de 123 mseg. Se procedió posteriormente a la colocación del electrodo de desfibrilación en posición más apical y el electrodo auricular en pared lateral de aurícula derecha.

Resultados: El paciente evoluciona pos implante con balance hídrico negativo, aumento de diuresis, disminución de edemas de miembros inferiores, mejora de escorias nitrogenadas, sin uso de drogas vasoactivas. Se obtuvo el mejor QRS estimulado (123 mseg) con estimulación a través del septo interventricular derecho del RIHH y EEVI a través del bipolo 1 y 2 del electrodo epicárdico.

Conclusiones: La EEVI puede realizarse en conjunto con la estimulación del RIHH para mejora de la resincronización cardíaca en pacientes seleccionados, si bien nuevos estudios randomizados, controlados serán necesarios para optimizar las indicaciones de esta técnica innovadora. [1] Consenso de marcapasos y resincronizadores Consenso Argentino SAC. Revista Argentina de Cardiología / Vol 77 N° 4 / Julio-agosto, 2009. [2] Estimulación definitiva del haz de His mediante herramientas específicas. Experiencia de un centro terciario. REC: CardioClinics. Volume 54, Issue 1, January–March 2019, Pages 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2018.12.001>.

0028 - ¿REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR CON DISTANCIA, O A DISTANCIA?

Unidad Temática: Ergometría y Rehabilitación

DAVOLOS, Ignacio | BERMEJO, Ana | GÓMEZ, Alexa | JARITOS, Verónica | BUCAY, Claudia Gabriela | VOLBERG, Verónica Inés | ARIONI, Maria Elena | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo

HOSPITAL CLINICAS

Introducción: A partir del aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19, se planteó el interrogante de cómo continuar los programas de rehabilitación cardiovascular (RCV). Si bien la mayoría de los centros carecen de experiencia en operar a distancia, esta alternativa ha tomado relevancia en el último año.

Objetivos: Señalar la factibilidad e importancia de la RCV a distancia.

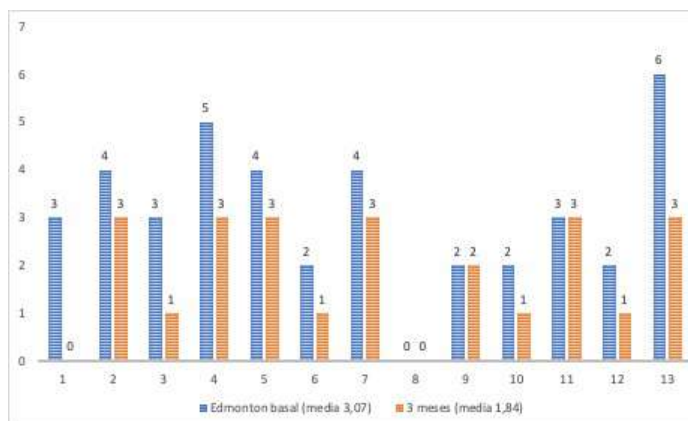
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y comparativo de corte transversal. Se incluyeron pacientes que fueron derivados para iniciar RCV entre los meses de Noviembre y Febrero de 2021. El equipo multicomponente lo conformó un cardiólogo, kinesióloga especializada en rehabilitación, kinesióloga especializada en trastornos del sueño y nutricionista. Se realizaron consultas presenciales al inicio, mitad y final del plan de RCV. Se utilizó la vía telefónica y grupo de whatsapp para la asistencia a distancia. Se describen características basales, variables ergométricas y ecocardiográficas, evaluación de fragilidad (Test de Edmonton) y calidad de vida (cuestionario SF-36), que se comparan luego de tres meses de RCV a distancia. Para la comparación estadística de las variables discretas se utilizó la prueba de chi² y la prueba t de Student para las variables continuas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se utilizó el software Stata 11.1.

	Pacientes (n=19)	%
Educación	Primario	50
	Secundario	33,33
	Universitario	16,67
Ocupación	Activo	38,46
	Jubilado	53,85
	Ama de casa	7,69
Estado Civil	Casado	50
	Soltero	41,67
	Divorciado	8,33
Factores de Riesgo	Hipertensión arterial	42,11
	Dislipemia	36,84
	Tabaquismo	10,53
	Ex Tabaquismo	52,36
	Diabetes	36,84
	Anteced heredofamiliar	15,79
	Obesidad	10,53
	Marcapasos/CDI	10,53

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes de 23 referidos intrapandemia. La media de edad fue 64,89 años (DE 12,32). 68,42% sexo masculino. Las características basales se encuentran en la Tabla. No se admitieron 4 pacientes por síncope a repetición (1), revascularización incompleta (2) y carencia de teléfono celular (1). La enfermedad coronaria fue el principal motivo de derivación (63,16%), seguido por el posoperatorio de cirugía combinada (10,53%). El 78,95% recibía aspirina (31,58% doble antiagregación), 89,47% beta bloqueantes y estatinas. Se observó descenso en las cifras de colesterol LDL

(media basal 96,52 vs 3 meses 78,60 mg/dl). La capacidad funcional aumentó (basal 5,92 METS vs 3 meses 6,72 METS, $p < 0,01$) al igual que la fracción de eyección (38,5% vs 44,25%, $p = 0,05$). Hubo disminución de parámetros de fragilidad (Figura); 58% de los pacientes refirieron tristeza o depresión. Por último, las dimensiones del test de calidad de vida se vieron mejoradas a predominio del funcionamiento físico (61 vs 68, $p = 0,08$), media basal 47,66 vs 3 meses 55,45, $p = 0,05$. La excepción fue la dimensión correspondiente al rol social que empeoró pero sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa (basal 57,50 vs 3 meses 45,00, $p = 0,90$).

Conclusiones: A las ya conocidas barreras de la RCV se agrega la COVID-19. Como se observa en nuestra reciente experiencia, la RCV a distancia es indudablemente una alternativa que debemos explorar. Consideramos muy relevante incorporar el apoyo psicosocial para optimizar el rol social de los participantes.



0038 - BLOQUEO DE RAMA DERECHA DE MAL PRONOSTICO CON EVOLUCION A BLOQUEO DE RAMA BILATERAL. CARACTERISTICAS CLINICAS Y ELECTROCARDIOGRAFICAS

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

AGREDA GUERRERO, Eddy Rodolfo | YOO, Hyun Sok | FERNANDEZ, Pablo Augusto | ETCHEVERRY, Daniel | GOICOECHEA, Ramon Francisco | ALBINO, Ernesto | GARRO, Hugo Ariel | CARBAJALES, Justo

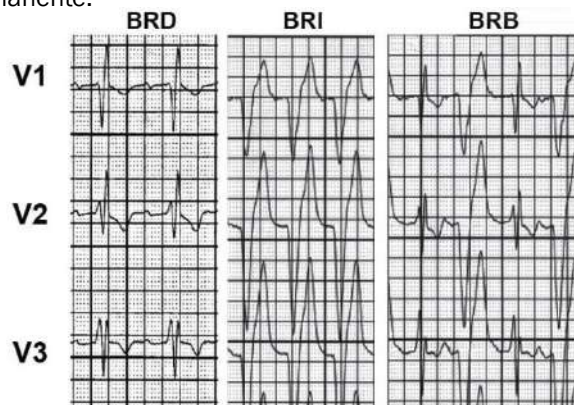
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El bloqueo de rama derecha (BRD) es una anomalía del sistema de conducción cardíaco considerado como benigno y de escaso valor predictivo para la morbilidad o mortalidad cardíaca, especialmente en personas sanas sin cardiopatía aparente. En algunos casos, el BRD puede evolucionar a bloqueo rama bilateral (BRB) y se manifiesta por la aparición de bloqueo de rama derecha e izquierda, de manera alternante o intermitente debido a la interrupción de propagación del impulso eléctrico por ambas ramas del haz de His en forma parcial y disímil. El BRB predispone al bloqueo auriculoventricular (AV) completo y requiere de un marcapasos permanente.

Objetivos: Mostrar las diferentes manifestaciones clínicas y electrocardiográficas (ECG) de los pacientes (p) con BRD que evolucionaron a BRB.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 7 pacientes (5 hombres) con BRD en el ECG basal que evolucionaron a BRB. Se realizó una evaluación clínica y estudios complementarios con ECG, monitoreo Holter de 24 horas, ergometría, ecodoppler cardíaco y/o estudio electrofisiológico invasivo. Los valores se expresaron en mediana y rangos.

Resultados: La edad de los 7 pacientes (p) fue de 63,5 (56 - 78) años. Cinco p tuvieron antecedentes de hipertensión arterial, 3 de diabetes mellitus, 4 de enfermedad coronaria y 1 de reemplazo valvular aórtico. Dos p tuvieron síntomas de mareos. El restante fue asintomático. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Fey VI) fue de 45% (18% - 62%). Cuatro p (57%) tuvieron deterioro de Fey VI. Todos los p manifestaron BRD en ECG basal. De ellos, 4 p (57%) mostraron BRD enmascarado en derivaciones estándar y 5 p (71%) tuvieron hemibloqueo anterior izquierdo (HBAI). Cuatro p manifestaron BRB en el



monitoreo Holter, dos p en ECG de reposo y una p durante la ergometría. Dos p tuvieron intervalo HV prolongado en el estudio electrofisiológico invasivo. A todos los p se les implantó un marcapasos permanente.

Conclusiones: El BRB puede manifestarse en pacientes con BRD en ECG basal. Los pacientes con BRD enmascarado en derivaciones estándar, asociado a hemibloqueo anterior izquierdo, cardiopatía estructural (deterioro de Fey VI o enfermedad valvular severa), múltiples factores de riesgo y/o síntomas (mareos o síncope) deben ser estudiados minuciosamente para determinar un trastorno de conducción en ambas ramas de haz de His.

Tabla 1		Tabla 2	
Edad (años)	63,5 (56 - 78)	BRD	7
Sexo (hombres)	6	BRB	7
HTA	5	BRD enmascarado	4
DBT	3	HBAI	5
IAM	4	HV prolongado	2
Valvulopatía	1	Fey VI (%)	45 (18 - 62)
Síntomas	2	Deterioro Fey VI	4

0040 - RESPUESTA DEL MODELADO CARDIACO COMO EXPRESIÓN DEL STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL PICO ALTERADO, EN PACIENTES POSTCOVID.

Unidad Temática: Covid-19

ZARATE, Luis Alberto | ALUSTIZA, Walter Ramon | BISUTTI, Julio Hector | VENTRICEI, Javier Fabian | GORNO VIDELA, Rodrigo | NOBLEGA KUTSCHERAUER, Micaela | PAEZ, Diego Nicolas | MARTURANO, María Pía

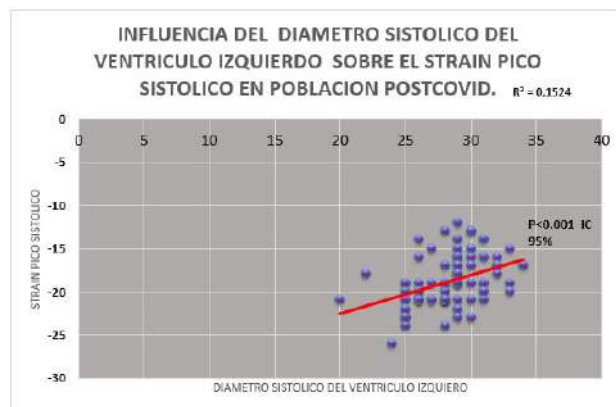
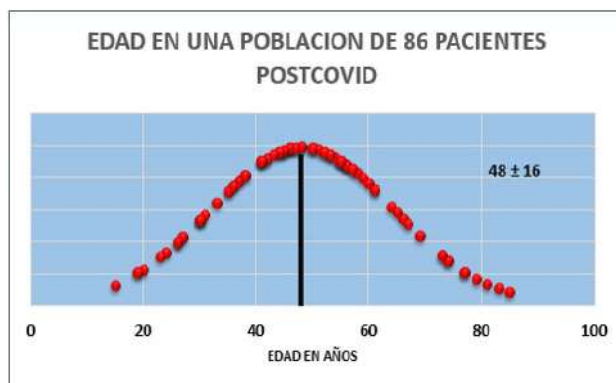
Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Se realiza un análisis observacional de cohorte retrospectivos de una muestra de 86 pacientes que tuvieron diagnóstico de covid sars-2, que luego de la enfermedad los pacientes presentaban síntomas coexistentes.

Objetivos: Este trabajo tiene la finalidad, de reunir el conjunto de variables de asociación e influencias valorar el impacto de dicha enfermedad en la fibra miocárdica y comportamiento hemodinámico del miocardio. Mediante alteración del strain longitudinal global pico (SLGP < -18), A través de modalidad ecocardiograma doppler Color

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en un único centro incluyendo 86 pacientes, Dichas evaluación se llevó a cabo los tres primeros meses del diagnóstico de covid sars-2, entre los meses de febrero a abril del 2021. Todas las valoraciones Ecocardiográficas Transtoracicas fueron realizados por médicos de experiencia. Las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas, test de regresión logística bivariado y multivariado y análisis de regresión lineal. Se estableció como límite de la significación $p < 0,05$, con Intervalos de confianza del 95% (IC).

Resultados: El 44 % sexo masculino y 56 % sexo femenino con una media de edad 48 ± 16 , Peso de 81 ± 16 kg, superficie corporal (ASC) 1.91 ± 0.2 , frecuencia cardiaca 73 ± 10 , tensión arterial sistólica 122 ± 12 , saturación de oxígeno 97 ± 0.5 . El motivo de consulta para el síntoma disnea fue del 91 Respecto al electrocardiograma en ritmo sinusal el 97%. Los parámetros ecocardiograficos de fracción de eyección del ventrículo izquierdo estimada por Simpson (FEVI) 67 ± 4 , Diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) 45 ± 3 mm, Diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI) 28 ± 2 mm, Diámetro anteroposterior de aurícula izquierda de 33 ± 5 mm, función diastólica normal 24%, Disfunción Diastólica Grado I 33%, Disfunción Diastólica Grado II 30%, Disfunción Diastólica Grado III 7%, No Valorable 6%, Geometría Normal del ventrículo izquierdo 47%, Remodelado Concéntrico 30%, Hipertrofia concéntrica 15%, Hipertrofia Excéntrica 2% y No Valorable 5%. Las alteraciones en reducción del strain global pico patológicos (SLGP < -18) en paciente postcovid fue para el DSVI $P < 0.024$ OR 1.3 (IC 95% 1-1.8) como predictor independiente y como variable de influencia correlacional con $P < 0.001$ con coeficiente de Pearson 0.1524.



Conclusiones: El Diámetros sistólico del ventrículo izquierdo es un predictor independiente y correlacional con influencia de alteración del strain longitudinal Global pico menor a 18, lo que podría ser respuesta de modelado cardiaco con alteración de la función sistólica a futuro, en pacientes postcovid.

0042 - AUMENTO DE DISFUNCION VENTRICULAR GRADO II CON GEOMETRÍA VENTRICULAR NORMAL, EN PACIENTES POSTCOVID, CON INFLUENCIAS EN EL STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL PICO.

Unidad Temática: Covid-19

BULACIOS, Marcelo Eduardo | ALUSTIZA, Walter Ramon | BISUTTI, Julio Hector | VENTRICI, Javier Fabian | VIZCARRA, Sergio Adrián | RIVADENEIRA, Cinthia Yohana | RONCORONI NUÑEZ, Anabella Estefanía | MARTURANO, María Pía

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Se realiza un análisis observacional de cohorte retrospectivos de una muestra de 86 pacientes que tuvieron diagnóstico de covid sars-2, que luego de la enfermedad los pacientes presentaban síntomas coexistentes.

Objetivos: Este trabajo tiene la finalidad, de reunir el conjunto de variables de asociación e influencias valorar el impacto de dicha enfermedad en la fibra miocárdica y comportamiento hemodinámico del miocardio. Mediante alteración del strain longitudinal global pico (SLGP < -18), A través de modalidad ecocardiograma doppler Color.

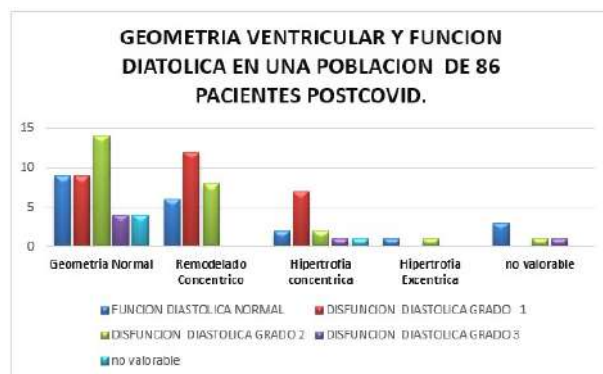
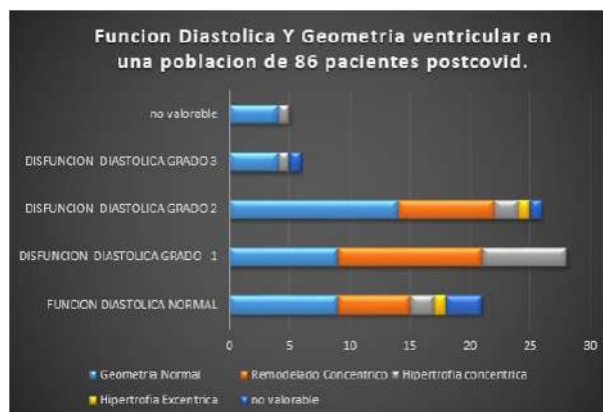
Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en un único centro incluyendo 86 pacientes,

Dichas evaluación se llevó a cabo los tres primeros meses del diagnóstico de covid sars-2, entre los meses de febrero a abril del 2021. Todas las valoraciones Ecocardiográficas Transtoracicas fueron realizados por médicos de experiencia. las Variables cualitativas fueron porcentuales, comparadas con test estadístico de Chi-cuadrado. Las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas. Se estableció como límite de la significación $p < 0,05$, con Intervalos de confianza del 95% (IC).

Resultados: El 44 % sexo masculino y 56 % sexo femenino con una media de edad 48 ± 16 , Peso de 81 ± 16 kg, superficie corporal (ASC) 1.91 ± 0.2 , frecuencia cardiaca 73 ± 10 , tensión arterial sistólica 122 ± 12 , saturación de oxígeno 97 ± 0.5 . El motivo de consulta para el síntoma disnea fue del 91 Respecto al electrocardiograma en ritmo sinusal el 97%. Los parámetros ecocardiograficos de fracción de eyección del ventrículo izquierdo estimada por Simpson (FEVI) 67 ± 4 , Diámetro diastólico del ventrículo izquierdo(DDVI) 45 ± 3 mm, Diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI) 28 ± 2 mm, Diámetro anteroposterior de aurícula izquierda de 33 ± 5 mm, función

diastólica normal 24%, Disfunción Diastólica Grado I 33%, Disfunción Diastólica Grado II 30%, Disfunción Diastólica Grado III 7%, No Valorable 6%, Geometría Normal del ventrículo izquierdo 47%, Remodelado Concéntrico 30%, Hipertrofia concéntrica 15%, Hipertrofia Excéntrica 2%y No Valorable 5%.Las alteraciones en reducción del strain global pico patológicos (SLGP < -18) en paciente postcovid, no presentan asociación significativa con disfunción diastólica grado II $P > 0.5$, pero se puede objetivar la predominancia de este parámetro hemodinámico en los pacientes con geometría ventricular izquierda Normal.

Conclusiones: La disfunción diastólica Grado II, no presenta asociación significativa, para Las alteraciones en reducción del strain global pico patológicos (SLGP < -18) en paciente postcovid. Pero si poner en evidencia la predominancia de este parámetro hemodinámico en pacientes con geometria ventricular izquierda normal, que podría responder a los síntomas Disnea y probablemente predecir modelado cardiaco.



0043 - NIVELES ELEVADOS DE LIPOPROTEÍNA (A) Y RIESGO DE EVENTOS CLÍNICOS MAYORES RELACIONADOS CON LA ESTENOSIS AÓRTICA: UN METAANÁLISIS.

Unidad Temática: *Prevención Cardiovascular y Epidemiología*

BARBAGELATA, Leandro Ezequiel(1) | MASSON, Walter(1) | LOBO, Lorenzo(2) | FALCONI, Mariano Luis(1) | BAGNATI, Rodrigo P.(1) | OBERTI, Pablo Fernando(1)

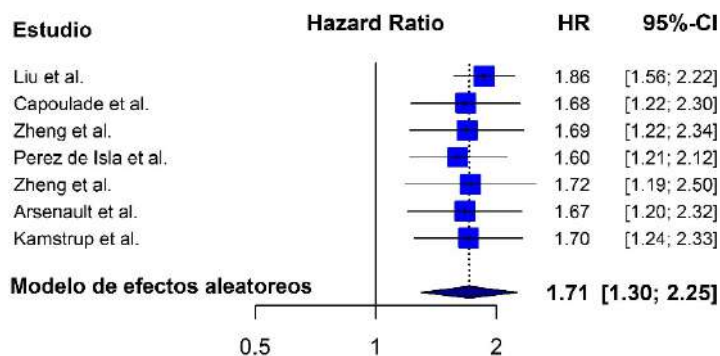
Hospital Italiano de Buenos Aires (1); Hospital Militar Campo de Mayo (2)

Introducción: La lipoproteína (a) [Lp (a)] consiste en una molécula de lipoproteína central similar a una lipoproteína de baja densidad (LDL), que contiene apolipoproteína B, a la que se une una apolipoproteína (a). Actualmente está bien establecido que los niveles elevados de Lp (a) confieren un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, dicha asociación ha surgido de estudios tanto epidemiológicos como genéticos. Dentro de las válvulas aórticas estenóticas, se ha observado una acumulación de lipoproteínas, estas incluyen colesterol unido a LDL, LDL modificadas oxidativamente y fosfolípidos modificados oxidativamente. Asimismo, varios estudios observacionales han evaluado la conexión entre los niveles de Lp (a) y la calcificación aórtica. Además, informes recientes de diferentes cohortes prospectivas evaluaron si los niveles de Lp (a) son un factor de riesgo independiente para la tasa de progresión de la estenosis aórtica y la aparición de eventos relacionados con la estenosis aórtica, aunque los resultados fueron contradictorios. La identificación de Lp (a) como factor de riesgo causal de enfermedad aórtica ha despertado interés en el desarrollo de posibles terapias dirigidas a reducir los niveles de Lp (a). El presente estudio evalúa por primera vez la relación entre los niveles de Lp (a) y el riesgo de eventos clínicos importantes relacionados con la estenosis aórtica mediante la técnica de metaanálisis.

Objetivos: Analizar la capacidad predictiva de niveles elevados de Lp (a) en eventos clínicos mayores relacionados con la estenosis aórtica.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda en la literatura para detectar estudios que hayan evaluado la asociación entre niveles de Lp (a) y eventos clínicos de estenosis aórtica en las bases de datos PubMed / MEDLINE, Embase, Science Direct, Scopus, Google Scholar y Cochrane. El criterio de valoración principal fue la incidencia de eventos mayores relacionados con la estenosis aórtica (reemplazo de la válvula aórtica, muerte u hospitalización relacionada con la valvulopatía). Se realizó un modelo de metaanálisis de efectos aleatorios.

Resultados: Se identificaron siete estudios observacionales que incluyeron un total de 58783 pacientes y se consideraron elegibles para el análisis. El análisis cuantitativo mostró que los niveles altos de Lp (a) se asociaron con una mayor incidencia de eventos clínicos importantes relacionados con la estenosis aórtica (HR: 1,71; IC del 95%: 1,30-2,25, I²: 55%). El análisis de sensibilidad para el criterio de valoración principal mostró que los resultados fueron sólidos.



Conclusiones: Nuestros datos sugieren que los niveles elevados de Lp (a) se asociaron con una mayor incidencia de eventos importantes relacionados con la estenosis aórtica. Sin embargo, dadas las limitaciones de este estudio, se necesitan más investigaciones sobre la utilidad clínica de la Lp (a) como marcador para predecir la progresión y los resultados de la valvulopatía aórtica.

0048 - EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA LOGÍSTICA PREHOSPITALARIA PARA LA ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Unidad Temática: *Cardiopatía Isquémica*

MERETTA, Augusto(1) | OLGUIN JOSEAU, Lisandro(2) | CHARASK, Adrian(1) | MAURO, Víctor Miguel(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | MAZZUCHELLI, Gabriela(1) | DORRE, Martín(1) | BARRERO, Carlos Manuel(1)

Clínica Bazterrica (1); Clínicas Bazterrica y Santa Isabel (2)

Introducción: El Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular, siendo el tratamiento de reperfusión (REP) y en especial la angioplastia primaria (ATCp) la

terapéutica de elección. La evolución favorable de esta patología depende de la aplicación precoz del tratamiento. Para ello se han constituido sistemas de logística prehospitalaria, los cuales pueden verse afectados por la pandemia de COVID-19.

Objetivos: Evaluar el efecto de la pandemia en el sistema de logística prehospitalaria para el tratamiento del IAMCEST medidos por la demora en la consulta del paciente, Tiempo Puerta Balón (TPB) y tiempo total de isquemia (TTI).

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo el cual se realiza en forma conjunta con dos clínicas privadas de CABA y el prepago perteneciente a las mismas. Se estableció un protocolo operativo: la llamada del paciente por dolor precordial al prepago activa el Código Rojo (llegar < 15´) que vira a Código IAM lo que obliga al médico (primer contacto médico) realizar en menos de 10 minutos un electrocardiograma y a través de la logística del prepago se envía la imagen del ECG por la aplicación WhatsApp a un smartphone institucional de la UCO activo 24 hs. los 7 días de la semana. La activación del Código IAM preactiva al servicio de hemodinamia. Se utilizó como validación externa y confiabilidad los datos del registro ARGENIAM de la SAC. Se consideraron 2 periodos Prepandemia (Enero de 2018 hasta Febrero 2020) y Pandemia (Marzo 2020 hasta Abril 2021).

Resultados: Desde enero de 2018 hasta abril de 2021 se registraron 351 pacientes con IAMCEST de los cuales 47 ingresaron a través del sistema de código IAM. En la tabla se resume las características de la población, el tiempo puerta balón (TPB), tiempo total de isquemia (TTI) y la demora en la consulta.

Conclusiones: Conclusiones: durante la pandemia de COVID 19 observamos un incremento de más de 2 h en el tiempo total de isquemia a expensas de una mayor demora desde el inicio del dolor al ingreso hospitalario. No existió un aumento en el tiempo puerta balón, manteniendo los estándares institucionales recomendados por las guías nacionales e internacionales. Implicancia epidemiológica: Es fundamental realizar campañas de difusión para que la población consulte precozmente ante la aparición de los síntomas sugestivos de origen cardíaco, aún en época de pandemia.

	Código IAM Prepandemia (n=28) %	Código IAM en Pandemia (n=19) %	P
Edad mediana. RIC	62 (57-75)	72 (61-80)	NS
Sexo femenino	7 (25)	8 (42)	NS
Hipertensión	13 (46%)	17 (89%)	0.001
Diabetes	7 (25)	6 (32)	NS
Tabaquismo	10 (36)	9 (32)	NS
Dislipemia	7 (25)	4 (21)	NS
Angioplastia previa	3 (11)	2 (10,5)	NS
Killip > 1	4 (14)	4 (21)	NS
Mortalidad	4	1	NS
Tiempo desde el inicio dolor a ingreso hospitalario minutos (RIC).	115 (65-195)	300 (150-586)	0,01
TPB minutos. (RIC)	65 (55-170)	70 (45-102)	NS
TTI minutos. (RIC)	226 (138-360)	375 (232-630)	0,001

0051 - VALOR PRONÓSTICO DE LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR LUEGO DEL TRASPLANTE CARDÍACO

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

BARBAGELATA, Leandro Ezequiel | MASSON, Walter | IGLESIAS, Diego Esteban | MORA CRESPO, Lorena Mishel | CORNEJO PEÑA, Guillermo Andres | LAGORIA, Juan Ignacio | ROSSI, Emiliano | BELZITI, César Antonio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Se ha demostrado que el trasplante de corazón (TXC) es un procedimiento eficaz para los pacientes con insuficiencia cardíaca en etapa terminal. La prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PCPE) proporciona una descripción detallada sobre el sistema involucrado tanto en el transporte de oxígeno como en su utilización durante el ejercicio. En consecuencia, este estudio es una herramienta de evaluación bien establecida del rendimiento aeróbico tanto para individuos sanos como para pacientes con enfermedades cardiovasculares y / o respiratorias. Es sabido que la capacidad de ejercicio mejora después de la TXC en comparación con la de la insuficiencia cardíaca en etapa terminal; sin embargo, sigue siendo subnormal cuando se compara con los valores pareados por edad en individuos sanos. Actualmente contamos con pocos datos sobre la PCPE en pacientes trasplantados, si bien existe un número reducido de estudios la mayoría de ellos fueron estudios transversales, con escaso número de pacientes y resultados dispares en cuanto a mortalidad.

Objetivos: Analizar la capacidad predictiva de la PCEP realizada durante los primeros 12 meses luego del trasplante sobre las hospitalizaciones y la mortalidad relacionada con el TXC.

Materiales y Métodos: Se realizó una cohorte retrospectiva a partir de una base de datos secundaria (historias clínicas electrónicas). La muestra se obtuvo de un sistema de salud privado de la capital federal de Bs As. Se incluyeron pacientes

mayores de 18 años con TXC desde el 1 de marzo de 2010 hasta el 30 de junio de 2019, que realizaron una PCPE durante el primer año postrasplante. Se revisaron las historias clínicas, para determinar los factores de riesgo clínico y otras variables en el momento en que se realizó dicho estudio. La incidencia de hospitalización relacionada con TXC se consideró como el criterio de valoración principal. La mortalidad por cualquier causa se consideró un criterio de valoración secundario.

Resultados: Se incluyó en el estudio a un total de 122 pacientes (edad media de $50,1 \pm 11,8$ años, 77,0% hombres). Las principales causas de TXC fueron la cardiopatía idiopática (35,2%), la cardiopatía isquémico-necrótica (30,3%) y la enfermedad de Chagas (8,2%). El seguimiento medio fue de $2,3 \pm 2,0$ años. Las principales causas de hospitalización fueron rechazo sistemático (33,3%), infecciones (19,3%), neurológicas (8,8%), gastroenterológicas (8,8%), insuficiencia cardíaca o deterioro de la función ventricular izquierda (5,3%). El consumo de oxígeno (VO₂) pico (HR 0,95; IC 95% 0,90-0,99, p = 0,03), pulso de oxígeno (HR 0,57; IC 95% 0,34-0,96, P = 0,03) y VO₂ predicho (HR 0,97; IC 95% 0,96-0,99, p = 0,002) se asociaron con el resultado primario ajustado por edad, sexo e índice de masa corporal. Sin embargo, no encontramos una asociación significativa entre la pendiente ventilatoria (HR 1,03; IC 95% 0,99-1,07, p = 0,12), la pendiente de eficiencia de extracción de oxígeno (OUES) (HR 0,54; IC 95% 0,27-1,07, p = 0,09) y el valor de VO₂ en el umbral anaeróbico (HR 1,00; IC 95% 0,96-1,06, p = 0,47). Por otro lado, solo se registró una muerte.

	Poblacion Total n= 122
Variables continuas, media (DS)	
Edad, años	50.1 (11.8)
Indice masa corporal, Kg/m2	26.7 (3.9)
Variables categoricas, %	
Hombre	77.0
Diabetes tipo 2	12.3
Hipertension	36.9
Tabaquismo	9.8
Dislipidemia	23.8
Obesidad	18.9
Insuficiencia renal cronica	3.3
EPOC	2.5
Enfermedad vascular periferica	0.8

Conclusiones: Este estudio demostró que algunas variables de la PCPE (VO₂ pico, pulso de oxígeno y VO₂ predicho), realizada entre 3 y 12 meses después del trasplante, podrían predecir hospitalizaciones en receptores de TXC

0055 - POTENCIAL EFECTO DEL PONATINIB SOBRE LA DURACION DE LOS INTERVALOS QTc EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA REFRACTARIA Y CORAZON ESTRUCTURALMENTE SANO

Unidad Temática: Cardio Oncología

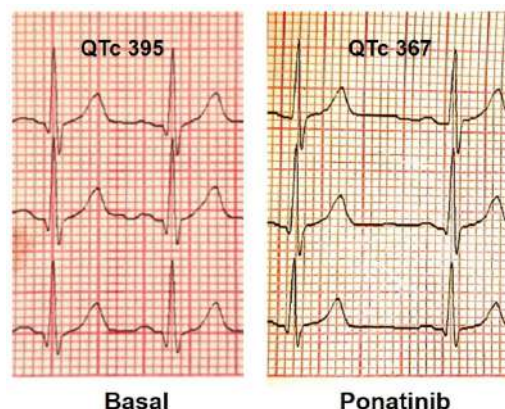
PELAYO, Maria Eugenia | YOO, Hyun Sok | MOIRAGHI, Beatriz | VARELA, Ana | FERNANDEZ, Pablo Augusto | ETCHEVERRY, Daniel | GARRO, Hugo Ariel | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El Ponatinib es un inhibidor de tirosina quinasa utilizado para tratar la leucemia mieloide crónica (LMC). Pertenece a un grupo de agentes farmacológicos que interrumpen las vías de transducción de señales de las proteínas quinastas mediante varios modos de inhibición. En la literatura, algunos inhibidores de tirosina quinasa fueron asociados a una prolongación significativa de los intervalos QTc y sugieren evitar su uso en los pacientes con un intervalo QT prolongado.

Objetivos: Evaluar los efectos de ponatinib sobre la duración de los intervalos QTc en los pacientes (p) con LMC refractaria.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 15 p (5 mujeres) que recibieron el ponatinib para tratar la LMC refractaria. Se realizó un ecodoppler cardíaco para determinar la existencia previa de una cardiopatía estructural. Se registró un electrocardiograma (ECG) basal y con la dosis máxima de ponatinib recibida. (10 - 45 mg). Se midieron los intervalos QT que luego fueron corregidos según la frecuencia cardíaca (fórmula de Bazett). Los valores se expresaron en mediana y rangos. Para el análisis se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.



Resultados: La edad de los p fueron 39 años (21 - 76 años). 2 p tuvieron antecedentes de hipertensión arterial. Ningún p tuvo cardiopatía estructural previa. El diámetro del ventrículo izquierdo (VI) fue de 50 mm (39 - 55 mm) y la fracción de eyección del VI fue de 66% (60 - 71 %). La dosis de ponatinib administrada fue de 45 mg (10 - 45 mg). Los intervalos QTc basal y bajo el tratamiento con ponatinib fueron de 408 mseg (369 - 456 mseg.) vs 380 mseg (344 - 436 mseg.), respectivamente ($p < 0,01$). Ningún p tuvo intervalo QTc > 480 mseg. o < 340 mseg. antes o durante el tratamiento con ponatinib.

Conclusiones: En nuestros pacientes con corazón estructuralmente sano, el uso de ponatinib para el tratamiento de LMC refractaria se asoció a una leve disminución de duración de los intervalos QTc. A pesar de esta variación, todos los pacientes mantuvieron el intervalo QTc dentro de los valores normales.

Mujeres	5
Edad (años)	39 (21 - 76)
HTA	2
Cardiopatía	0
Diámetro VI (mm)	50 (39 - 55)
Fey VI (%)	66 (60 - 71)
Ponatinib (mg)	45 (10 - 45)
QTc	
A) Basal	408 (369 - 456)
B) Ponatinib	380 (344 - 436)

A) vs B): $p < 0,01$

0057 - RIESGO CARDIOVASCULAR A DIEZ AÑOS EN MUJERES ARGENTINAS JEFAS DE HOGAR: UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO

Unidad Temática: Corazón y Mujer

FLORENCIA, Cifala | VIVAS, Rodrigo | CAPRIGLIONI, Camila | ZEREGA, Pablo Juan | POLITI, Maria Teresa
 Universidad de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad cardiovascular representa la principal causa de muerte en mujeres en la Argentina. Los tradicionales factores de riesgo cardiovasculares se encuentran asociados a hábitos, conductas y estilos de vida, que a su vez son más prevalentes en ciertos sectores de la sociedad. La identificación de estos grupos vulnerabilizados permite aplicar políticas de Salud Pública dirigidas particularmente hacia estos sectores sociales. Si bien las mujeres representan sólo el 40% de las jefaturas de hogar en la Argentina, conforman el 54% de las jefaturas en los hogares monoparentales o unipersonales. La carga económica y social del desempeño de este rol, junto a otros trabajos no remunerados y de cuidado que las mujeres desarrollan 2-3 veces más que los hombres, podría tener un impacto en el estilo de vida de este grupo social, consiguientemente, en su riesgo cardiovascular.

Objetivos: El propósito de este estudio es evaluar el riesgo cardiovascular a 10 años en mujeres jefas de hogar y analizar esta asociación ajustando por nivel de instrucción y localización geográfica.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal realizado a partir de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2018. Se incluyeron a todas las mujeres mayores a 18 años de edad identificadas como jefas de hogar, para las cuales se contara con datos del estatus diabético y de la presión arterial sistólica medida en el contexto del estudio original. Se evaluó el riesgo cardiovascular a 10 años en base a la puntuación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Argentina, realizada a partir de información sobre sexo, edad, diabetes, estatus tabáquico y valores medidos de presión arterial sistólica. Se definió como riesgo cardiovascular alto al riesgo a 10 años mayor al 10%. Todas las participantes acordaron su participación en el estudio dando su consentimiento informado por escrito en el marco de la ENFR. Los datos de dicha encuesta son de carácter público y libre, y fueron analizados mediante el programa R.

Mujeres	5
Edad (años)	39 (21 - 76)
HTA	2
Cardiopatía	0
Diámetro VI (mm)	50 (39 - 55)
Fey VI (%)	66 (60 - 71)
Ponatinib (mg)	45 (10 - 45)
QTc	
A) Basal	408 (369 - 456)
B) Ponatinib	380 (344 - 436)

A) vs B): $p < 0,01$

Resultados: De un total de 29.224 participantes de la encuesta, 16.632 (57%) eran mujeres y 9.331 eran mujeres mayores de edad con datos de estatus diabético y presión arterial sistólica disponible. Del total de mujeres enroladas en nuestro análisis, 5.129 (55%) eran jefas de hogar. Las características descriptivas de las mujeres jefas y no jefas de hogar se detalla en la Tabla 1. El riesgo cardiovascular a 10 años por puntuación de la OMS se detalla en la Tabla 2. Se encontró un alto riesgo cardiovascular a 10 años en 1.143 (22%) jefas de hogar y 517 (12%) no jefas de hogar. El OR de presentar un alto riesgo cardiovascular a 10 años fue 2,04 (IC 95% 1,83 - 2,29) veces en jefas de hogar en el análisis univariado. El OR de presentar un alto riesgo cardiovascular a 10 años fue 1,92 (IC 95% 1,71 - 2,16) veces en jefas de hogar en el análisis multivariado, ajustando por el nivel de instrucción y la localización geográfica.

Conclusiones: Las mujeres jefas de hogar presentan mayor riesgo de presentar un alto riesgo cardiovascular a 10 años según la puntuación de la OMS. Es necesario realizar futuros estudios sobre los posibles determinantes sociales de la Salud que pudieran participar de esta asociación.

0064 - MAPAS DE ALTA DENSIDAD EN LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA: PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

ABOY, Juan Manuel | BARJA, Luis Dante | REVOLLO, Gerson Ariel | MANGANI, Nicolas Martin

Hospital Universitario Austral

Introducción: Nuevas tecnologías en mapeos se desarrollan como objetivo fundamental de evaluar gatillos y sustratos que intercedan en la génesis y en el mantenimiento de la fibrilación auricular (FA). La evaluación de los principales gatillos como lo son las venas pulmonares (VP) se realizan con distintos catéteres de manera de objetivar eficientemente la disrupción de la conectividad de éstos focos con la observación del bloqueo bidireccional de la conducción. La aparición de mapas de voltaje y de activación nos ha dado otra herramienta para observar éstos fenómenos y más aún con los catéteres de alta densidad que ofrecerían mayor sensibilidad y especificidad y cuya función es la de generar un mapeo más rápido, sensible y específico de puentes, potenciales o circuitos locales, dependiendo de la fisiopatología de las distintas arritmias a tratar.

Objetivos: Incorporar un protocolo rápido y efectivo de utilización en las fibrilación auricular paroxística (FAP) que determine la conectividad, el bloqueo bidireccional y la presencia de GAPS post AVP.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo de 12 pacientes sometidos a AVP por FAP (junio 2020-febrero 2021). Se utilizó sistema de navegación Ensite Precision, catéter decapolar en seno coronario para estimulación, catéter de mapeo de alta densidad HD Grid Advisor para realizar anatomía de las VP, AI y mapas de voltaje-activación en VP y catéter de ablación TactiCath (irrigación con solución salina y fuerza de contacto con parámetros de efectividad: TF 30 gr, FTI 300 gsy, LSI 5) para las aplicaciones de RF (ablación circunferencial ampliada, Técnica WACCA con alta potencia 40 W y temperatura 40 °C). Se designó al PROTOCOLO A, los primeros 6 pacientes donde se realizaba mapa de voltaje y de activación simultáneos previo a la AVP. A los restantes 6 pacientes al PROTOCOLO B que consistía en realizar sólo mapa de voltaje en todas las venas previo a la ablación, luego AVP con técnica WACCA y posteriormente evaluación del bloqueo bidireccional y mapa de voltaje, en caso de no aislarse la vena se realizaba mapa LAT para poner de manifiesto el GAP de conducción.

Resultados: La edad promedio fue 59 años. HTA 41.66% y coronariopatía 25%. CHADSVASC: 0: 50%, 1: 30%, 2 y 3: 10%. El 100% (12 ptes) FEy conservada pre ARF con AI de diámetros normales 66%, leve 25% y moderada 8%. El 100% eran refractarios antiarrítmicos, 91% grupo IC y un 9% Amiodarona. El 100% ingresaron en RS a la ARF. Se realizó en el 100% AVP con TÉCNICA WACCA con alta potencia y temperatura. En un 25% se adicionó la ARF de VCS cuando se demostraba presencia de potenciales y pasaje bidireccional. El empleo de mapas de voltajes con el uso de catéteres de alta densidad resultaron útiles para determinar el aislamiento de las VP y la concordancia con el bloqueo bidireccional cuando el voltaje en la escala colorimétrica era gris en la VP en cuestión fue del 100%. Se realizó posteriormente a éstas observaciones íntegramente el PROTOCOLO B ya que resultó 100% efectivo para el aislamiento de la VP como así también la mejor forma de encontrar el GAP si se presentaba.

Conclusiones: Consideramos con el uso de nuestro PROTOCOLO B que el mapa de activación es útil realizarlo sólo cuando se ablacionó circunferencialmente toda la VP ya que de esta forma podremos evaluar el GAP remanente si lo hubiese y abocarse a su aislamiento. Previo a la ARF NO es útil ya que sólo demuestra la activación de la estructura desde la región

próxima desde donde se estimule. El PROTOCOLO B mejoró nuestros tiempos de procedimiento como así también una más fácil identificación del GAP y un nuevo END POINT combinado más fiable (uso de MAPA DE VOLTAJE Y BLOQUEO BIDIRECCIONAL 100% concordante).

0065 - ¿LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR PUEDEN TENER MENOR RIESGO DE PADECER ENFERMEDAD SEVERA POR COVID 19?

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

RODRÍGUEZ, Andrea Silvina | AVELLANA, Patricia Mabel | STEWART HARRIS, Alejandro Guillermo | BLANCO, Rodrigo Ignacio | KAZELIAN, Lucía Raquel | NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | BECK, Martín Alejandro | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: la pandemia por COVID 19 ha ocasionado un gran impacto a nivel mundial. En forma global, los pacientes de mayor edad, con comorbilidades y enfermedad pulmonar y cardiaca tienen un mayor riesgo de padecer una enfermedad más severa por infección por SARS-COV-2. Por este motivo, los pacientes (p) con hipertensión arterial pulmonar (HAP) se encontraban dentro del grupo de alto riesgo. Sin embargo, luego de más de un año de pandemia, las cifras de los distintos centros de HAP mundiales han mostrado resultados sorprendentes, con pacientes cursando una enfermedad oligosintomática, con recuperación temprana y en línea general, una baja morbimortalidad. Se ha postulado que la disfunción endotelial, una interacción favorable entre los receptores de angiotensina y endotelina, el uso de anticoagulantes, y la acción de los fármacos vasodilatadores habitualmente utilizados para el tratamiento de la HAP podrían ser factores protectores frente a la infección por SARS-COV-2

Objetivos: evaluar las características demográficas, variables asociadas y evolución de nuestra cohorte de pacientes con HAP afectados por COVID 19.

Materiales y Métodos: fueron incluidos en forma prospectiva pacientes con HAP que padecieron COVID 19 desde marzo de 2020 hasta marzo del 2021. Se analizaron características basales de la población, comorbilidades asociadas, estadificación de riesgo de la misma y tipo de tratamiento específico que se encontraban recibiendo. Se evaluó formas de presentación y evolución clínica del COVID 19

Resultados: se incluyeron 19 pacientes que sufrieron infección por SARS-COV-2, la edad promedio fue de 42.8 ± 13 años, predominantemente del sexo femenino 73.68% (14p), las principales comorbilidades asociadas fueron hipertensión arterial 10.53%(2p), Diabetes 10.53% (2p). El 84.21% (16p) de la población en estudio pertenecían al grupo I según la clasificación de hipertensión pulmonar de NIZA 2015, siendo el 15.79% (3 p) restante perteneciente al grupo IV. La estadificación de riesgo de la población mostro 15.79%(3p) en bajo riesgo, 57.89% (11p) en riesgo intermedio y 26.32% (5p) en alto riesgo. Con respecto al tratamiento específico para HAP observamos que todos los pacientes se encontraban recibiendo tratamiento combinado, 73.68% (14p) se encontraban recibiendo algún antagonista de los receptores de endotelina (ARES), 94.74% (18p) recibían inhibidores de la fosfodiesterasa 5 y 42.11%(8p) estaban tratados con algún Prostanoides. Al evaluar la forma de presentación del COVID-19 observamos que el 94.74% (18p) fueron sintomáticos, de los cuales 68.42% (13p) presentaron síntomas leves como anosmia; fiebre y tos y un 31.58% (6 p) presentaron neumonía bilateral, con requerimiento de hospitalización. Se observó una buena evolución en el 94.74%(18p) de los pacientes, requiriendo hospitalización prolongada solo 21.5% (4p) de ellos con necesidad transfusión de plasma y cánula de oxígeno a alto flujo; solo se registró un desceso que corresponde al 5.26% de la población.

Conclusiones: En nuestra cohorte observamos que, los pacientes afectados tenían pocas comorbilidades, pero se encontraban en grupos de riesgo para HAP intermedio y alto. El mal pronóstico inicial estipulado no pudo corroborarse, por el contrario, los pacientes mostraron una buena evolución que podría ser consecuencia de los diferentes mecanismos protectores antes postulados. Se necesitan nuevos estudios que confirmen estos hallazgos, pero sin dudas la pandemia COVID es un desafío en el manejo de estos pacientes.

0067 - ¿CÓMO VALORAN LOS CARDIÓLOGOS LA ACTIVIDAD SEXUAL DE SUS PACIENTES?

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

DAVOLOS, Ignacio(1) | MASSON, Walter(2) | ANGEL, Adriana(3) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(2) | GIORGINI, Julio(3) | GONZALEZ NAYA, Enrique(1)

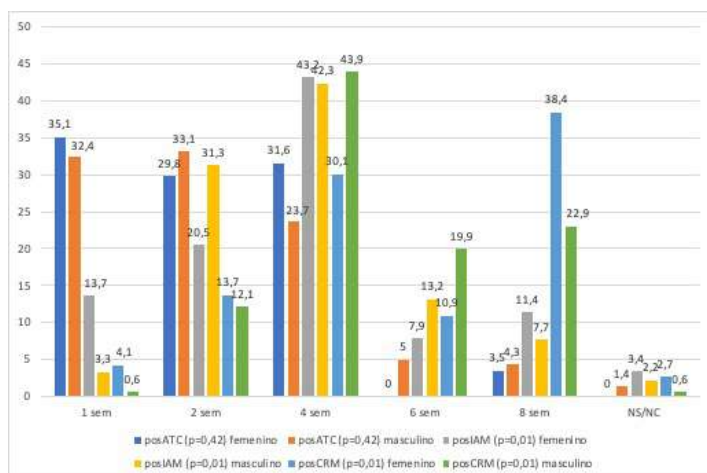
Consejo Cardiología del Ejercicio "Dr. José Menna" SAC (1); Consejo Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi" SAC (2); Consejo Aspectos Psicosociales en Cardiología SAC (3)

Introducción: Habitualmente, la anamnesis no incluye información sobre la actividad sexual (AS) de nuestros pacientes y es frecuente que evitemos preguntar sobre temas en los que no estamos capacitados para dar respuesta. Existen barreras como la falta de confianza y capacitación, y otras que nacen desde la perspectiva del paciente, que no permiten generar un espacio para abordar la sexualidad.

Objetivos: Evaluar el grado de conocimiento y abordaje de los cardiólogos/as acerca de la AS de sus pacientes.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y analítico de corte transversal. Los datos fueron obtenidos a partir de una encuesta estructurada, virtual y anónima fue realizada entre médicos cardiólogos/as durante el mes de abril de 2021. Se describió el perfil de los participantes y grado de conocimiento, en la población total y según el género. Para la comparación estadística de las variables discretas se utilizó la prueba de chi² o la prueba de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

n=345	n	%
Género	218 (masculino); 127 (femenino)	63,19; 36,81
Edad	240 (<60a)	69,5
	105 (>60a)	30,4
Región	109 (CABA)	32,1
	104 (Prov BsAs)	30,6
	21 (NOA)	6,2
	16 (NEA)	4,7
	49 (Pampeana)	14,4
	18 (Cuyo)	5,3
	23 (Patagonia)	6,8
Años de Especialista	185 (menos de 20); 159 (más de 20)	53,8; 46,2
Actividad en consultorio	>50%	46,5
Cantidad de pacientes/mes	>100	55,3



Resultados: Se incluyeron 345 cardiólogos/as. Las características basales se observan en la Tabla. 63,8% consideró la disfunción sexual como marcador de riesgo cardiovascular (CV). 68,1% consideró relevante preguntar acerca de la AS. En la comparación según género, no hubo diferencias en los motivos de consultas sobre AS (uso de inhibidores de fosfodiesterasa: 65,2%; disfunción eréctil (DE): 44,9%; reinicio de la AS luego de evento CV: 30,4%; pérdida del deseo: 7,7%). Los cardiólogos abordaron el reinicio de la AS luego de un evento CV con más frecuencia que las cardiólogas (IAM 84,9% vs. 70,1%, $p < 0,01$; ATC 66,2% vs. 46,3%, $p < 0,01$; CRM 77,9% vs. 60%; $p < 0,01$). La Figura detalla el tiempo considerado

para el reinicio de la AS. De las consultas relacionadas con la AS, 68,3% de los hombres consultan a cardiólogos y 49,6% a cardiólogas. Asimismo, las mujeres consultan a cardiólogos o cardiólogas en un 4,6% y 6,3%, respectivamente, siendo la pérdida del deseo lo más habitual (63%). Pocas cardiólogas y pocos cardiólogos solicitan dosaje de testosterona (17,5% vs 26,3%; $p = 0,06$). En relación al asesoramiento, se cree que fundamentalmente lo debería comenzar el cardiólogo (53,5% primera consulta postalta, 31,3% en la internación, 12% en rehabilitación CV). Se observó una mayor búsqueda de educación médica relacionada a la AS y enfermedad CV en el marco de congresos o cursos por parte de los colegas hombres en comparación a las mujeres (45,9% vs 32,3%; $p = 0,01$). Entre las causas de DE consideradas se destacaron las psicológicas (65%), las vasculares (17,9%) y las farmacológicas [10,9%, siendo el principal los beta-bloqueantes (89%)]. Los cardiólogos consideraron más frecuentemente que las cardiólogas el uso de IECA (23,9% vs. 15%, $p = 0,049$), ARaII (17,9% vs. 7,9%, $p = 0,01$) y diuréticos (25,2% vs. 15,8%, $p = 0,04$) como causas de DE. Los inhibidores de la fosfodiesterasa fueron más indicados por los médicos hombres en comparación a las mujeres (49,5% vs. 18,6%).

Conclusiones: En esta población evaluada, el grado de conocimiento dista de ser óptimo. Se observó mayor compromiso de cardiólogos en el abordaje, probablemente porque reciben más consultas de pacientes hombres. Las pacientes mujeres suelen consultar menos por temas relacionados con AS.

0071 - EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PATOLOGÍA VALVULAR CARDÍACA: REGISTRO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Unidad Temática: Valvulopatías

REYNOSO, Carolina Giselle | MORALES PIERUZZINI, Agustín | VOLPATO, Jessica | BLANCO, Rodrigo Ignacio

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

	EAO (n= 84)	IAO (n=39)	EM (n=24)	IM (n=60)	IT (n=45)	EP (n=7)	IP(n=9)
Edad (años)	71±12	53,7±16	53±14	59±17	58,8±20	34,5±18	43±22
Sexo masculino (%)	60,7 (51)	64,9 (25)	41,6 (10)	48,3 (29)	40 (18)	57,1 (4)	33% (3)
Etiología (%)							
Esclerodegenerativa	92,8 (78)	7(17.94)	3(12.5)	10(16.66)	5(11.11)		
Reumática	25 (21)	2(5.1)	18(75)	12 (20)	6(13.33)		2
Bicúspide	30,9 (26)	12(30.76)			2(4.44)		
Endocarditis	16,6 (14)	10(25.6)	2(8.33)	5(8.33)	2(4.44)	1 (14.28)	1
Prolapso				5(8.33)			
Funcional			1(4.16)	14(23.33)	13(28.33)		2
Congénita				4(6.66)	6(13.33)	6 (85.71)	4
Isquémica				9(15)	8(17.77)		

Introducción: La enfermedad valvular presenta en la actualidad una de las causas mas frecuentes de internación por insuficiencia cardiaca, Sin embargo no existe un registro de datos actualizados en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la etiología, prevalencia, síntomas, características clínicas y características ecocardiográficas de los pacientes con patología valvular cardiaca de un Hospital público de referencia en una ciudad de alta densidad poblacional.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes con patología valvular cardiaca evaluados en el servicio de Cardiología entre julio 2018 y marzo 2020. Se analizaron características demográficas, antecedentes clínicos, síntomas, y características ecocardiográficas (tipo, etiología y severidad de la valvulopatías, función ventricular, presión sistólica de arteria pulmonar).

Resultados: Fueron incluidos 190 pacientes (p) con patología valvular cardiaca, edad: 61,4±17, sexo masculino: 114 p (60%). El 31,6% presentaba estenosis aórtica (EA), el 22,5% insuficiencia mitral (IM), el 16,9% insuficiencia tricuspídea (IT), el 14,6% insuficiencia aórtica (IAO), el 9% estenosis mitral (EM) y el 2,6% estenosis pulmonar (EP). 76 p. (40%) presentaban más de una valvulopatía. Los motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (67,9%) y angor (7,4%). El 61,6% era hipertenso, 23,7% diabéticos. 58 p. (30.7%) presentaba deterioro severo de la función sistólica ventricular izquierda (Fey<30%), 61 p. (32,1%) antecedentes de enfermedad coronaria y 13,2% cirugía cardiaca previa. La edad, sexo y etiología de las distintas valvulopatías se describen en Tabla 1.

Conclusiones: El registro pone en evidencia diferencias en relación con la etiología y características clínicas de los pacientes con distintos tipos de valvulopatías. La etiología esclerodegenerativa es la causa más frecuente de enfermedad valvular, principalmente en la estenosis aórtica; las etiologías más frecuentes de la insuficiencia mitral son la funcional, reumática o isquémica, mientras que la estenosis mitral es más frecuente en mujeres y de etiología reumática.

0077 - REGISTRO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DE PACIENTES CON COVID-19

Unidad Temática: Covid-19

NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | DOPPLER, Eugenia | VANNONI, Maria Victoria | ESTRELLA, Maria Laura | BONO, Leandro | TOLUSSO, Mariela Eugenia | KAZELIAN, Lucía Raquel | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) es un síndrome respiratorio agudo (SARS-COV-2), declarado en Marzo 2020 como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El síndrome coronario agudo, miocarditis y tromboembolismo pulmonar son algunas de las complicaciones cardiovasculares reportadas. La incidencia de estas complicaciones en pacientes con COVID-19 continúa siendo incierta.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes (p.) con SARS-COV-2. Evaluar la incidencia y mortalidad de complicaciones cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y prospectivo, realizado en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Se incluyeron, desde Mayo a Octubre del año 2020, pacientes adultos con COVID-19 diagnosticados por prueba genómica viral de RT-PCR en tiempo real e ingresaron al servicio de Clínica médica o Terapia intensiva según evolución. Se analizó: demografía, factores de riesgo cardiovasculares, incidencia de complicaciones cardiovasculares, ecocardiograma doppler transtorácico en caso de falta mejoría clínica, y mortalidad intrahospitalaria. Análisis estadístico: Variables discretas expresadas en n y %, y continuas en media/desvío estándar o mediana/intervalo intercuartilo según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 236 p.: 135 hombres (57%), edad promedio 56 años, y 101 mujeres (43%), edad promedio 55 años. Los FRCV más frecuentes fueron obesidad (35%), hipertensión arterial (34%), tabaquismo (20%), diabetes mellitus (14%) y dislipemia (13%). El motivo de internación más frecuente fue insuficiencia respiratoria aguda (59%). El 29% de los pacientes presentaron distrés respiratorio y requerimiento de ventilación mecánica. Se realizó ecocardiograma Doppler transtorácico a aquellos pacientes con falta de mejoría clínica (87 p.: 36%). De éstos, 14 p. (16%) presentaron disfunción ecocardiográfica: disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (16%), disfunción sistólica del ventrículo derecho (4%) y disfunción diastólica del VI (6%). El tratamiento más frecuentemente utilizado fueron los corticoides (39%), seguido de anticoagulación (35%), plasma de convalescente (22%) y azitromicina (18%). La incidencia reportada de complicaciones cardiovasculares fue del 7%: insuficiencia cardíaca (44%), taquicardia supraventricular (20%), bradiarritmias (16%) y síndrome coronario agudo (12%). La mortalidad intrahospitalaria reportada fue del 30%, y las principales causas fueron: distrés (50%), sepsis (47%) y causa no aclarada (3%). No se detectaron muertes por causa cardiovascular.

Conclusiones: El 7% de los pacientes con SARS-COV-2 presentaron complicaciones cardiovasculares. A pesar de presentar una tasa elevada de mortalidad, no se detectaron muertes por causa cardiovascular. Los médicos tratantes deben ser conscientes de las complicaciones cardiovasculares al evaluar y manejar al paciente con COVID-19.

0079 - REGISTRO DE EVALUACION CARDIOLOGICA POST-COVID 19: RESULTADOS INICIALES

Unidad Temática: Covid-19

RUIZ, Graciela Aurora | CARNUCCIO, María Teresa | MAKHOUL, Silvia Susana | PELLEGRINI, Alejandro Jose | PEREZ PRADOS, Graciela | PAULIN, Francisco | GUILLARDOT, Alcides | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: A más de un año del inicio de la pandemia por COVID-19, las secuelas cardiológicas resultantes de la enfermedad en pacientes recuperados, son motivo de atención.

Objetivos: Determinar la prevalencia de alteraciones cardiológicas observadas en la población recuperada de COVID-19 mediante una secuencia básica de screening.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en el registro aquellos pacientes (ptes) que cursaron COVID-19, PCR (+), tanto hospitalizados como de curso domiciliario. Los ptes fueron evaluados entre los 30 y 90 días post-alta de COVID-19. El examen consistió en: entrevista presencial (datos demográficos y antropométricos, antecedentes personales, gravedad del curso de la enfermedad y síntomas actuales), examen físico habitual, rutina básica de laboratorio, proteína C reactiva, biomarcadores cardíacos (troponina y pro-BNP) y ecocardiograma. Otros estudios complementarios (Holter, RMI, biopsia endomiocárdica, etc) fueron solicitados en función de los resultados previos. Se analizó la prevalencia de los resultados caracterizados como 1) normales, 2) anormales inespecíficos ó 3) anormales sospechosos de cardiopatía post-COVID de cada uno de los métodos utilizados.

Resultados: De los 115 pacientes analizados (edad: x 49.1±14 años, mujeres: 49.5%, etnia blanca: 49%, sobrepeso u obesidad: 76%), 83 (72%) presentaban alguna condición médica previa. De estos, 12 (14%) tenían antecedentes

	N (%)
Algun síntoma persistente	93 (81)
Sintomas pot. cardiacos	52 (45)
Clase funcional II-IV	2 (1)
Hipotensión ortostatica	3 (2)
Taquicardia postural	9 (7)
IC izquierda	2 (1)
IC derecha	3 (2)
TEP	9 (7)
Trastornos de conduccion	13 (11)
FA/AA	3 (2)
Extrasistoles supraventr.	2 (1)
Extrasistoles ventric.	11 (10)
Troponina > 18	4 (3.5)
Pro BNP > 100	2 (1)
PCR > 0.6	25 (22)

cardiológicos conocidos. Cursaron internación hospitalaria 84 ptes, domiciliaria 17 ptes, y de ambas formas 14 ptes. El lapso entre el alta y la evaluación post-COVID-19 fue de 71 ± 38 días. Ninguno de los ptes con cardiopatía conocida previa mostró una progresión significativa de su enfermedad post-COVID. Los hallazgos cardiológicos de novo más significativos fueron: insuficiencia cardíaca (3 ptes), fibrilación auricular (2 ptes), arritmia ventricular no compleja (9 ptes) y rotura de cuerda tendinosa (1 pte). El interrogatorio fue anormal sospechoso de cardiopatía post-COVID en 35% de los ptes, el examen físico en el 8%, ECG en el 14% y el ecocardiograma en el 6%. Se realizaron 6 estudios Holter (5 de ellos confirmaron arritmias) y 6 estudios de resonancia magnética (3 de ellos compatibles con cardiopatía post-COVID).

Conclusiones: De la evaluación cardiológica sistemática de pacientes no seleccionados recuperados de COVID-19 se infiere, en este primer corte que, si bien la mayor parte persiste con síntomas (algunos potencialmente cardiológicos), el examen físico y los métodos complementarios básicos son normales o con anomalías inespecíficas en la mayor parte de la población. Hallazgos cardiológicos significativos se observaron en el 13% de la población aunque la relación causal con COVID-19 previo no puede ser fehacientemente establecida.

0080 - ¿IMPACTA LA EDAD DEL CARDIÓLOGO EN EL ABORDAJE DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA CONSULTA?

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

DAVOLOS, Ignacio(1) | MASSON, Walter(1) | ANGEL, Adriana(2) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(1) | GIORGINI, Julio(2) | GONZALEZ NAYA, Enrique(3)

Consejo Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi" SAC (1); Consejo Aspectos Psicosociales en Cardiología SAC (2); Consejo Cardiología del Ejercicio "Dr. José Menna" SAC (3)

Introducción: El tabú de la actividad sexual (AS) se sobredimensiona cuando se involucra a la salud, especialmente la cardiovascular (CV). Los pacientes coronarios y sus familias a menudo enfrentan numerosos cambios en sus vidas. La AS debe formar parte del marco de la prescripción médica habitual, tal como se realiza con el plan alimentario, la medicación y la actividad física.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias en la valoración de la AS respecto a la edad del cardiólogo/a.

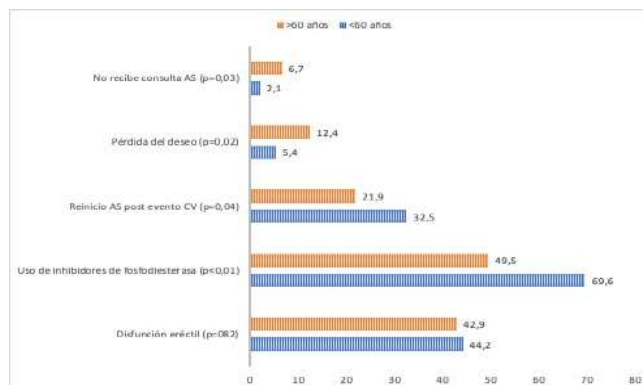
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, comparativo de corte transversal. Se incluyeron médicos cardiólogos/as que respondieron una encuesta virtual estructurada y anónima durante el mes de abril de 2021. Se describió el perfil del médico y grado de conocimiento respecto a distintos aspectos de la AS, se compararon las respuestas según la edad de los participantes (< y > 60 años). Para la comparación estadística de las variables discretas se utilizó la prueba de χ^2 o el Test de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

n=345	n	%
Género	218 (masculino); 127 (femenino)	63,19 ; 36,81
Edad	240 (<60 años); 105 (>60 años)	69,56 ; 30,44
Región	109 CABA	32,1
	104 Prov BsAs	30,6
	49 Pampeana	14,4
	23 Patagonia	6,8
	21 NOA	6,2
	18 Cuyo	5,3
	16 NEA	4,7
Años de especialista	185 (menos de 20)	53,8
	159 (más de 20)	46,2
Actividad en consultorio	>50%	46,5
Pacientes/mes	>100	55,3

Resultados: Se incluyeron 345 cardiólogos. Características basales se observan en la Tabla. 63,8% considera la disfunción sexual (DS) como marcador de riesgo CV. 68,1% considera relevante o muy relevante preguntar acerca de la AS. (<60 años 65,2% vs >60 años 75,2%, $p=0,06$) La comparación según edad arroja diferencias en los motivos de consulta sobre AS. (Figura) En relación al abordaje del reinicio de AS luego de un evento CV, se destacan los >60 años (IAM 93,3% vs 73,3%; $p < 0,01$, ATC 81,4% vs 49,4%; $p < 0,01$, CRM 88,5% vs 63,9%; $p < 0,01$). El tiempo considerado para el reinicio varía de acuerdo a la complejidad del evento, sin diferencia estadísticamente significativa entre edades (posATC tendencia antes de las 4 semanas, posIAM/posCRM entre la segunda y la sexta). De las consultas relacionadas con AS, los >60 años reciben con frecuencia consultas de hombres 71,4% (vs 57,1%; $p=NS$), los >60 años reciben con frecuencia consultas de mujeres 6,7% (vs 4,6%; $p < 0,01$), siendo la pérdida del deseo el signo considerado más frecuente de DS (63%). Los <60 años reciben con más frecuencia consultas por dispareunia (21,3% vs 11,4%; $p=0,03$). Los >60 años solicitan más frecuentemente medición de testosterona (35,6% vs 17,2%; $p < 0,01$). Se observó diferencia entre <60 y >60 años en relación a quien debe comenzar el asesoramiento ($p < 0,01$), conviniendo que debe ser un cardiólogo. (32,3% vs 20% primera consulta postalta, 51,5% vs 58,1% en la internación, 8,9% vs 19,1% en rehabilitación CV, respectivamente). Se observó mayor búsqueda de educación médica relacionada a AS y enfermedad CV en el marco de congresos o cursos de parte de >60 años (53,3% vs 35,4%; $p < 0,01$). El factor psicológico fue la causa más considerada de disfunción eréctil

(66,4% vs 61,4%; p=NS) y entre los fármacos, los beta bloqueantes (88,8% vs 92,4%; p=NS). Los inhibidores de la fosfodiesterasa son más indicados por >60 años (56,2% vs 30,8%; p<0,01).

Conclusiones: La sexualidad es un aspecto de la calidad de vida importante para los pacientes y sus parejas. Si bien los cardiólogos <60 años reciben una mayor cantidad de consultas relacionadas a AS, se observó una mayor capacitación y un abordaje más activo en el grupo de mayor edad.



0081 - EFECTOS DE LA PANDEMIA EN LA ATENCION DE CARDIOPATIAS, EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

Unidad Temática: Covid-19

LOMBARDI, Facundo | COLUGNAT, Mariana | GONZALEZ SUEIRO, Alejandra | VISSER, Miguel | PERONA, Carlos | CENTENO, Sergio | LANOSA, Gustavo | KEVORKIAN, Rubén

Hospital General de Agudos F. Santojanni

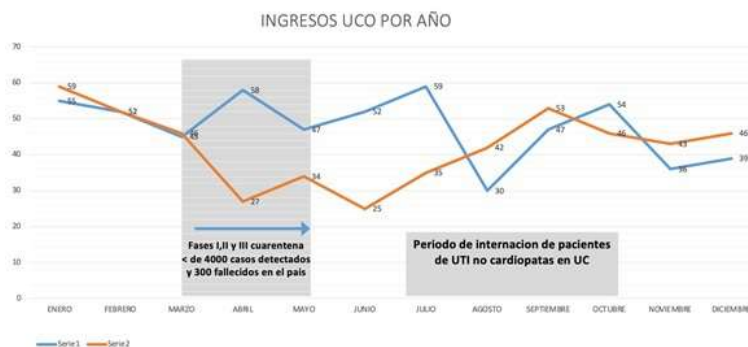
Introducción: En diciembre de 2019 en China se identificaron los primeros casos de SARS-CoV – 2, poco después la OMS declaró al Covid -19 emergencia internacional. El Hospital DF Santojanni es una institución pública que atiende cerca del millón de consultas anuales y fue designado cabecera de atención COVID 19, dentro de la institución la atención de cardiopatías fue considerada esencial, por tanto, las áreas de internación se mantuvieron libres de Covid -19.

Objetivos: El objetivo del trabajo es describir la gestión y el efecto observado en la atención de cardiopatas en un Hospital de alta complejidad, “primera línea asistencial” de pacientes (p) afectados por Covid -19.

Materiales y Métodos: Se analizaron consecutivamente consultas, prácticas e internaciones en la Unidad Coronaria (UC), durante 2019 y 2020 para comparar el efecto de la pandemia. De los consultorios analizados se subdividieron en aquellos que realizaron solo consulta presencia en 2020 y aquellos que realizaron consulta virtual y presencial durante el 2020. Ambos se compararon con las consultas respectivas presenciales realizadas en 2019. En el análisis estadístico se utilizó el programa EPI Info versión 7,2 las variables numéricas se analizaron según la distribución de la muestra, se utilizó test de t para variables cuantitativas y chi cuadrado (cualitativas)

Resultados: En los consultorios analizados la caída global de la atención en 2020 fue del 17% comparada a 2019 (5930 vs 4923 p 0,03) se observó déficit de 1007 consultas. Cuando se analizó el consultorio exclusivo presencial de prevención se observó una caída de 1019 (31%) consultas totales menos 3296 en 2019 (mensual 275 IC 95% 227-321) vs 2277 en 2020 (mensual 190 IC 95% 151-228) p 0,013. Sin embargo, en los consultorios que realizaron teleasistencia en reemplazo o complemento durante 2020 no hubo diferencia de consultas 2634 (mensual 219 IC 95% 202-237) en 2019 vs 2646 (mensual 221 IC 95% 198-242) en el año 2020 p NS. En la Unidad Coronaria (UC) se observó una menor internación de pacientes cardiovasculares en 2020 y un incremento de pacientes derivados desde la UTI. Las causas de internación no variaron sustancialmente salvo en la insuficiencia cardíaca que presentó un discreto aumento sin significación estadística (Tabla). Durante 2020 la UC atravesó diferentes etapas. Desde abril se observaron menos

CAUSA DE INGRESO	2019 N571	2020 N508	DIFERENCIA CASOS	P
IAMI	248 (43,7)	191 (40,5)	-57 (-23)	NS
INSUFICIENCIA CARDIACA	75 (13,2)	87 (18,4)	12 (16)	NS
PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS	115 (20,2)	81 (17,2)	-34 (-29,6)	NS
ARRITMIAS Y SINCOPE	86 (15,2)	84 (17,8)	-2 (-2,3)	NS
OTROS DIAGNOSTICOS	43 (7,6)	29 (6,1)	-14 (-32,6)	NS
TOTAL P	567	472	-95 (-16,8)	NS
CARDIOVASCULARES				
P DERIVADOS DE UTI	4	36	32	< 0,05



internaciones (grafico). A partir de julio se incrementa el numero a expensas del ingreso de pacientes de UTI que se sostiene hasta octubre

Conclusiones: El 2020 fue una experiencia singular debido a la pandemia, observamos la sub-atención de cardiopatías con probable aumento de la morbimortalidad cardiovascular en la población general. En la ciudad el aumento de casos fue progresivo pero una nueva ola de contagios en 2021 quizás no se vería atenuada por el comportamiento social. Nuestro desafío será sostener la atención de calidad sin posponer la atención para evitar las complicaciones descriptas

0086 - RELACIÓN ENTRE AUTOANTICUERPOS CONTRA RECEPTORES BETAADRENÉRGICOS Y EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN INTRAVENTRICULAR EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas

PEREYRA, Cecilia Guillermina | PRINCIPATO, Mario Bruno | PAOLUCCI, Analia Gladys | SALAMÉ, Michael | VON WULFFEN, Maria Alejandra | T.A.C CALIGARIS, Jesica | KÖLLIKER FRERS, Rodolfo Adolfo | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: Los trastornos de conducción intraventricular (TCIV) son una de las manifestaciones más frecuentes en la enfermedad de Chagas (ECh). Las teorías inmunológicas que podrían explicarlos, son desde hace mucho tiempo tema de debate, una de ellas es la relacionada con la presencia de autoanticuerpos contra receptores betaadrenérgicos (β 1ARAb)

Objetivos: Evaluar la relación entre los β 1ARAb con el desarrollo de TCIV en pacientes con ECh.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 65 pacientes con serología positiva para ECh, con una antigüedad de la infección de más de 20 años. Además, debían presentar una función ventricular (FEVI) medida dentro de los 12 meses previos a su inclusión menor y/o igual al 35% o mayor y/o igual del 50%. Fueron excluidos pacientes con patologías que pudieran afectar la función ventricular izquierda y/o predisponer al desarrollo de TCIV. Luego de la firma del consentimiento informado se confeccionó historia clínica, examen físico y electrocardiograma para determinar la presencia de TCIV. Se procedió a la determinación de β 1ARAb mediante Elisa Kit del lab MyBioSource®. Se analizaron los resultados de mediana (M) (máximo y mínimo) y evaluaron diferentes niveles de corte para considerarlos positivos. Se utilizó el valor de 1000 ng/ml acorde a las especificaciones técnicas del fabricante, y además se analizó un valor de corte de 800 y 900 ng/ml. Para el análisis estadístico se llevaron a cabo pruebas no paramétricas: para las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Se corrigió el valor crítico para las pruebas de hipótesis en 0.05.

Resultados: La M de la edad fue de 61 años (34-83) y 51% fueron hombres. Del total de la población analizada, 37 pacientes (56.9 %) presentaron TCIV. En el grupo con TCIV, la M de β 1ARAb fue 980 ng/ml (100 – 2800) y en el grupo sin TCIV la M fue 804 ng/ml (100 – 2328) ($p=0.091$) Del total de los pacientes incluidos, 30 de ellos (46.2 %) presentó un resultado positivo de β 1ARAb (para un cut off de 900 ng/ml) Para este cut off, en el grupo con TCIV, 20 pacientes (54.1 %) tuvieron resultado positivo, en cambio, en los pacientes sin TCIV 10 de ellos (35.7 %) fueron positivos ($p=0.142$). Al analizar un cut off de 1000 ng/ml, 24 pacientes (36.9 %) presentaron un resultado positivo de β 1ARAb En el grupo con TCIV (45.9 %) tuvieron resultado positivo, en cambio, en los pacientes sin TCIV, 7 pacientes (25%) lo fueron ($p=0.083$). Con un cut off de 800 ng/ml, del total de los pacientes incluidos, 40 (61.5%) presentaron resultado positivo de β 1ARAb. En el grupo con TCIV 26 (70.3 %) tuvieron resultado positivo, en cambio en los pacientes sin TCIV, 14 de ellos (50 %) lo fueron ($p=0.096$). Al comparar solo los pacientes con FEVI conservada, tampoco se hallaron diferencias significativas en relación con la presencia de TCIV en valores analizados de β 1ARAb, aun con los diferentes valores de cut off.

Conclusiones: No se encontró una relación significativa entre los valores de β 1ARAb y la presencia de TCIV en nuestra población de pacientes con ECh.

0092 - UNA NUEVA PANDEMIA SARS-COV-2

Unidad Temática: Covid-19

GAREIS, Natalia María de Los Ángeles(1) | CANOVA, Sergio Edelmiro(2)

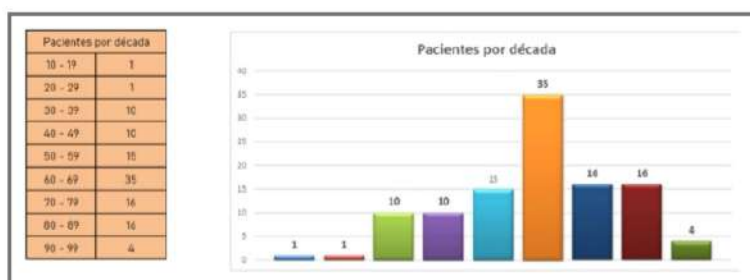
Actividad Clínica Privada (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: La covid-19 es la enfermedad causada por un nuevo coronavirus identificado en un grupo de casos de neumonía de la ciudad de Wuhan, China el 7 de enero de 2020. La glicoproteína S del coronavirus parece interactuar con el

receptor de la ECA2 de las células humanas presentes principalmente en el epitelio de las vías respiratorias y neumocitos alveolares tipo 2 y en menor medida endotelio, corazón, riñones e intestino lo cual se relaciona con diferentes complicaciones. El 11 de marzo de 2020 la organización mundial de la salud declaró el estado de pandemia por este nuevo coronavirus. Luego de esta declaración y que se constata la propagación en nuestro país mediante el decreto 260/20 se dispuso en la Argentina la ampliación de la emergencia pública en materia sanitaria establecida por la ley n° 27.545 que se prorrogó mediante decreto 167/2021 hasta el 31 de diciembre de 2021. A la fecha se han registrado mas de 120 millones de casos y mas de 2 millones de muertes en el mundo por covid-19. En la Argentina el primer caso se dió a conocer el 3 de marzo de 2020 y hay aproximadamente dos millones y medio de contagios a la fecha.

Objetivos: Evaluar los casos internados de covid-19 en Hospital de nivel 2 en un horizonte temporal de cuatro meses donde se vio incrementada la curva de contagios.

Materiales y Métodos: Se analizaron 108 casos internados en Hospital de segundo nivel de complejidad con diagnóstico de covid-19 entre septiembre y 31 de diciembre de 2020. Las variables evaluadas fueron incidencia de covid-19 en el horizonte temporal estudiado, sexo, edad, factores de riesgo asociados al huésped, traslado a centro de mayor complejidad, complicaciones y mortalidad.



Resultados: Se presentó mas en mujeres 52% que varones 48%. La mediana de edad de los ptes. Internados fue de 65 años. Las enfermedades subyacentes Hta 57 pacientes, dbt y enf. Cardiovasculares 15, dlp y hiper/hipotiroidismo 10, obesidad 9, asma e insuficiencia renal 4. Personal de salud afectado 4. Los habitos toxicos representaron el 8, 33%. Las complicaciones en un 94% neumonias por covid-19 y dos arritmias supra ventriculares en pacientes de 80 y 82 años. Se trasladaron 23 ptes. a centros de mayor complejidad de los cuales 16 eran hipertensos y 8 diabeticos y la edad promedio entre 60 y 69 años. La mortalidad fue del 17% 18 pactes. De los cuales 17 son mayores de 65 años, 9 hipertensos y 4 diabeticos, dlp y con enfermedad cardiovascular 3 y 2 insuficientes renales. La paciente de 36 años diabetica, hipertensa e IRC. Cinco pacientes fallecieron en centros de mayor complejidad .

Conclusiones: Finalmente de los 108 pacientes hospitalizados por covid-19 entre septiembre y 31 de diciembre de 2020 el factor de riesgo predominante fue la edad avanzada, mayores de 55 años 75,92%. En primer lugar como enfermedad cronica subyacente la hipertensión arterial, segundo enfermedad cardiovascular y diabetes, tercero dislipemia y hipo/ hipertiroidismo y cuarto la obesidad. El personal de salud afectado fue del 3,7%. Fueron trasladados 23 pacientes a centros de mayor complejidad los cuales en su mayoría eran hipertensos y diabeticos. La mortalidad fue del 17% (18) pacientes y el 94,44% de ellos mayores de 65 años. De acuerdo a lo antes dicho teniendo en cuenta los autores precedentemente citados podemos concluir que nuestra experiencia se asemeja a estudios publicados recientemente en las revistas the lancet y clinical infectius diseases quedando exceptuada la enfermedad tiroidea.

Factor de Riesgo	Número de Pacientes
INSUFICIENCIA RENAL	4
ASMA	4
OBESIDAD	9
DLP	10
HIPER/HIPTIROIDISMO	10
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	15
DIABTES(DBT)	15
HTA (HIPERTENSION)	57



0097 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2.

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

AVELLANA, Patricia Mabel | INI, Alexis Javier | AJZENSZLOS, Martín | AHUALLI, Luis | RADLOVACHKI, Anibal Daniel | GIORGINI, Julio | BELFORTE, Sandro Mario | ESTEBAN, Walter

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La pandemia por COVID 19 ha ocasionado un gran impacto a nivel mundial. En forma global, los pacientes (pac) de mayor edad, con comorbilidades y enfermedades respiratorias y cardiacas, tienen un mayor riesgo de padecer una enfermedad más severa por SARS-CoV-2. En los pac trasplantados cardiacos (TxC), la inmunosupresión crónica podría

representar un riesgo adicional, lo que continúa siendo evaluado. Hasta la fecha, el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en los pac TxC permanece siendo incierto

Objetivos: Describir las características clínicas y la evolución de los pac TxC que presentaron infección por SARS-CoV-2 en nuestra institución durante la pandemia COVID 19.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pac TxC de la cohorte de nuestro hospital que presentaron una infección documentada por SARS-CoV-2 en la etapa inicial de la pandemia.

Resultados: Se analizaron 70 pac TxC en seguimiento en nuestro servicio durante la primera etapa de la pandemia por COVID 19. En esta cohorte inicial, 8 (11,4%) pac presentaron infección por SARS-CoV-2, confirmada por un hisopado positivo, y el contacto en todos los casos fue comunitario. El rango de tiempo transcurrido desde el TxC hasta la infección por COVID 19 fue de 3 a 17 años. La mediana de edad fue de 52 (33-66) años, y el 25% eran de sexo femenino. Todos recibían tratamiento (tto) inmunosupresor estándar con los esquemas habituales (triple esquema en el 75% de los casos), y dos pac habían recibido tto antirechazo durante el último año. Las comorbilidades más frecuentes eran obesidad (75%), insuficiencia renal (37,5%), hipertensión arterial (HTA) (75%), dislipemia (DLP) (37,5%) y diabetes (DBT)II (25%). Tres pac (37,5%) presentaron neumonía bilateral que requirió internación, con hallazgo de parámetros inflamatorios elevados. Uno evolucionó en forma favorable sin complicaciones, y los otros dos presentaron durante la internación parámetros clínicos de severidad y progresión tomográfica, por lo que recibieron tratamiento con antibióticos y corticoides. Una tuvo evolución favorable luego de 10 días de internación en sala general, y el otro falleció luego de una estadía prolongada en cuidados intensivos donde requirió ARM. Este pac tenía 66 años y presentaba insuficiencia renal crónica moderada-severa, cáncer de próstata y vejiga, y un accidente cerebrovascular (ACV) reciente. Además había recibido tto antirechazo el año previo a la infección. La otra pac no presentaba comorbilidades importantes. El resto de los pac (n=5) cursaron la enfermedad asintomáticos (2 pac) o con síntomas leves (3 ptes) sin requerir internación. Estos pac presentaban HTA, DLP o DBT, sin otras comorbilidades. En los pac que consultaron al inicio de los síntomas, en el 50% de los casos se modificó el esquema inmunosupresor.

Conclusiones: En nuestra serie de pac TxC con COVID 19, la mortalidad general fue del 12,5 %, y de un 33,3% en los pac que requirieron internación. El impacto negativo de la infección por SARS-CoV-2 en los receptores de TxC parece estar asociado en gran medida a la edad y a la presencia de comorbilidades, siendo la presencia de 3 o más comorbilidades (cáncer, insuficiencia renal, obesidad, diabetes), factores de mortalidad en esta cohorte inicial. Estos datos son coincidentes con la bibliografía internacional de las series de pacientes trasplantados cardiacos, en los que el estado de inmunosupresión crónica implicaría un riesgo adicional.

0102 - VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE LEUCO-LÁCTICO EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

FRONTERA, Esteban(1) | BARBOSA, Fernando(1) | RAMOS, Patricio(1) | CAILLY, Victoria(2) | DURET, Ana(1) | GOLDSTRAJ, Leandro(1) | ROMEO, Diego(3) | MOYANO, Claudio(1)

Clínica Pasteur (1); Sanatorio Juan XXIII (2); Hospital Castro Rendon (3)

Introducción: Existen diferentes scores de riesgos validados para evaluar mortalidad en el posoperatorio (POP) de cirugía cardiovascular (CCV); pero además de estos, se utilizan biomarcadores inflamatorios como ácido láctico, glucemia y saturación venosa central, entre otros. El índice leucoglucémico fue evaluado anteriormente con resultados favorables; por lo tanto, nos planteamos conocer la relación entre los valores de glóbulos blancos y ácido láctico ya que no fue descripta previamente.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico del índice leuco-láctico (ILL) en el POP de CCV.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de Cohorte, retrospectivo, observacional y analítico que incluyó pacientes en POP de CCV entre Enero 2017 y Marzo 2021 en 3 centros Patagónicos. El cálculo se realizó en POP inmediato multiplicando ácido láctico (mg/dl) por leucocitos (mm³)/1000. Se utilizó la curva ROC para variables cuantitativas. La población se dividió 2 grupos según el mejor valor de corte del ILL. El punto final fue mortalidad intrahospitalaria. Se excluyeron pacientes (p) sin datos para el cálculo.

Resultados: Se incluyeron 438 p, con edad mediana de 67 (RIC 59-72 años), predominó el género masculino (77%). La mayoría fueron operados de Cirugía de revascularización miocárdica 61%, (n=269), seguidos de cirugía valvular 28%

(n=122); la mediana de score STS 1,8 (RIC 1-3,1). El mejor valor de corte según curva ROC fue de 404, con sensibilidad:74% y especificidad:78%, ABC 0,81 (0,72-0,89). El valor predictivo positivo: 18% y el valor predictivo negativo: 98%. Según los grupos fueron G1: ILL<404 con n=258 (73%) y G2 >=404 con n=95 (27%). Los p del G2 eras más jóvenes (63 vs 67 años, p=0,002), con mayor porcentaje de mujeres (29% vs 21%, p= 0,05) e hipertensión arterial (88% vs 81%, p=0,04). En cuanto a las características quirúrgicas, la cirugía valvular fue más frecuente en el G2 (40% vs 31%, p=0,047) al igual que la cirugía de urgencia (30% vs 18%, p=0,006), sin diferencias en los scores de riesgo. Se utilizó más circulación extracorpórea (CEC) en el G2 (51% vs 39%, p=0,009), con tiempos de bomba más prolongados (78 vs 65 minutos, p=0,0002). Durante la internación el G2 evolucionó con más complicaciones como: mortalidad (18% vs 2,1%, p<0,0001), bajo gasto cardíaco (28% vs 16%, p=0,01) e insuficiencia renal aguda (16% vs 5,2%, p=0,0003), entre otras. Las variables que se asociaron a mayor mortalidad en el análisis univariado fueron: antecedente de infarto y accidente cerebrovascular, FEy severa por ecocardiograma, cirugía valvular, cirugía de urgencia, uso de CEC, al igual que tiempo de CEC y tiempo quirúrgico prolongado. El análisis multivariado demostró que el ILL fué predictor independiente de mayor mortalidad en la internación (OR: 7,4 IC 2,6-20; p= 0,0001) al igual que la FEy severa por ecocardiograma, la cirugía de urgencia y el tiempo de CEC prolongado.

Conclusiones: La utilización de estos biomarcadores obtenidos en POP de CCV resultó de gran utilidad, contribuyendo a las variables ya conocidas para categorizar pacientes con peor pronóstico. En nuestro trabajo el índice leuco-láctico resultó ser predictor independiente de muerte.

0104 - PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA DETECTADA POR MAPA

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

WALTER, Guaraglia | MANGARIELLO, Brenda | CIANFAGNA, Ana Daniela | AGUSTINI, Miguel Angel | BARMAK, Martin Eitan | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: La hipertensión arterial nocturna (HTN) ha sido reconocida como un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Del monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) surge su frecuente asociación con patrones no fisiológicos de la misma, relacionados a una evolución adversa.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de HTN, ritmo circadiano, factores de riesgo cardiovascular asociados y tratamiento en pacientes que se sometieron a un M.A.P.A. en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires,

Materiales y Métodos: Muestra: Pacientes consecutivos a los que se realizó un MAPA en un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires entre el 01 de abril de 2019 al 1 de abril de 2021. Diseño: análisis retrospectivo. Se compararon dos grupos, de acuerdo a la presencia o no de HTN. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como media con desvío estándar. Se utilizó test de Chi cuadrado y prueba de Student para análisis univariado. Definición de variables: HTN: p con PAS mayor o igual 120 y/o PAD mayor o igual 70 mm Hg. HTNA (aislada): p con HTN y PA diurna menor a 135/85 mm Hg. Ritmo circadiano dipper: descenso de la presión arterial nocturna del 10 al 20% con respecto a la diurna, Non-dipper: descenso nocturno del 0 a 9%, Hipper-dipper: descenso > al 20% y riser <0% Se utilizó equipo Microlife, watch bp 03, previamente validado, con programaciones de mediciones cada 15 minutos durante día, y 30 minutos durante la noche. Se utilizó el diario del paciente como referencia. Se excluyeron los estudios con

Tabla 1:

HTA Nocturna (n 633)	Si (44.7%, n= 283)	No (55.3%, n 350)	P
Edad (media ±DS)	62.7±14.6	61.4±14.3	0.22
Mujeres	59.3%	72.8%	<0.001
Hombres	40.7%	27.17%	<0.001
Antecedentes			
BMI	28.3± 5.1	25.7± 5.2	0.03
TBQ	8.5%	7.1%	0.5
HTA	76.7%	74.8%	0.59
DBT	19.9%	11.4%	0.004
Coronario	3.9%	4%	0.94
Dislipemia	23.4%	28%	0.18
ACV	-	-	
IRC	-	-	
Indicacion diagnostica	22.7%	23.1%	0.89
Resultados MAPA			
PAS 24 hs	133 ± 11.8	114.4± 8.8	< 0.001
PAD 24 hs	77.6± 9.4	67.3 ± 6.2	<0.001
PAS diurno	134.6 ± 13	118.4 ± 10	<0.001
PAD diurno	79.5 ± 10.4	70.7 ± 7.2	<0.001
PAS nocturno	139.4 ± 12.4	105.5±8.7	<0.001
PAD nocturno	72.8± 9	59.6± 5.4	<0.001
PAS matutina	148.4± 18	133.5± 16.7	<0.001
PAD matutina	90.1 ± 14	82.2± 10.4	< 0.001
HTA diurna	50.5%	8.3%	<0.001
No Dipper	59.6%	40.6%	<0.001
Dipper Invertido	23%	2.9	<0.001
Dipper	17%	48%	<0.001
Hiper Dipper	0.4%	8.5%	<0.001

Tabla 2:

Tratamiento			
Sin medicación	23.7%	23.6%	0.26
IECA/ARA II	64.2%	61.4%	0.47
IECA/ARA II diurno	63.8%	61.7%	0.58
IECA/ARA II nocturno	27%	37.2%	0.007
BB	29.4%	26.6%	0.42
BB diurno	27.7%	26%	0.64
BB nocturno	10.3%	12.3%	0.43
Bloq Ca	27%	23.7%	0.35
Bloq Ca diurno	24.5%	21.7%	0.41
Bloq Ca nocturno	5%	5.1%	0.92
Diuréticos	13.5%	16%	0.37
Diuréticos diurno	13.8%	16.6%	0.34
Diuréticos nocturno	-	-	
Alfabloq	-	0.3% (n 1)	0.55
Monodroga	34%	34.5%	0.89
Una droga diurna	35.8%	35.4	0.92
Una droga nocturna	34%	44.3%	0.009
2 drogas	24.5%	26%	0.66
2 drogas diurnas	24.8%	26.6%	0.61
2 drogas nocturnas	3.5%	5.1%	0.33
3 drogas	16.7%	12.6%	0.14
3 drogas diurnas	14.5%	11.4%	0.24
3 drogas nocturnas	0.3%	-	0.44
4 drogas	1.06%	3.4%	0.052
4 drogas diurnas	0.7%	3.1%	0.03
4 drogas nocturnas	-	-	
Promedio de drogas tomadas de día	1.29	1.03	0.64
Promedio de drogas tomadas de noche	0.42	0.54	0.008

menos de 70% de lecturas satisfactorias totales o con más de 2 horas consecutivas de ausencia de registros y aquellos con HTN asociada a un mal dormir (según descripción del diario).

Resultados: Se evaluaron 679 MAPAs, de los que se excluyeron 46 (n 633). El 44,7% tuvo HTN (n 283), de los cuales un 49,5% (n 140) presentó HTNA. La edad promedio entre grupos no difirió (62,7 vs 61,4 años), con menor frecuencia de mujeres (59,3% vs 73%) La HTN constituyó el 22,7% de los p que se realizaron MAPA con criterio diagnóstico, sin diferencias con aquellos sin HTN (23%) El grupo con HTN tuvo mayores promedios de PA en todos los periodos, y comportamientos no fisiológicos: mayor patrón non dipper (59,6% vs 40,6%), dipper invertido (23% vs 2,9%), y menor frecuencia de dipper (17 vs 48%). Los factores de riesgo asociado fue la DBT (20 vs 11,5%) y el BMI (28,3 vs 25,7). El tratamiento en ambos grupos no difirió en cantidad y tipo de medicación, pero el grupo HTN presentó menor utilización de monodroga nocturna, a expensas del grupo IECA/ARA2 (27 vs 37%) (Ver tablas 1 y 2)

Conclusiones: Teniendo en cuenta que gran parte de los pacientes se realizó el MAPA para evaluación de tratamiento, el patrón de HTN identificó la mayoría de los p con HTA no controlada, ya que sólo 8% de los p sin HTN tuvieron registros de HTA diurna. Los patrones non dipper y dipper invertido se presentaron en 4 de cada 5 p de este grupo. La relación mujeres/hombres resultó invertida en relación a los p sin HTN, la diabetes y el BMI fueron los únicos factores asociados a este grupo. Casi la mitad de los pacientes en nuestro estudio no tuvieron la PA controlada. La frecuencia del tratamiento con monodroga representó un tercio de los pacientes, resultando una evidente subutilización de medicación.

0105 - DISCONTINUACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN FIBRILACIÓN AURICULAR

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

SANCHEZ BUSTAMANTE, Santiago | GAMARRA, Ana Lia | ROSSI, Emiliano | MAID, Gustavo Fabián | PIZARRO, Rodolfo | NAVARRO ESTRADA, José Luis

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La anticoagulación oral ha demostrado reducir la incidencia de eventos embólicos asociados con la fibrilación auricular; sin embargo, la interrupción de estos fármacos observada en los ensayos clínicos puede no ser representativa del mundo real debido a la inclusión de poblaciones seleccionadas.

Objetivos: El objetivo del estudio es comparar si existe una diferencia en la tasa de incidencia de discontinuación entre los antagonistas de la vitamina K y los anticoagulantes directos, y evaluar los factores asociados con la falta de adherencia en pacientes con diagnóstico reciente de fibrilación auricular.

Materiales y Métodos: Este fue un estudio de cohorte prospectivo. Se inscribieron pacientes adultos (edad > 18 años) que habían comenzado recientemente la terapia de anticoagulación para la fibrilación auricular o el aleteo auricular. Se excluyeron los pacientes con anticoagulación oral previa, válvulas cardíacas protésicas mecánicas o clearance de creatinina menor de 30 ml/min. El período de seguimiento fue de 12 meses. Como la asignación al tratamiento no fue aleatoria, se realizó una ponderación de la puntuación de propensión considerando las características iniciales potencialmente asociadas con la exposición y el resultado. Los factores asociados con la interrupción del anticoagulante se evaluaron mediante un modelo de Cox ponderado.

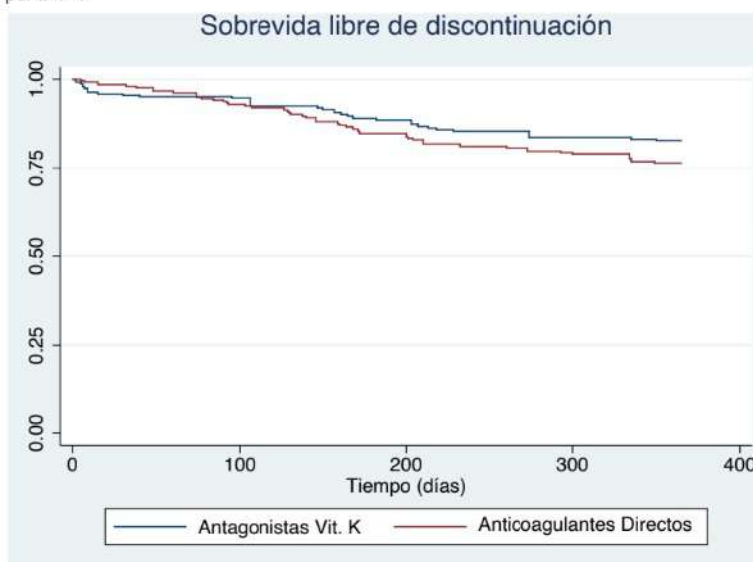
Resultados: Se incluyeron un total de 379 pacientes (edad media 78 +/- 9 años, 58% mujeres). La mediana de seguimiento fue de 362 días (RIC 347-370). La pérdida durante el seguimiento fue del 1%. La tasa de interrupción de la anticoagulación fue del 24,6% en el grupo de anticoagulante directo y del 15,6% en el grupo de antagonistas de la vitamina K. Un modelo ponderado de tiempo hasta la interrupción del tratamiento anticoagulante mostró un HR bruto de 1,40 (IC del 95%: 0,79-2,48) para el grupo de tratamiento anticoagulante directo en comparación con el grupo de antagonistas de la vitamina K. Se realizó también un modelo ajustado por edad, tipo de fibrilación auricular, ablación por radiofrecuencia, sangrado, número de fármacos crónicos y consultas de cardiología durante el seguimiento que mostró un HR ajustado de 1,26 (IC 95% 0,75-2,12). La principal razón para la interrupción de la anticoagulación fue el alto riesgo de hemorragia en el grupo de antagonistas de la vitamina K y la realización de un procedimiento de ablación por radiofrecuencia en el grupo de anticoagulantes directos. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la tasa de interrupción entre ambos grupos cuando se consideraron las características basales de los pacientes.

Conclusiones: No hubo diferencia estadísticamente significativa en la tasa de interrupción entre ambos grupos cuando se consideraron las características basales de los pacientes. El estudio mostró que la suspensión de anticoagulantes en la fibrilación auricular en nuestro medio no se asoció con el tipo de fármaco utilizado, la edad de los pacientes o el tipo de arritmia.

Tabla 1 Características basales por tipo de anticoagulante						
	Total n=379	AVK n=195	DOAC n=184	Valor p no ponderado	Diferencia estandarizada ponderada	
Edad, años	78 (+/-9)	81 (+/-8)	75 (+/-8)	<0,001	0,107	
Femenino	58	59	56	0,56	41	
Nivel educativo	Nulo	6,9	9,2	4,5	0,11	-0,052
	Primario	33,8	37,9	29,3		
	Secundario	35,6	34,9	36,4		
	Universitario	23,7	17,9	29,9		
Medicación concomitante asociada a sangrado	18,5	19,5	17,4	0,6	-0,025	
Nº de medicación concomitante	5 (4-8)	5 (4-7)	4 (3-6)	<0,001	-0,035	
AVD	0-1	80,2	69,2	91,8	<0,001	-0,064
	2-4	13,7	21,5	3,4		
	5-8	6,1	9,2	2,7		
Dislipidemia	47,4	49,2	45,4	0,45	-0,032	
Tabaquismo	5,3	3,8	7,1	0,13	0,044	
Diabetes	10	9,7	10,3	0,85	-0,006	
Hipertensión	72,6	79,5	65,2	0,002	0,021	
Enfermedad coronaria	6,9	7,7	6	0,51	-0,015	
Antecedente de insuficiencia Cerebral	13,5	17,9	8,7	0,006	0,011	
Antecedente de enfermedad cerebrovascular	5,8	5,1	6,5	0,56	0,01	
Creatinina sérica, mg/dl	0,98 (+/-0,28)	0,98 (+/-0,31)	0,89 (+/-0,23)	<0,001	0,001	
Tipo de FA	Indeterminado	48	44,1	52,2	0,021	-0,032
	Paroxística	33	31,8	30,8		
	Persistente/Permanente	19	24,1	15		
HAS-BLED Score	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	0,31	**	
CHA2DS2-VASc Score	3 (3-4)	4 (3-4)	3 (2-4)	<0,001	**	

Los datos expresados media (±DE), mediana (RIC), o n (%).
 AVK, antagonista de la vitamina K; DOAC, anticoagulación oral directa; AVD, actividades instrumentales de la vida diaria; FA, fibrilación auricular; HAS-BLED, hipertensión, función renal y/o hepática anormal, accidente cerebrovascular, antecedentes de hemorragia o predisposición, índice normalizado internacional (ábit), ancianos (65 años), drogas y/o alcohol concomitante; CHA2DS2-VASc, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad ≥75 años (duplicado), diabetes, accidente cerebrovascular (duplicado), enfermedad vascular, edad 65-74 años y categoría de sexo (mujer).

Figura 2. Curva de Kaplan-Meier de discontinuación por grupo de anticoagulante ponderada por IPT*.



* IPT: probabilidad inversa de tratamiento

0108 - VALIDACIÓN DE SCORE ORBI COMO PREDICTOR DE SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN DOS CENTROS DE ARGENTINA.

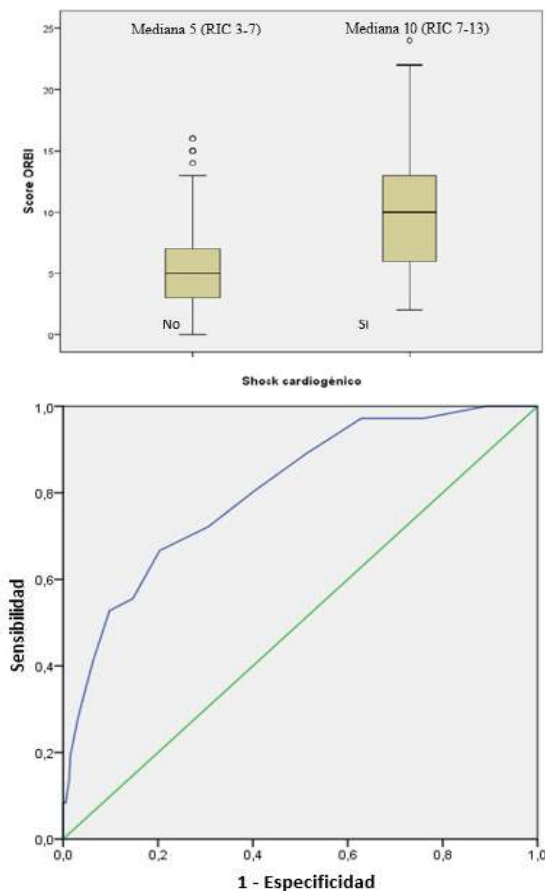
Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

BERTON, Felipe(1) | POLERO, Luis Dante(1) | CANDIELLO, Alfonsina(1) | RODRIGUEZ, Leandro(2) | COSTABEL, Juan Pablo(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Sanatorio Anchorena San Martin (2)

Introducción: El shock cardiogénico (SC) constituye una complicación del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) cuya mortalidad intrahospitalaria se mantiene alrededor del 30-50%. Identificar a los pacientes en riesgo de padecerlo permitiría orientar estrategias diagnósticas y terapéuticas más agresivas. El score ORBI identifica aquellos pacientes en mayor riesgo de SC post angioplastia primaria.

Figura 1. Forest plot puntaje score Orbi en los pacientes que cursaron o no con shock cardiogénico. $p < 0,001$



Objetivos: El objetivo del presente estudio fue validar el score ORBI como predictor de incidencia de shock cardiogénico intrahospitalario en una cohorte de pacientes cursando IAMCEST que recibieron ATCp como estrategia de revascularización en dos centros de alta complejidad de Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de validación retrospectivo a partir de una cohorte de pacientes ingresados de forma consecutiva con diagnóstico de IAMCEST en dos centros de derivación de Gran Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se estimó el valor predictivo y la validez del score ORBI mediante su poder de discriminación por área bajo la curva-ROC y calibración según el test de bondad de ajuste para modelos de regresión logística de Hosmer Lemeshow (HL).

Resultados: Se analizaron 424 pacientes. La incidencia de SC fue de 8,5% con una mortalidad asociada del 25%. La mediana del score ORBI fue de 10 (RIC 7-13) versus 5 en aquellos que no tuvieron SC (RIC 3-7) ($p < 0,0001$). El poder de discriminación de la prueba fue adecuado con un AUC-ROC de 0,80 (IC95% 0,73-0,87; $p < 0,0001$), así como la calibración, con un HL X^2 de 4,26 ($p = 0,74$).

Conclusiones: El score ORBI presenta una adecuada capacidad predictiva y una buena calibración en la población del estudio, sugiriendo su posible aplicación en nuestro medio.

Figura 3. Curva ROC del score ORBI para la población del estudio. Área bajo la curva-ROC 0,20; Ic95% 0,73-0,88 $p < 0,0001$

0111 - TIEMPOS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA ERA DEL CORONAVIRUS: EXPERIENCIA UNICENTRICA

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

AGUIRRE MAJUL, María Gabriela | BORNER, Magali | ARIAS MAHIQUES, Josefina | BARMAK, Martin Eitan | PUTARO, Carolina Barbara | MANGARIELLO, Brenda | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: La enfermedad por coronavirus (COVID-19) tuvo un gran impacto en la organización de los sistemas de salud. El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) requiere un tratamiento inmediato con asistencia de alta complejidad y en el sistema público, esto incluye la coordinación de distintos efectores.

Objetivos: Evaluar la calidad de atención del IAMCEST, a través de la medición de los tiempos en el mismo y analizar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria antes y durante el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) debido a la pandemia por COVID-19.

Materiales y Métodos: Con un diseño retrospectivo se analizaron las epicrisis de una cohorte prospectiva de 349 pacientes que se internaron por IAMCEST en Unidad Coronaria de un hospital público de

Tabla 1: Diagnóstico, aspectos demográficos, factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, características de ingreso y evolución en cada grupo.

	Era Pre COVID-19		Era COVID-19		P	
Diagnóstico de IAMCEST (%)	38.5		14.72		0.003	
Edad (años) ± DE	61 ± 12		55 ± 11		0.260	
Sexo masculino (%)	254 (82)		31 (84)		0.759	
Diabetes (%)	55 (38)		8 (22)		0.569	
Hipertensión arterial (%)	139 (45)		21 (57)		0.173	
Dislipemia (%)	96 (31)		5 (14)		0.026	
Tabaquismo (%)	211 (69)		36 (70)		0.827	
Enfermedad coronaria (%)	61 (19)		4 (11)		0.197	
Killip Kimball ingreso	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV
• A (%)	46 (72)	139 (82)	20 (87)	5 (100)	0.327	
• B (%)	12 (19)	24 (34)	2 (9)	0 (0)	0.784	
• C (%)	1 (2)	3 (4)	0 (0)	0 (0)		
• D (%)	5 (8)	3 (4)	1 (4)	0 (0)		
Killip Kimball evolución	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV
• A (%)	47 (75)	127 (78)	12 (86)	3 (60)	0.110	
• B (%)	7 (11)	17 (30)	0 (0)	2 (40)	0.204	
• C (%)	0 (0)	2 (3)	1 (7)	0 (0)		
• D (%)	9 (14)	18 (31)	1 (7)	0 (0)		
Mortalidad (%)	24 (7.7)		0 (0)		0.08	
ARM (%)	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV
	11 (17)	13 (6)	1 (4)	2 (70)	0.215	0.079
Complicaciones eléctricas (%)	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV
	24 (26)	51 (24)	6 (22)	2 (20)	0.684	0.792
Complicaciones mecánicas (%)	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV	DERIV	NO DERIV
	7 (8)	1 (0.46)	1 (4)	0 (0)	0.476	0.708

la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo comprendido entre septiembre de 2008 y abril de 2021. Se establecieron 2 grupos por criterio temporal (punto de corte: 29 de marzo de 2020, establecido por la fecha de Decreto 297/2020 del ASPO): era Pre COVID-19 (PC) y COVID-19 (C). A su vez se hizo un subanálisis de los pacientes según haya sido o no derivados de otro hospital. Se analizó la prevalencia de factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares y características de ingreso y evolución. Se determinaron los tiempos: desde el inicio de dolor hasta la llegada al hospital, puerta-balón y ventana (dolor-balón). Las variables cualitativas se describieron mediante porcentajes y las variables cuantitativas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo. Las comparaciones se realizaron mediante test de Chi-cuadrado, test de T o test de Wilcoxon. Se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 349 pacientes de 61 ± 12 años (82% hombres) con diagnóstico de IAMCEST. Los grupos estaban formados por: 37 C y 312 PC. En la Tabla 1 se muestran los aspectos demográficos, factores de riesgo, antecedentes, características de ingreso, evolución y análisis de subgrupos según derivados o no. En la Tabla 2 se comparan los tiempos en el IAMCEST, donde no se constataron diferencias.

Conclusiones: Del total de ingresos, hubo mayor proporción de IAMCEST en el grupo C, posiblemente en detrimento de la consulta de otras patologías. Pese a las dificultades en el acceso al sistema de salud a causa de la pandemia, no se encontraron diferencias en los tiempos en los periodos evaluados. Se observó una tendencia a una menor mortalidad intrahospitalaria en la era C. Destacamos la necesidad de desarrollar evaluaciones permanentes, con mayor número de pacientes, dentro del sistema público de la ciudad de Buenos Aires.

Puerta Balón (PB) (Minutos)

Grupos	Mediana	Rango intercuartilo 25-75	p
Derivados			
Era Pre COVID-19	130	106-194	0.639
Era COVID-19	138	108-202	
No derivados			
Era Pre COVID-19	125	95-170	0.480
Era COVID-19	127.5	120-177	

Ventana (Minutos)

Grupos	Mediana	Rango intercuartilo 25-75	p
Derivados			
Era Pre COVID-19	230	180-347	0.715
Era COVID-19	245	186-344	
No derivados			
Era Pre COVID-19	240	170-445	0.378
Era COVID-19	299	180-585	

Inicio de dolor – Llegada al hospital (IDH) (Minutos)

Grupos	Mediana	Rango intercuartilo 25-75	p
Era Pre COVID-19	90	53-216	0.890
Era COVID-19	92.5	60-169	

Tabla 2: Tiempos Puerta Balón, Ventana e Inicio de dolor hasta llegada al hospital entre pacientes derivados y no derivados, en las eras Pre COVID-19 y COVID-19. |

0112 - IMPACTO DEL AISLAMIENTO SOBRE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y EL ESTADO PSICO ANÍMICO DE ADULTOS DE DOS CIUDADES DE ARGENTINA

Unidad Temática: Covid-19

PICCO, José(1) | GARCIA ZAMORA, Sebastian(2) | WOLFF, Sebastian(1) | GONZALEZ DAVILA, Emanuel(1) | HERRERA-PAZ, Juan Jose(3) | BOBADILLA JACOB, Pamela(4) | BEN IGOLNIKOF, Dario(5) | WOLFF, David(1)

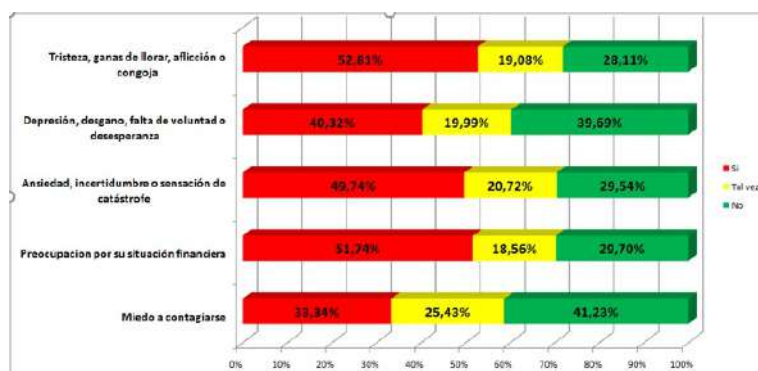
Hospital Italiano de Mendoza (1); Investigaciones Médicas - Centro de Diagnóstico (2); FLENI (3); Fundación Favaloro (4); Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía (5)

Introducción: Desde la implementación del aislamiento social obligatorio muchas modificaciones se han producido en la vida de las personas, con un impacto incierto en los hábitos saludables y los factores de riesgo cardiovascular.

Objetivos: observar los cambios producidos en los hábitos saludables y el impacto sobre el estado de ánimo de la cuarentena obligatoria generada por la infección de SARS-CoV 2- Coronavirus 2019.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta “online” con muestreo no probabilístico por conveniencia con técnica “en bola de nieve” en dos regiones del país, durante una semana en cada sitio: en Mendoza a los 40 días del inicio de la cuarentena y en capital federal y Gran Buenos Aires a los 100 días del inicio de la misma para objetivar el impacto sobre los hábitos saludables, los cambios en el estado de ánimo y su probable impacto sobre la salud

Resultados: Contestaron la encuesta un total de 3853 personas; la mayoría pertenecían a los grupos etarios de 40 a 60 años (45,2%) y 20 a 40 años (33,7%), con predominancia de sexo femenino (62%). Se observó aumento del sedentarismo respecto al inicio de la pandemia y de los que realizaban deporte una disminución de la cantidad de horas por semana. Aumento del consumo de bebidas alcohólicas y cambios en la alimentación saludable. Se duplicó en uso de pantalla respecto del tiempo previo a la cuarentena. El 72% de los encuestados refirió haber padecido síntomas compatibles con depresión (tristeza, llanto, labilidad emocional).



Conclusiones: Nuestros datos sugieren que el confinamiento social produce importantes alteraciones negativas en diferentes esferas físicas y psicosociales, empeorando hábitos saludables, cuyo impacto es difícil de predecir. Consideramos necesario generar estrategias que mitiguen esto, a fin de mejorar la salud de nuestra población.

0113 - VARIABLES DETERMINANTES DE LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICO-ELECTROCARDIOGRÁFICA DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS.

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

DE ABREU, Maximiliano(1) | VENSENTINI, Natalia(2) | ZYLBERMAN, Marcelo(3) | CHARASK, Adrian(4) | SALZBERG, Simón Mario(5) | GAGLIARDI, Juan Alberto(2) | DOVAL, Hernán Claudio(2) | TAJER, Carlos D.(2)

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela (1); GEDIC (Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica) (2); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (3); Sanatorio Santa Isabel (4); Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (5)

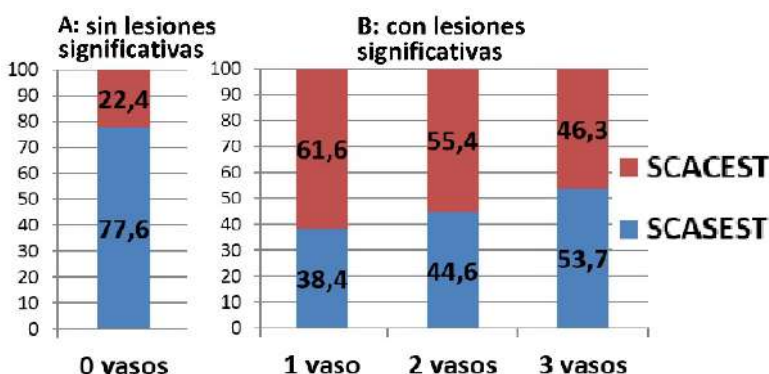
Introducción: Existen dos formas clínicas de presentación de los síndromes coronarios agudos (SCA): con elevación del segmento ST (SCACEST) o sin elevación (SCASEST). En la literatura médica no se ha evaluado en profundidad si la presentación de los SCA se encuentra determinada por variables clínicas y por los factores de riesgo cardiovascular (FRC) o es completamente aleatoria.

Variable	OR (Hombres)	P (Hombres)	OR (Mujeres)	P (Mujeres)
Edad (quintilo)	0,94	0,0006	1	0,1
HTA	0,72	<0,0001	0,67	<0,0001
Tabaquismo	1,6	<0,0001	2,1	<0,0001
Dislipidemia	0,73	<0,0001	0,75	<0,0001
Angina Crónica	0,48	<0,0001	0,36	<0,0001
IAM previo	0,57	<0,0001	0,63	<0,0001
Comorbilidades	0,65	<0,0001	0,64	<0,0001

Objetivos: El objetivo del estudio es determinar si los factores de riesgo cardiovascular y otras variables clínicas de interés se asocian con la forma de presentación de los SCA.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un estudio observacional, multicéntrico, que incluyó pacientes ingresados a un registro prospectivo de patología cardiovascular aguda con diagnóstico de SCA. Se desarrollaron modelos de regresión logística para evaluar los determinantes de la forma de presentación clínica de los SCA en la población total y en subgrupos de interés.

Resultados: Se incorporaron 10.019 pacientes entre el año 2006 y 2018. Un 72,9% fueron hombres. El 49,6% fueron SCACEST. En la población total, en el análisis multivariado, el sexo masculino (OR 1,5; p<0,001) y el tabaquismo activo (OR 1,71; p<0,001) se asociaron positivamente con el SCACEST. La HTA (OR 0,71; p<0,001), la dislipidemia (OR 0,74; p<0,001), la edad (OR 0,97 por año; p 0,04), el antecedente de infarto (OR 0,57; p<0,001), la angina crónica (OR 0,44; p<0,001) y la presencia de comorbilidades



(OR 0,64; $p < 0,001$) se asociaron negativamente con el SCACEST (positivamente con SCASEST). Área bajo la curva ROC: 0,66. El modelo de asociación de los hombres fue similar al de la población total (área ROC 0,64) (Ver tabla). Entre los hombres, mayor edad se asoció con más SCASEST. El modelo de las mujeres se diferenció por la falta de asociación de la edad con la presentación clínica (área ROC 0,65) (Ver tabla). La proporción de cada forma de presentación de SCA no varió con la edad en las mujeres. La extensión de enfermedad coronaria se asoció con la forma de presentación clínica. En presencia de enfermedad coronaria obstructiva ($\geq 70\%$), mayor extensión se asoció linealmente con SCASEST, de igual manera en ambos sexos (Ver figura 1 B). El SCA sin lesiones significativas se asoció con SCASEST (Ver figura 1 A), que fue más prevalente en mujeres que en hombres (20,9% vs 6,6% respectivamente), principalmente en jóvenes.

Conclusiones: Algunos factores de riesgo cardiovascular y otras variables clínicas se asociaron con la presentación clínico-electrocardiográfica de los SCA. Aunque las asociaciones estadísticas son robustas, la capacidad discriminativa de los modelos estadísticos generados es baja a moderada. Esto indica que, si bien las variables evaluadas se asocian fuertemente con la forma de presentación clínico-electrocardiográfica, existe un porcentaje que depende de otros factores no determinados en nuestro estudio.

0114 - DETECCIÓN DE ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES CON INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

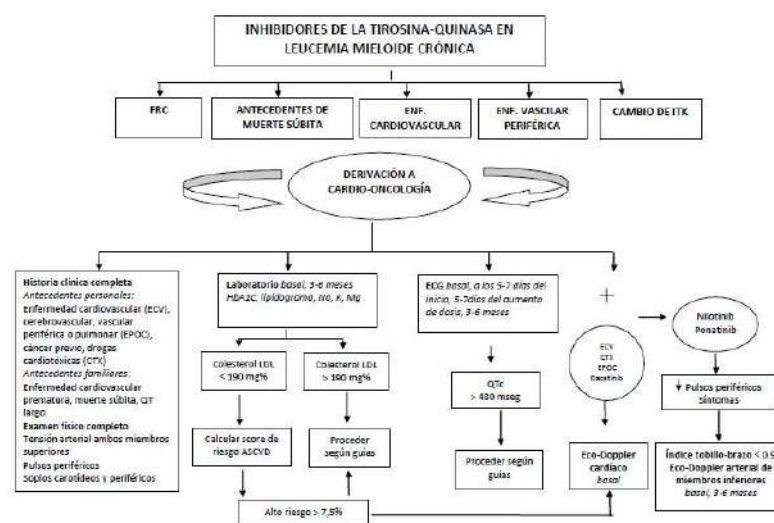
Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

TEPPER, Rita Beatriz | FEIGELSON, Estela Adriana | AMOR, Miguel | MOSTO, Hugo | DEL NEGRO, Blanca Luciana | DRA. MOIRAGHI, Beatriz | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC) con inhibidores de la tirosina quinasa (ITK) ha mejorado la supervivencia, pero se asocia con acontecimientos adversos, especialmente en pacientes (p) con alto riesgo cardiovascular (RCV) que en ocasiones obligan a suspender el ITK.

Objetivos: Analizar si con la aplicación de un algoritmo de evaluación en los p con LMC atendidos en un consultorio de cardio-oncología se pudo detectar a aquellos de alto RCV y qué conductas se tomaron.



Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional entre setiembre 2019 y diciembre 2020 de p con LMC con alguno de los siguientes: factores de riesgo coronario (FRC), antecedentes de muerte súbita, enfermedades cardiovasculares o vasculares periféricas o que debían cambiar el ITK, evaluados por cardio-oncología siguiendo un algoritmo previamente diseñado (Figura), a quienes se les calculó el RCV. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 34 p; 53% sexo masculino; edad mediana 49 años (rango: 27-78); antecedentes de muerte súbita 0%, enfermedad coronaria previa 5,9%, reemplazo valvular aórtico 2%, obesidad 32%, tabaco 32%, hipertensión 29%, dislipemia 11% y diabetes 9%. El RCV se determinó en 58,8% de los p que completaron el seguimiento, y fue alto en el 60%; en el 75% (9 p) de estos p y en 1 p de bajo riesgo se diagnosticó ateromatosis subclínica (4 p), enfermedad coronaria asintomática (1 p), disfunción ventricular asociada al tratamiento del cáncer (2 p, uno con insuficiencia aórtica asociada), enfermedad vascular periférica (2 p), hipertensión pulmonar leve (1 p). Se indicaron los tratamientos correspondientes.

Conclusiones: La aplicación de un algoritmo de evaluación de p con LMC en tratamiento con ITK pudo determinar alto RCV en el 60% de los p que completaron el seguimiento y así diagnosticar enfermedades cardiovasculares en el 75% de estos casos y tratarlas, logrando que los pacientes continuaran en forma segura el tratamiento de la LMC.

0119 - PACIENTES MUY ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA, UNA REALIDAD CADA VEZ MAS FRECUENTE.

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

ABBATE, Natasha(1) | FAIRMAN, Enrique(1) | RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina(1) | CHARASK, Adrian(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(2) | MAURO, Víctor Miguel(1) | MESANZA, Eugenia(1) | BARRERO, Carlos Manuel(1)

Clínica Bazterrica (1); CLINICA SANTA ISABEL (2)

Introducción: Los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca tienden a tener edad muy avanzada y esta realidad no se encuentra reflejada en la información que en general se analiza.

Objetivos: Comparar contra una población ≤ 75 años las características de los pacientes ≥ 85 años, en términos de antecedentes, forma de presentación y evolución.

VARIABLE	≥ 85 AÑOS (n 538)	≤ 75 AÑOS (n 481)	OR (CI 95%)	P
ETIOLOGIA VALVULAR	112 (30)	63 (18)	1.98 (1.39 – 2.82)	<0.001
HIPERTENSION	448 (83)	350 (72)	1.8 (1.3 - 2.5)	0.00002
DIABETES	84 (15)	185 (38)	0.29 (0.22 - 0.39)	<0.001
ANTECEDENTE DE INSUFICIENCIA CARDIACA	262 (48)	235 (49)	0.99 (0.77 - 1.27)	0.47
FIBRILACION AURICULAR	201 (37)	100 (21)	2.27 (1.71 – 3.01)	<0.001
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	127 (23)	94 (19)	1.27 (0.94 – 1.71)	0.058
EPOC	58 (38)	89 (61)	0.51 (0.35 – 0.73)	0.0001
HEMATOCRITO DE INGRESO MEDIANA (%)	35 (32 – 39)	38 (34 – 43)		<0.001

VARIABLE	≥ 85 AÑOS N 538 (52,8%)	≤ 75 AÑOS N 481 (47,2%)	OR (CI 95%)	P
MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	53 (10)	18 (3.7)	2.80 (1.61 – 4.85)	<0.001
MORTALIDAD AL AÑO	142 (26)	90 (18)	1.55 (1.15 – 2.09)	0.001
MEDIANA DIAS DE INTERNACION	7 (4 -8)	8 (4 – 10)		0.001

Materiales y Métodos: De una base con 1524 pacientes consecutivos hospitalizados por insuficiencia cardiaca entre 2010 y 2021, se excluyeron aquellos comprendidos entre 76 y 84 años (n: 505). De los restantes 1019 se analizaron en forma comparativa las características clínicas y evolutivas de los 538 pacientes (53%) de ≥ 85 años (edad avanzada: EA) versus los 481 pacientes (47%) con ≤ 75 años (edad no avanzada: EnA).

Resultados: La mediana de edad fue de 89 años (RIC 86-91) en EA y de 64 años (RIC 61-73) en EnA. Los EA fueron más mujeres (58% vs 32%, OR 2.98, IC 95% 2.30 a 3.85, $P < 0.001$), tuvieron mayor prevalencia de función de ventrículo izquierdo conservada (63% vs 39%, OR 2.67, IC 95% 2.05 a 3.48, $P = 0.001$) y menor etiología coronaria (17% vs 36%, OR 0.35, IC 95% 0.25 a 0.50, $P = < 0.001$); mayor hipertensión arterial como causa descompensante (44% vs 37%, OR 1.34, IC 1.04 a 1.73 $P = 0.010$). La mortalidad intrahospitalaria y al año fue mayor en el grupo EA (ver tabla).

Conclusiones: Los pacientes de edad muy avanzada representan una proporción importante de los individuos hospitalizados por insuficiencia cardiaca y constituyen un grupo que, a pesar de tener función ventricular preservada, presentan mas comorbilidades con la consiguiente peor evolución tanto hospitalaria como alejada.

0120 - ¿PUEDE LA ESTIMACIÓN DE SIGNOS VITALES MEDIANTE UNA APLICACIÓN MÓVIL UTILIZANDO TECNOLOGÍA DE IMAGEN ÓPTICA TRANSDÉRMICA REEMPLAZAR A LA VALORACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA?: ESTUDIO PRELIMINAR

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

BURGOS, Lucrecia Maria | BALLARI, Franco Nicolas | MASSA, Maximiliano Pablo | WECKESSER, Federico Ivan | TALAVERA, María Luján | BENZADON, Mariano | BOTTO, Fernando Osvaldo | DIEZ, Mirta

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Las consultas virtuales aumentaron exponencialmente, pero presentan como limitación la imposibilidad de valorar los signos vitales (SV), siendo especialmente útiles en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) para titular medicación que modifica pronóstico. Una nueva aplicación móvil (APP) puede medir los SV a partir de una nueva variante de tecnología de fotoplestismografía de video facial llamada imagen óptica transdérmica.

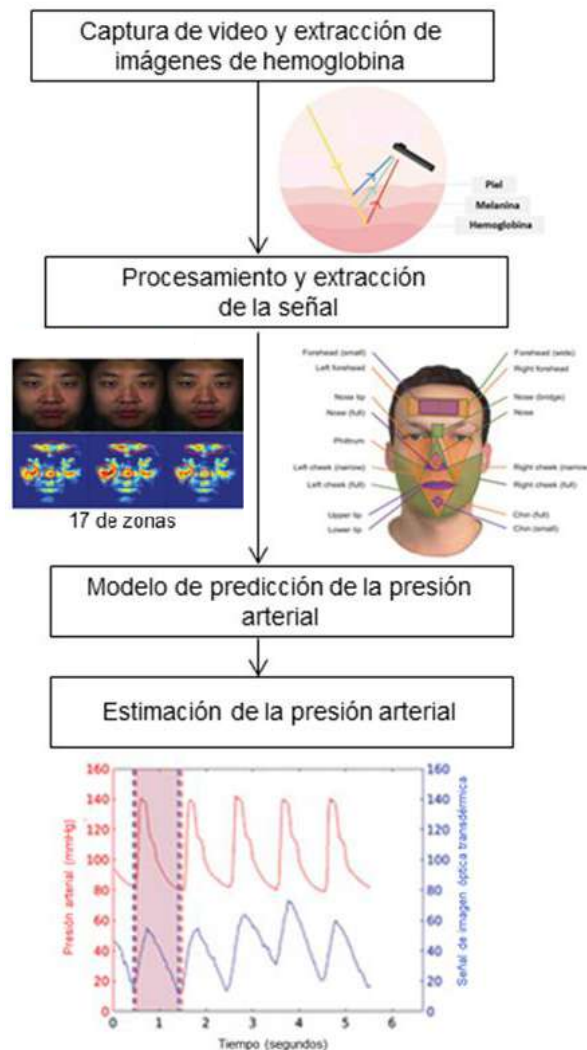
Objetivos: Evaluar la precisión de una APP basada imagen óptica transdérmica para estimar SV en relación con la valoración clínica en pacientes con IC.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, se incluyeron pacientes evaluados en una unidad ambulatoria de IC durante febrero y abril del 2021. Se valoró simultáneamente la presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca (FC) mediante la APP y el examen clínico (PA con un esfigmomanómetro automatizado validado y FC por palpación braquial). Se realizaron tres mediciones por APP y clínica en cada paciente, por dos médicos independientes, encontrándose ciegos a los resultados. Se siguieron estándares universales de validación ANSI/AAMI/ISO 81060-2:2013, se valorará la diferencia

media y absolutas de PA y su DE (APP versus referencia) de cada individuo de forma pareada y de todos los pacientes. La diferencia entre el valor medio de la APP y por clínica se visualizaron utilizando gráficos de Bland-Altman frente a la media entre los dos valores.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, con 540 mediciones de TA y de FC. Edad media de 66 (± 13) años, 57% sexo masculino. La FEVI media fue de 38 ± 15 , con hospitalizaciones previas por IC el 64%, en CF II-III el 60%. La diferencia media entre la medición de la APP y su medición de referencia clínica fue de $3,6 \pm 0,5$ mmHg para PAS; $0,9 \pm 0,2$ mmHg para PAD; y $0,2 \pm 0,4$ lpm para FC. Ambos están dentro del límite aceptable de 5 ± 8 mmHg y, por lo tanto, satisfacen el criterio de precisión 1. Cuando se promedian las diferencias medias emparejadas para cada paciente, la media entre los 30 pacientes es de 2 ± 6 mmHg para PAS; $-0,14 \pm 4,6$ mmHg para PAD; y $0,23 \pm 4$ lpm para FC. Estos están dentro de límites aceptables (basados en la diferencia media indicada por protocolo) y, por lo tanto, satisfacen el criterio de precisión 2.

Conclusiones: La estimación de PA y FC por una APP con tecnología de imagen óptica transdérmica fue comparable a la medición clínica en pacientes con IC, y cumple los criterios de precisión de la medición de PA en este estudio preliminar. La utilización de esta nueva tecnología de imagen óptica transdérmica brinda datos prometedores, que deberán ser corroborados en cohortes de mayor tamaño. Actualmente estamos incluyendo un mayor número de pacientes.



0121 - TELEMONITOREO EN INSUFICIENCIA CARDIACA: ESTUDIO PILOTO DE FACTIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y EFICACIA PRELIMINAR. INICIATIVA TELEARG-IC

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

BURGOS, Lucrecia Maria | DIEZ, Mirta | VIRUEL, Marcos Lucas | MUÑOZ, Florencia | BUGLIONE, Cecilia Veronica | COSTABEL, Juan Pablo | ALONSO, Maria Georgina | BENZADON, Mariano

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Existe creciente evidencia que el telemonitoreo (TM) de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) parece ser una herramienta terapéutica útil capaz de mejorar su evolución. No obstante, está práctica aún no está difundida en nuestro medio y no se han diseñado y evaluado plataformas de TM en Argentina

Objetivos: Evaluar la factibilidad, aceptabilidad, usabilidad y eficacia preliminar de una plataforma específicamente diseñada para TM en pacientes con IC.

Materiales y Métodos: Se realizó un ensayo piloto abierto apareado, con un modelo de intervención de asignación de un solo grupo. Los pacientes con diagnóstico de IC fueron incluidos en una consulta ambulatoria durante el mes de enero-marzo 2021. Se diseñó una plataforma de TM 24 hs por 7 días que contiene las siguientes funcionalidades: carga diaria de sensación de bienestar, síntomas, y signos vitales (peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno). Además un sistema de alertas rojas y amarillas con límites de anomalía preestablecidos, servicio de mensajería asincrónica con el equipo de salud, resumen gráfico estadístico de logros, educación, acceso directo a contacto de emergencia/ambulancia y medicación habitual con sus horarios de toma. El punto final primario a 30 días fue la factibilidad (% de carga diariamente de parámetros y tasa de finalización del estudio), la aceptabilidad y usabilidad mediante 18 elementos relevantes que evalúa facilidad de uso, inteligibilidad, satisfacción, valor, intención de uso y

recomendación. Como puntos finales secundarios de eficacia preliminar, se evaluó el mantenimiento de autocuidado según el cuestionario SCHFI 6.2 y adherencia al tratamiento con el cuestionario de Morisky 8 items, considerándose como “totalmente adherentes” aquellos que obtuvieron 8 puntos.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, media edad 62 ± 10 años, 68% sexo masculino. El 84% presentaba FEVI $< 40\%$ y el 73% hospitalizaciones previas por IC. Se analizaron 542 cargas de parámetros. El 100% de los pacientes completó el TM. La carga de los parámetros de cada paciente se realizó en una mediana de 96% (RIC 90-100%) del tiempo en TM. Se registraron 180 alertas, con una mediana de 3 (RIC 0-5) alarmas amarillas/paciente y 3 (RIC 1-6) alarmas rojas/paciente. La autopercepción relacionada al estado de salud en comparación al inicio fue levemente o marcadamente mejor en el 60% de los pacientes, y el 63.3% está “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” que el TM mejora el cuidado de la IC. En el 80% la carga diaria de parámetros no interfirió en su vida cotidiana. El 13.3% lo percibió difícil de usar, y el 6,7% le pareció complejo. Sin embargo a todos les pareció que la mayoría de la gente aprende rápido, se sintieron seguros utilizando la plataforma. El 47% de los pacientes previo al TM calificó como “totalmente adherentes” en comparación al 75% luego de la intervención ($p=0.09$). La media de mantenimiento del autocuidado fue de $32 (\pm 3)$ y $34 (\pm 3)$ previo y posterior al TM respectivamente ($p=0.7$).

Conclusiones: A partir de una plataforma diseñada con algoritmo predeterminado de alertas, el TM de pacientes con IC parece ser factible, con un adecuado grado de aceptabilidad y usabilidad en nuestra población. Además obtuvimos resultados preliminares en términos de eficacia, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en el mantenimiento de autocuidado, sin embargo se observó un aumento no significativo en la tasa de total adherencia, que plantea una hipótesis de potencial beneficio a evaluar en una muestra mayor.



0130 - “ROL DEL MONITOREO REMOTO DE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES EN TIEMPOS DE PANDEMIA. NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD CERRADA.”

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

DIAZ UBERTI, Pedro | TOSCANO QUILÓN, Francisco | PIAZZA, Valeria Sabrina | LONGO, Damian Andres | DEL VILLAR, Julian | RAMELLA, Irma

Hospital Churrucá - Visca

Introducción: En época de pandemia cobra real importancia el adecuado seguimiento de los pacientes implantados con dispositivos de estimulación cardíaca. A pesar del distanciamiento social se hace indispensable el correcto control de los mismos. En la Sección Arritmias y Marcapasos del Hospital Churrucá-Visca disponemos de monitoreo remoto de los pacientes implantados con Cardiodesfibriladores y Resincronizadores Cardíacos (CDI/TRC) desde diciembre del año 2018. Los sistemas de monitorización cardíaca periódica de pacientes a través de diferentes plataformas aportadas por las empresas es práctica habitual a nivel mundial. Los dispositivos implantados registran información relevante y la transmiten



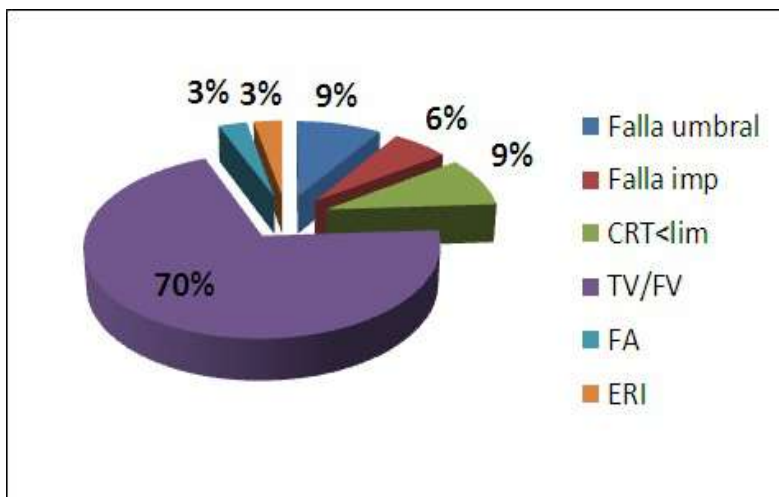
Informe del estado - 24-ene-2019	Medtronic
<p>Estado: AMARILLO</p> <p>Estado - Resumen:</p> <p>Estado - Generador:</p> <p>Estado - Batería:</p> <p>Estado - Estimulador:</p> <p>Estado - Programación:</p> <p>Estado - Seguimiento:</p>	<p>Consulta rápida II</p> <p>Estado dispositivo implantado: 18-Ago-2018</p> <p>Medidas de estimulación:</p> <p>Control de captura:</p> <p>Modificación modo programado:</p> <p>Consumo de parámetros:</p> <p>Estado de la batería:</p> <p>Estado de la programación:</p> <p>Estado de la estimulación:</p> <p>Estado de la estimulación:</p>

automáticamente al equipo de monitoreo y, de manera encriptada, a través de la red de telefonía móvil 3G/4G, dicha información es evaluada, filtrada y sintetizada en un informe individual que es entregado al médico tratante a través de un sitio web seguro y por lo tanto cuenta con un informe diario del progreso de la terapia.

Objetivos: Describir la utilidad del uso de telemonitoreo en la Sección Arritmias y Marcapasos del Hospital Churrucua y plantear las concordancias de la experiencia con los estudios realizados con sistemas de monitoreo remoto.

Materiales y Métodos: En la Sección Arritmias y Marcapasos actualmente se encuentran en seguimiento 1016 pacientes (p) implantados con dispositivos de estimulación, 82 pacientes (8%) son portadores de CDI y 17 pacientes (1,7%) se encuentran equipados con TRC-D. El 18% de los mismos se encuentra realizando monitoreo a distancia con equipos Homemonitoring® (Biotronik) y Carelink® (Medtronic Inc).

Resultados: En los 3 años de seguimiento entre los eventos de mayor prevalencia, correspondiendo a un 70%, se han monitorizado arritmias ventriculares complejas que permitieron ajuste de tratamiento anti arritmico; en un 9% de los casos el monitoreo remoto permitió evidenciar pacientes con antecedentes de insuficiencia cardiaca tratados con TRC en los cuales el porcentaje de estimulación biventricular (BiV) se encontraba por debajo del límite inferior, permitiendo el ajuste de los parámetros programados logrando una estimulación BiV objetivo previniendo de esta manera nuevas internaciones. En el 11% el informe de falla en



impedancia y falla de prueba de umbral nos permitió realizar un cambio de catéter previo a la aparición de síntomas. Fue posible identificar un paciente en tiempo de reemplazo electivo (ERI) previo al turno de control programado y se objetivo en un paciente la ocurrencia de fibrilación auricular paroxística (FA) permitiendo el inicio temprano de tratamiento anticoagulante.

Conclusiones: El uso de telemonitoreo en la Sección ha permitido una pesquisa adecuada en forma precoz de eventos, en concordancia con los estudios de utilidad realizados con sistema Homemonitoring®. De acuerdo con la experiencia internacional y los estudios TRUST y ECOST, donde se evidenciaron 45% de reducción de visitas presenciales y reducción en un 73% de hospitalizaciones respectivamente, la Sección se ha propuesto en el lapso de 5 años disponer del 100% de los pacientes equipados con CDI/TRC-D monitoreados de forma remota.

0138 - VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19

Unidad Temática 2: Covid-19

BARBAGELATA, Leandro Ezequiel | BAGNATI, Rodrigo P. | MASSON, Walter | LILLO, Ezequiel | MIGONE, Juan Francisco | BAGLIONI, Marina | FALCONI, Mariano Luis

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Se ha observado que la infección por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID 19) genera una respuesta inflamatoria aguda que varía según el huésped y el órgano blanco comprometido. Más allá del impacto clínico inicial, han comenzado a reportarse secuelas a largo plazo derivadas de la infección por COVID-19. En dicho contexto emerge el concepto de síndrome post COVID-19 para individuos que persisten con síntomas luego de haber superado la fase aguda de la enfermedad previamente mencionada. Gran parte de esta población ha sido evaluada desde el punto de vista cardiovascular, entre otros estudios, a través del ecocardiograma Doppler transtorácico (ETT). Sin embargo, actualmente no contamos con información clínicamente relevante sobre la utilidad del ETT en el seguimiento de pacientes con antecedentes de infección por COVID-19.

Objetivos: Analizar las características del ETT realizado en pacientes con antecedentes de infección por COVID-19.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cohorte transversal a partir de una base de datos secundaria (historia clínica

electrónica). Se obtuvo la muestra de un sistema de salud privado en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que hayan tenido infección por SARS-CoV-2 confirmada por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa y con al menos un ecocardiograma ambulatorio realizado posteriormente al alta epidemiológica y hasta 90 días después del diagnóstico de infección viral. Se registraron las variables cuantitativas y cualitativas del mismo. El síndrome post COVID-19 se definió como disnea o fatiga que persistía durante al menos 45 días después del inicio de los síntomas.

Variables continuas, media (DS)	Población total n= 139	Sin síndrome post-COVID-19 N= 62	Con síndrome post-COVID-19 N=77	P
Fración de eyección, %	64,1 (5,8)	64,1(6,2)	64,2	0,956
Diámetro de fin de diástole	4,6 (0,6)	4,6 (0,6)	4,5 (0,6)	0,435
Variables categóricas, %				
FEY normal	95,7	95,2	96,1	0,810
Regionalidad	1,4	1,6	1,3	0,695
Derrame pericárdico	3,6	3,2	3,9	1,00

Resultados: Un total de 139 pacientes (edad media 49.3 ± 14.5 años, 53.2% hombres) fueron incluidos de forma consecutiva en el estudio. Globalmente, el 22% requirió internación y 78% manejo ambulatorio, el 55% de la población presentó el síndrome post-COVID-19. En cuanto a la valoración ecocardiográfica, el 96.4% de los pacientes con antecedentes de infección por COVID 19 no presentaron hallazgos vinculados con la infección. Solo se reportaron 5 casos con derrame pericárdico leve (no presentes en estudios previos) que podrían o no ser atribuidos a la infección. Asimismo, cuando se comparó la población con síndrome post COVID con aquellos que no lo presentaron tampoco se objetivaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Por primera vez, en nuestra región, se presentan variables del ETT de pacientes con antecedentes de infección por COVID-19. En la mayor parte de la población el estudio fue normal, por lo que no impresiona que dicho antecedente se vincule con el hallazgo de alteraciones significativas en el ETT de control. Futuros estudios deberán ayudar a confirmar si el ETT es útil como herramienta diagnóstica en el seguimiento rutinario de esta población.

0139 - LA VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO NO SE ASOCIA AL ADECUADO CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL, COLESTEROL Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

LYNCH, Santiago | STAMPONE, Gustavo | COMTESSE, Daniel | MASSON JUÁREZ, Gerardo Matias | CONSTANTIN, Iván | PANDOLFI, Mauro | STUTZBACH, Pablo Guillermo

Sanatorio Las Lomas

Introducción: La evaluación no invasiva de la velocidad de onda de pulso carotídeo femoral (VOP) es un predictor independiente de eventos cardiovasculares (CV) y mortalidad global. Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) suelen mostrar rigidez de la pared arterial. Nos planteamos la hipótesis que aquellos con adecuado control de su presión arterial (PA), colesterol LDL, y hemoglobina glicosilada (HbA1c) tendrían mayor probabilidad de presentar una VOP normal.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la asociación de VOP con el control de los factores de riesgo CV, en los pacientes con diagnóstico de DM2.

Materiales y Métodos: Entre 2019 y 2020 reclutamos consecutivamente pacientes de ambos sexos con DM2 y se les cuantifica VOP con 2 sensores de pulso y cálculo computarizado (Hemodyn4M, Oxitech). Se constató presión arterial al momento del estudio y se registró valores de laboratorio de LDL y HbA1c. Se estratifican como VOP normal o anormal según se supere o no la velocidad esperada para cada paciente en forma individual. Se evaluó la probabilidad de VOP anormal asociada al control adecuado de la TA (<130/80 mmHg), LDL (<100 mg/dL), HbA1c (<7%), individualmente y según la cantidad de factores controlados. Se realizaron comparaciones mediante Chi2+Yates. Los resultados se expresan como proporciones porcentuales (n). Las variables continuas se compararon mediante prueba t student o Prueba de la mediana. P<0,05 fue considerada estadísticamente significativa.

Resultados: La población incluida (n=90) fue 42,2% (38) mujeres, edad 58 ± 10 años, 87% (78) DLP, 79% (71) hipertensos y

11% (10) tabaquistas. 60 pacientes (p) presentaban VOP anormal (12.4 ± 2.65 m/seg) y 30 p normal (8.7 ± 1.71 m/seg). Entre los paciente con PA controlada 50 p (66%) presentaban VOP anormal vs 10 p (71%) en el no controlada, entre los que tenían objetivos de HbA1c cumplidos 43 p (64%) tenían VOP anormal vs 17 p (74%) en el grupo no cumplido, y entre los que tenían adecuados valores de LDL 38 p (66%) tenían VOP anormal vs 22 p (69%) en el grupo con LDL elevado, todas diferencias no significativas (NS). Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos con 1, 2 o 3 objetivos cumplidos y el riesgo de VOP anormal (73.7%, 60%, 66% presentaban VOP elevada respectivamente).

Conclusiones: Hallamos una frecuencia elevada de VOP incrementada en los pacientes con DM2. No encontramos asociación entre el adecuado control de la PA, LDL y HbA1c, y el desarrollo de rigidez arterial en pacientes con DM2. Quiza el tamaño y poder de la muestra no permite documentar nuestra hipótesis, y debería incrementarse el n y seguimiento para obtener resultados más concluyentes.

0147 - EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES DERECHAS E IZQUIERDAS: PREDICTORES DE MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR ARRITMIAS EN NUESTRA POBLACIÓN.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

ABOY, Juan Manuel | BARJA, Luis Dante | REVOLLO, Gerson Ariel | MANGANI, Nicolas Martin | MELCHIORI, Renzo Eduardo
Hospital Universitario Austral

Introducción: Las extrasístoles ventriculares (EV) frecuentes pueden causar miocardiopatía inducida por arritmias(MIA) entre un 9% y un 34% de los pacientes.La cual es definida como la situación en la cual una arritmia supraventricular o ventricular resulta en un compromiso de la función sistólica ventricular.El mecanismo responsable no está dilucidado totalmente, pero se considera que la disincronía ventricular es el fundamental; las alteraciones anatómicas y funcionales observadas son similares a las objetivadas con la estimulación crónica desde el ápex del ventrículo derecho.Entre los factores de riesgo de aparición de MIA identificados, se encuentran la alta densidad de EV, el mayor tiempo de evolución de las EV, las EV con complejos QRS epicárdicos o amplios,la invariabilidad a corto plazo de la carga de EV y las EV que se dan en pacientes asintomáticos.Aunque no hay un valor exacto de frecuencia de EV que diferencie a los pacientes en riesgo de los que están a salvo de una miocardiopatía inducida por EV, en un estudio de pacientes remitidos a ablación de EV, se observó que una carga de EV del 24% era el criterio que mostraba mejor sensibilidad y especificidad para predecir la aparición de una miocardiopatía aunque ya hay estudios que hablan de una densidad del alrededor del 10%. Inicialmente se pensó que las EV originadas en el TSVD eran la principal causa de aparición de una MIA, estudios más recientes muestran que el origen epicárdico es lo que conlleva mayor riesgo de miocardiopatía. Los complejos QRS más anchos durante las EV son también un factor independiente de riesgo.Un posible mecanismo para explicarlo es que los complejos QRS amplios y el origen epicárdico pueden corresponder a mayor grado de disincronía ventricular mecánica y tener efectos más nocivos en la función y el tamaño de la cámara ventricular.

Objetivos: Evaluar el peso específico de los diferentes predictores de riesgo de miocardiopatía inducida por arritmias en nuestra población para utilizarlos como parámetro en la prevención temprana de disfunción ventricular en nuestros pacientes.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo donde se analizaron 51 pacientes en los últimos 10 años (2011-2021) en los que se realizó ablación por radiofrecuencia transcatéter de EV derechas o izquierdas por refractariedad a drogas antiarrítmicas y/o síntomas y alta densidad (más de un 10% del día en un holter de 24 hs) , identificando a aquellos que presentaban disfunción ventricular previo a la ablación (FEy medida por ecocardiograma) con normalización dentro de los 3 meses posteriores a la ablación por radiofrecuencia.

Resultados: De los 51 pacientes incluidos con ARF de EV derechas e izquierdas(36 pacientes origen en el TSVD y 15 pacientes con EV izquierdas) 18 (35,29%) tenían disfunción ventricular previa a la ARF , 9 en el grupo de las EV derechas (25%) y 9 en el grupo de las EV izquierdas(60%) siendo la prevalencia de localización izquierda un predictor estadísticamente significativo de arritmomiopatía ($p=0.017$) no habiendo diferencias significativas en cuanto a la densidad (30487 promedio de EV en holter de 24 hs en las EV derechas y 30943 en las EV izquierdas) y/o la edad (40 años promedio EV derechas, 43 años EV izquierdas)entre ambos grupos.El 55.55% de los pacientes con EV izquierdas tenían origen epicárdico acompañando de una mayor duración del QRS de las EV(>150 ms).El 100% de los pacientes recuperó la función ventricular a los 3 meses post ablación.

Conclusiones: En nuestra población la localización izquierda de las EV como su origen epicárdico y el ancho del QRS > 150 ms son los mayores predictores de miocardiopatía inducida por arritmias con significancia estadística.

0149 - ANALISIS DE COSTO EFECTIVIDAD EN REHABILITACION CARDIOVASCULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Unidad Temática: Ergometría y Rehabilitación

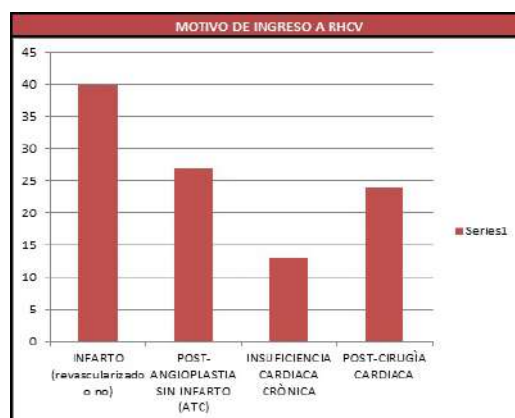
BORNANCINI, Norberto Raúl | CORREA, Nestor Daniel | LOPEZ, Laura Patricia | MURILLO, Marcelo Alejandro

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL MANUEL BELGRANO"

Introducción: A la fecha existen numerosos trabajos que demuestran la eficacia de la rehabilitación cardiovascular (RHCV) luego de un evento cardiaco. El presente trabajo muestra la relación costo/efectividad de la RHCV para el sistema de salud.

Objetivos: Mostrar la importancia de políticas, tanto públicas como privadas, aplicadas a la RHCV dada la demostrada eficacia en prevención secundaria y re-internaciones.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de tipo transversal unicentrico con un seguimiento 4 años (Abril de 2016 hasta Abril de 2020). Se incluyeron 101 pacientes (84% hombres) con una edad promedio de 67 años. Los motivos de ingreso a RHCV fueron Infarto (IM) 60%, Insuficiencia Cardiaca Crónica con deterioro severo de la función ventricular (ICC) 20% y post-operatorio de cirugía cardiaca (CC) 10%. Se realizó un relevamiento de costos respecto a RHCV por 12 sesiones mensuales, días/cama en unidad cerrada sin asistencia respiratoria mecánica (1); coronariografía con (2) y sin angioplastia (3) siendo RHCV: \$5.000, 1: \$17.181, 2: \$120.000 y 3: \$50.000. El procesamiento de datos se realizó mediante Microsoft Excel.



Resultados: El 100% de los pacientes completó el programa de RHCV con una media de 18 meses dentro del mismo. Se realizó un relevamiento de costos respecto a RHCV por 12 sesiones mensuales, días/cama en unidad cerrada sin asistencia respiratoria mecánica (1); coronariografía con (2) y sin angioplastia (3) siendo RHCV: \$5.000, 1: \$17.181, 2: \$120.000 y 3: \$50.000. El 100% de los pacientes completó el programa de RHCV con una media de 18 meses dentro del mismo, teniendo un costo de RHCV/programa completado de \$90.000 por paciente. En nuestra población se constataron 4 re-ingresos, 3 por IM (R.I-1) y 1 por CC (R.I-2). Siendo los costos para R.I-1 de \$205.905 y para R.I-2 de \$343.620. Se observó 1 muerte de causa cardiovascular en la población estudiada.

Conclusiones: La RHCV continúa al día de hoy siendo indicación I nivel de evidencia A respecto a prevención secundaria. Su bajo costo prestacional y su alto nivel de eficacia deberían de impulsar mayores políticas, apoyo y difusión desde los sectores públicos y privados de salud. El presente trabajo pone de manifiesto la diferencia respecto a costos y cuanto se ahorra el sistema de salud cuando se comparan los gastos por internación/re-internación en comparación con un programa de RHCV.



0151 - CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ILUSTRADAS: EL DIBUJO COMO FORMA DE COMUNICACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LA CIRUGÍA EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

LAUDANI, Veronica | ZEZULAR, Damaris Idara | LUGONES, Ignacio | FLORES, Jose Enrique

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: En el siglo XVI Leonardo Da Vinci realizó elocuentes ilustraciones anatómicas que aún hoy persisten. Históricamente, los hallazgos anatómicos y las técnicas quirúrgicas utilizadas en las cirugías de cardiopatías congénitas (CC) se transmitían a través de dibujos realizados por el mismo cirujano y/o un ilustrador médico. La descripción verbal

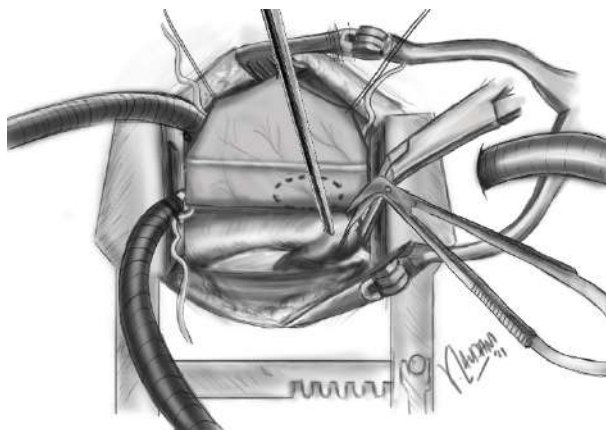
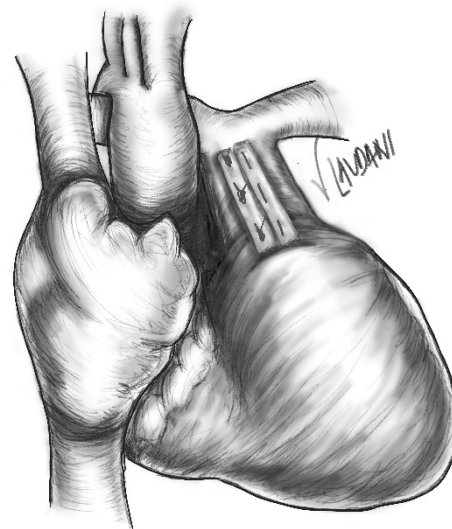
(oral u escrita) muchas veces no logra transmitir la complejidad de anatomía de estos pacientes y la técnica realizada para el conocimiento de todo el equipo tratante.

Objetivos: Evaluar el uso del dibujo como herramienta comunicativa entre el equipo tratante de pacientes pediátricos operados de CC. Fijar el dibujo como forma de aprendizaje para profesionales de formación y alternativa gráfica para la publicación científica de técnicas innovadoras.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo de corte transversal realizado durante Mayo de 2021. Cuestionario autoadministrado mediante Google Forms 195 enunciados en total (divididos según la especialidad), teniendo en cuenta el grado de acuerdo con los mismos a través de escala de Likert y preguntas abiertas, dirigida hacia las experiencias y percepciones acerca del dibujo como herramienta de comunicación acerca de los hallazgos anatómicos intraquirúrgicos y cirugía realizada. Se midió la confiabilidad del instrumento mediante alfa de Cronbach. Se incluyeron: cirujanos

cardiovasculares, cardiólogos, hemodinamistas, recuperadores cardiovasculares, enfermeros y kinesiólogos de recuperación cardiovascular de centros tratantes de pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas.

Resultados: Se obtuvo un α de Cronbach para el instrumento: 0.83. La encuesta fue respondida por 154 profesionales de distintos centros (CABA: 60.4%, Bs As: 24%, Norte Argentino: 7.1%, Sur Argentino: 5.2%, otros países: 3.2%), de los cuales eran: 22 cirujanos cardiovasculares, 58 cardiólogos, 12 hemodinamistas, 19 recuperadores cardiovasculares, 35 enfermeros y 8 kinesiólogos de recuperación cardiovascular. Se encontró que entre los encuestados: 86.4% acuerda que los dibujos son útiles y 40.9% prefiere fotos por sobre el dibujo (9.1% de CCV y 44.8% de cardiólogos), 80% de los médicos realizan dibujos para explicar la cardiopatía al paciente/familia, 74.02% y 79.9% consideran que se debería incluir en el pie de cama del paciente o en el parte quirúrgico respectivamente y 80% de los cirujanos y 90.9% de los cardiólogos en formación creen que se debería incluir en su formación el aprendizaje y uso de los dibujos.



Conclusiones: A pesar del avance en los estudios imagenológicos y el uso de la fotografía, el dibujo continúa siendo una forma rápida y específica para comunicarnos. Como dijo F. Netter “la ilustración sirve como un atajo... nos salva de tener que traducir la imagen en palabras, y al lector de tener que traducir las palabras de nuevo a una imagen mental”. Podría generar un idioma universal que contribuya a que todo el equipo tratante, dependiendo de su rol asignado pueda enfocar su diagnóstico, tratamiento y/o cuidado necesario para la singularidad de cada uno de estos pacientes. Se erige como una herramienta muy útil para aquellos en proceso de formación, permitiendo aprender cirugía cardiovascular pediátrica con todos nuestros sentidos y habilidades.

0153 - REHABILITACION CARDIOVASCULAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA. COMPARACION DE DOS MODELOS DE SEGUIMIENTO REMOTO

Unidad Temática: Ergometría y Rehabilitación

BORNANCINI, Norberto Raúl | CORREA, Nestor Daniel | LOPEZ, Laura | MURILLO, Marcelo Alejandro
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL MANUEL BELGRANO"

Introducción: La pandemia causada por el COVID-19 no obligó a plantear estrategias de seguimiento para aquellos pacientes que se encontraban bajo RHCV, siendo las sesiones de tipo grupales con video y seguimiento telefónico las dos opciones adoptadas.

Objetivos: Comparar dos modelos de seguimiento remoto en pacientes bajo un programa de rehabilitación cardiovascular (RHCv).

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional de tipo analítico. Período de seguimiento Se incluyeron 21 pacientes (90% hombres) con una media de edad de 65 años; los cuales fueron asignados a dos grupos dependiendo de la capacidad de conectividad que tenía (internet en domicilio, telefonía 4G, Smart pone o dispositivos tipo tableta con wi-fi). Luego de la randomización los pacientes fueron asignados a clases con video y audio vía plataforma Zoom® (G-1) o llamado telefónico semanal (G-2). G-1 contó con clases 3 veces a la semana con una duración 30 minutos. G-2 recibió un plan de trabajado donde constaban ejercicios, series y repeticiones, el mismo se entregaba en mano al

paciente. Los pacientes del G-2 fueron llamados semanalmente y además de su plan de entrenamiento se les realizaba el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). 10 pacientes fueron asignados a G-1 y 11 a G-2. Se tomaron como punto final primario eventos cardiovasculares: infarto de miocardio (IM), angina de pecho; ya sea de reciente comienzo o rápidamente progresiva (AP), o muerte; y como punto secundario abandono de la actividad (ambos grupos) o disminución de la actividad en G-2.

Resultados: El seguimiento fue de 13 meses para ambos grupos. Respecto al punto final primaria se observó un 18% de eventos en G-2 y 10% de eventos en G-1. No se registraron muertes en ninguno de los grupos. Respecto a la adherencia al programa el 100% de los pacientes asignados a G-1 mantuvieron conectividad mientras que del G-2 solo el 30% refirió realizar el plan de entrenamiento según lo establecido y mantener una actividad moderada según IPAQ.

Conclusiones: En tiempos donde la pandemia del COVID-19 no nos permiten llevar adelante programas de RHCv según lo acostumbrado es importante, y sobre todo por nuestros pacientes, buscar alternativas de forma tal que no se pierdan los estímulos semanales de entrenamiento. El presente trabajo muestra que la alternativa de un programa que incluya video y audio como puede ser vía plataforma Zoom es más eficaz que llamado telefónico más plan de trabajo respecto a la adherencia de los pacientes e incluso con un menor porcentaje de eventos respecto al punto final primario.

1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios, hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 2)	<input type="checkbox"/>
2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
3.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días camina por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

0154 - PLACAS CAROTÍDEAS EN PACIENTES CON IAMCEST: ¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA PARA RECLASIFICAR EL RIESGO?

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

CROISSANT, Yanina Soledad | COSTA, Diego | GONZALEZ, Carlos | PEREA, Candelaria | CORSICO ZARATE, Luciana Ayelen | ACOSTA, María Florencia | MUZZIO, Maximiliano | CORONEL, Roberto

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: La presencia de placas carotídeas se ha asociado con un mayor riesgo de eventos coronarios agudos. La misma es una manifestación subclínica temprana de aterosclerosis y puede evaluarse con un estudio de bajo costo y fácilmente disponible, como es la ecografía carotídea. Actualmente es recomendación clase IIa en la mayoría de las guías para reclasificar a los pacientes con riesgo intermedio. Sin embargo, se sabe poco sobre la prevalencia de enfermedad carotídea en pacientes con síndromes coronarios agudos.

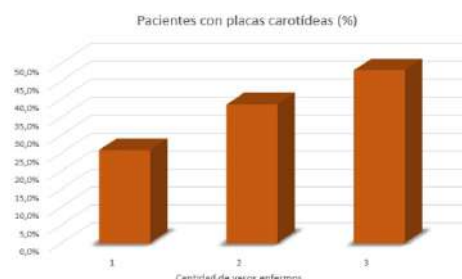
Objetivos: Identificar relación entre síndrome coronario agudo y presencia de placa carotídea.

Materiales y Métodos: Estudio observacional en pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMEST) en un centro de tercer nivel. Se realizó una ecografía carotídea previo al alta hospitalaria. Las características basales se obtuvieron de historias clínicas electrónicas. Se analizaron características diferenciales según la presencia de placa carotídea, así como la carga aterosclerótica evaluada por el número de vasos enfermos. Las variables continuas se resumieron como medias \pm desviaciones estándar y se compararon con la prueba T, y las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas, y se compararon con la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 191 pacientes con IAMEST y 57 (29,8%) poseían placa carotídea por ecografía. Sus características basales y resultados se enumeran en la tabla 1. Los pacientes con enfermedad aterosclerótica subclínica eran mayores, mientras que el resto de los marcadores de riesgo eran similares, al igual que el uso de aspirina y estatinas. La prevalencia de enfermedad carotídea aumentó con el número de vasos enfermos, como se puede observar en la figura.

Conclusiones: Aproximadamente 1 de cada 3 pacientes con IAMEST tenía placa carotídea detectable mediante ecografía. Al ser la mayoría de los pacientes jóvenes, con un riesgo basal intermedio de enfermedad cardiovascular, una minoría estaba en tratamiento con estatinas o aspirina. Ningún otro factor de riesgo excepto la edad se asoció con la presencia de placa carotídea, lo que enfatiza la importancia del cribado con ecografía carotídea en pacientes mayores.

	Total	Ausencia de placa carotídea	Presencia de placa carotídea	p
n	170	113	57	
Edad	56.63 ± 10.92	54.36 ± 9.93	61.12 ± 11.48	<0.001
Hombres	146 (85.9)	98 (86.7)	48 (84.2)	0.833
Diabetes	30 (17.8)	18 (16.1)	12 (21.1)	0.556
Hipertensión	95 (55.9)	61 (54.0)	34 (59.6)	0.590
Dislipemia	72 (42.4)	48 (42.5)	24 (42.1)	1.000
Tabaquismo	122 (72.2)	85 (75.9)	37 (64.9)	0.185
Obesidad	31 (18.2)	23 (20.4)	8 (14.0)	0.425
Lesión coronaria	20 (11.8)	13 (11.5)	7 (12.3)	1.000
LDL-colesterol (mg/dl)	115.97 ± 42.51	117.84 ± 44.02	110.78 ± 38.72	0.550
Uso de estatinas	31 (18.6)	19 (17.0)	12 (21.8)	0.585
Uso de aspirina	38 (22.6)	24 (21.2)	14 (25.5)	0.677
GRACE score	105.66 ± 29.30	100.61 ± 27.63	115.66 ± 30.25	0.005
ACV	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (1.8)	0.723
Mortalidad hospitalaria	5 (3.1)	2 (1.9)	3 (5.5)	0.441



0155 - ADHERENCIA A REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR. UN PROBLEMA SOCIO-DEMOGRAFICO?

Unidad Temática: Ergometría y Rehabilitación

DEL PRETE, Pablo Nicolas | BORNANCINI, Norberto Raúl | CORREA, Nestor Daniel | LOPEZ, Laura | MURILLO, Marcelo Alejandro

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL MANUEL BELGRANO"

Introducción: El nivel de adherencia al tratamiento puede verse afectado debido a factores socio-demográficos. Este trabajo plantea el análisis de dichos factores para así plantear estrategias que mejoren la adherencia a RHCV.

Objetivos: Identificar cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación cardiovascular (RHCV), cuáles son los factores asociados a la falta de adherencia observando principalmente los socio-demográficos.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de tipo transversal. Se incluyeron 130 pacientes de entre 45 a 75 años (80% hombres), los cuales habían participado de RHCV entre Marzo de 2017 a Marzo de 2020. El nivel de adherencia fue medido mediante el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau (MBG) donde se consideran 3 tipos de pacientes: Adheridos totales (AT), adheridos parciales (AP) y no adheridos (NA). Cuestionario MBG se compone de 12 ítems. Cada ítem posee 5 respuestas posibles, Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre. Que se puntúan

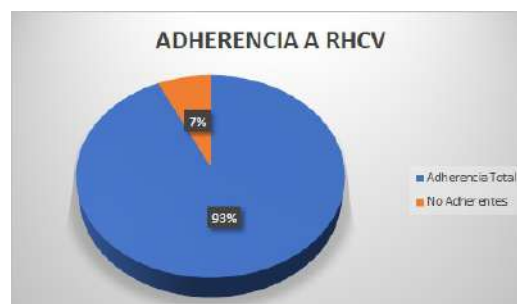
CUESTIONARIO MBG		
Componentes	Ítems	Media (X)
Implicación personal	Realiza ejercicio físicos	0,97
	Acomoda sus horarios de medicación	3,06
	Cumple el tratamiento sin supervisión	2,82
	Realiza el tratamiento sin grandes esfuerzos	3,08
	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento	0,60
Cumplimiento del tratamiento	Toma medicamentos en horario	3,7
	Toma dosis indicadas	3,74
	Cumple indicaciones de la dieta	2,94
	Asiste a consultas de seguimiento	2,01
Relación transaccional entre paciente y equipo de salud	Deciden conjuntamente el tratamiento	2,85
	Analizan cómo cumplir el tratamiento	2,77
	Posibilidad de manifestar aceptación	3,14

de 0 a 4 en el orden mencionado. La sumatoria de sus ítems le otorga un resultado a cada paciente: AT a los que obtienen de 38 a 48 puntos. AP de 18 a 37 puntos. NA entre 0 y 17; sumado al cuestionario se hizo énfasis en el factor socio demográfico, donde se incluyen el sexo, la edad, la pobreza, el analfabetismo, el nivel educativo, el desempleo, la lejanía del centro de atención clínica, costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación. Los datos fueron analizados mediante SPSS Statistics 20.

Resultados: De los 130 pacientes encuestados con MBG le 92.3% correspondió a AT (>=38 puntos) y el 7.7% a NA (hasta 17 puntos). No se observaron paciente en el grupo AP. Al analizar los factores socio-demográficos del grupo NA se observó

que el 100% de los pacientes refirió que la lejanía del centro fue la causa principal del abandono del programa de RHCV.

Conclusiones: Según la muestra analizada se observó un alto porcentaje de adherencia a RHCV sin embargo en los pacientes No Adherentes la lejanía del centro de RHCV fue la principal limitante. El presente trabajo muestra la importancia de implementar estrategias para acercar a los pacientes los centros de RHCV y/o generar más centros dado la escases de los mismos.



0159 - DINÁMICA DE LA EYECCIÓN Y CINÉTICA VALVULAR EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE, GRADIENTE BAJO Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA. COMPARACIÓN ENTRE FLUJO BAJO Y FLUJO NORMAL.

Unidad Temática: Ecocardiografía y Doppler Cardíaco

MIGLIORE, Ricardo Alberto | MIRAMONT, Guillermo Miguel | GONZALEZ, Silvia Consuelo | ADANIYA, María Elena | BARRANCO, Miguel | MARTINEZ, Agustín

Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin

Introducción: Los estudios realizados de dinámica de la eyección en pacientes con estenosis aórtica (EAo) grave y obstrucción protésica aórtica han evidenciado un retraso en la apertura de la válvula. Las guías del ACC/AHA y ESC consideran como grave a la EAo con gradiente bajo, fracción de eyección (FE) preservada cuando el flujo es bajo (GBFB) pero no cuando es normal (GBFN).

Objetivos: Objetivo: El objetivo del presente estudio fue evaluar y comparar la dinámica de la eyección y la cinética valvular en pacientes con EAo con gradiente bajo, fracción de eyección preservada con flujo bajo y flujo normal.

Materiales y Métodos: Se estudiaron prospectivamente 83 pacientes (edad promedio 68 ± 11 años) con EAo grave (área valvular aórtica (AVA) $< 1 \text{ cm}^2$) y FE preservada ($\geq 50\%$) mediante eco-Doppler. La relación entre el área valvular aórtica medida en la mitad de la desaceleración y en la mitad de la aceleración (Md/Ma) fue estimada utilizando la velocidad del flujo en el tracto de salida del ventrículo izquierdo y la velocidad del flujo aórtico en la ecuación de continuidad como índice de cinética valvular. Una relación Md/Ma ≥ 1 indica retraso en la apertura valvular. La dinámica de la eyección fue evaluada con el tiempo de aceleración (Tac), tiempo de eyección (TE) y la relación Tac/TE medidos en el perfil de flujo aórtico. El flujo aórtico se calculó como el volumen sistólico/TE. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos de acuerdo con el índice de volumen sistólico (IVS) y el gradiente medio (GM): Gradiente bajo (GM < 40 mmHg), flujo normal (IVS ≥ 35 ml/m²) (GBFN) 25 pacientes, Gradiente bajo, flujo bajo (IVS < 35 ml/m²) (GBFB) 28 pacientes y gradiente alto (GM ≥ 40 mmHg), flujo normal (GA) 30 pacientes. Para el análisis estadístico se utilizó el análisis de la varianza y el coeficiente de correlación "r", considerando diferencia significativa a $p < 0.05$.

Resultados: No hubo diferencias significativas entre los 3 grupos con respecto a la relación Md/Ma: GBFN 1.29 ± 0.38 , GBFB 1.22 ± 0.26 y GA 1.23 ± 0.45 , NS. El Tac fue similar en los 3 grupos pero el TE fue mas corto en el grupo GBFB (310 ± 30 mseg) en comparación con GBFN (345 ± 32 mseg) y GA (361 ± 31 mseg), $p < 0.01$. La relación Tac/TE ocurrió en la sístole temprana en el grupo GBFN (0.27 ± 0.07) comparado con GBFB (0.32 ± 0.07) y GA (0.39 ± 0.07), $p < 0.01$. El AVA fue menor en GBFB y GA ($p < 0.01$). Como era esperable el flujo estuvo disminuido en los pacientes con GBFB (163 ± 20 ml/seg, $p < 0.001$) comparado con GBFN (217 ± 13 ml/seg) and GA (233 ± 44 ml/seg). La relación Tac/TE no se correlacionó con flujo aórtico ni con el IVS.

	GBFN	GBFB	GA
Md/Ma	1.29 ± 0.38	1.22 ± 0.26	1.23 ± 0.45
Tac (mseg)	95 ± 25 ^	103 ± 16 "	138 ± 30
TE (mseg)	345 ± 32	310 ± 30 *	361 ± 31
Tac/TE	0.27 ± 0.07 ^	0.32 ± 0.07	0.39 ± 0.07
Flujo (ml/seg)	217 ± 13	163 ± 20 #	233 ± 44
IVS (ml/m ²)	41 ± 8	28 ± 15 #	46 ± 10
FE (%)	67 ± 8	65 ± 8	67 ± 8
AVA (cm ²)	0.89 ± 0.15 ^	0.68 ± 0.15	0.67 ± 0.16
CA	0.26 ± 0.05	0.23 ± 0.06	0.23 ± 0.06
GM (mmHg)	29 ± 9	30 ± 6	57 ± 16 **

$p < 0.00001$ vs GA ^ $p < 0.0001$ vs GA, * $p < 0.01$ vs GBFN and GA, ^ $p < 0.01$ vs GBFB and GA, # $p < 0.001$ vs GBFN and GA, ** $p < 0.0001$ vs GBFN. CA: cociente adimensional

Conclusiones: No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la cinética valvular evaluada mediante la relación Md/Ma. De acuerdo con la relación Tac/TE la válvula aórtica toma menos tiempo para abrirse en los pacientes con GBFN comparados con GBFB y GA independientemente del flujo aórtico, evidenciando un patrón de dinámica de eyección diferente, pero siendo la única diferencia con respecto a los otros grupos. Los hallazgos mencionados sugieren que los pacientes con GBFN en el caso de ser sintomáticos, deberían ser considerados como portadores de EAo grave.

0161 - EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO CON NUEVAS TÉCNICAS DEL CORAZÓN UNIVENTRICULAR

Unidad Temática: *Cardiología Pediátrica*

DE DIOS, Ana María Susana(1) | BIANCOLINI, Julio(1) | BIANCOLINI, María Fernanda(1) | BURDET, Maria(1) | DAMSKY BARBOSA, Jesús María(1) | LUGONES, Ignacio(2) | TRENTACOSTE, Luis(1) | BARRETTA, Jorge(1)

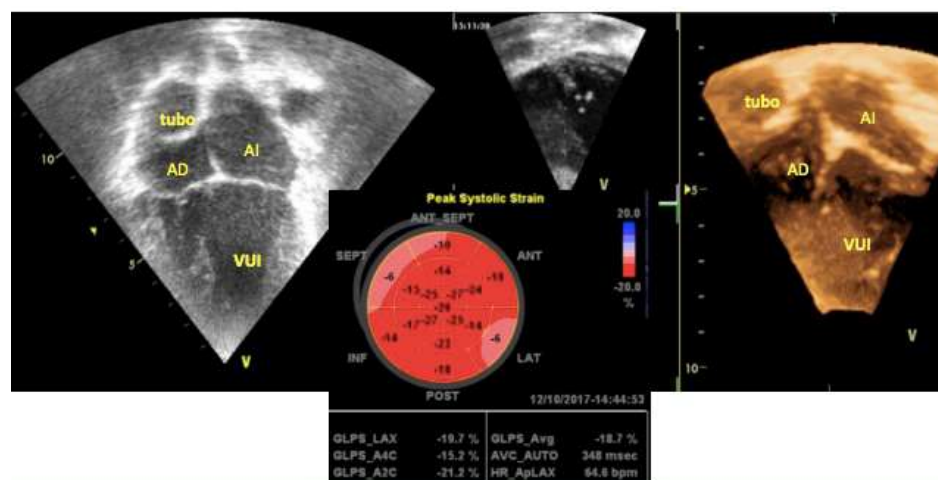
Sanatorio Trinidad Mitre (1); Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (2)

Introducción: Cuando no es posible una circulación biventricular, se crea una circulación de Fontan, usando un solo ventrículo como bomba para ambas circulaciones. La conexión directa entre vena cava superior y AD lleva a presión venosa sistémica mas elevada y con los años el incremento de la resistencia pulmonar provoca congestión venosa sistémica con aumento de la presión de fin de diástole y caída del volumen minuto y la saturación.

Objetivos: Seguimiento evolutivos del paciente con corazón univentricular en sus diversas formas anatómicas con nuevas técnicas ecocardiográficas.

Materiales y Métodos: Tiempo de seguimiento $9,2 \pm 1.6$ años De un total de 71 pacientes (p) 62% del ámbito público/ 31p del ámbito privado. Se evaluo con tecnicas ecocardiograficas tradicionales (DDVI/FE/FA) y eco tisular y tecnicas derivadas del eco tisular color (desplazamiento longitudinal, Strain y Strain Rate) a nivel basal y medial de ambos ventrículos y septum y el Strain longitudinal Global (2D STD); con equipo General Electric.

Resultados: Del los 71 paciente (p) evaluados con corazón univentricular: 32p (45%) llegaron al By Pass total; 3p(2%) fallecieron antes de la cirugía, 5p (3,5%) fallecieron inter-estadios, 9p se resolvieron en otros nosocomios. El resto están aún en estadio de by pass parcial (15p) y múltiples intervencionismos terapéuticos. El primer estadio quirúrgico paliativo: X: 5 ± 4 , 4 meses; anastomosis 11p (ASP) tipo BT modificado, tubo ventrículo



derecho-arteria pulmonar (7p) en los casos con hipoflujo; cerclaje de la arteria pulmonar en aquellos con hiperflujo (5p), cirugía Stansel y/o corrección del arco aórtico según el caso (5p). 6p fueron directamente a cirugía de Glenn después del 3er mes de vida. cateterismo previo al Glenn mostró media de las presiones pulmonares (PMAP) menor a 14 mmHg (PMAP 13 ± 7 mmHg), con presión de fin de diástole (PFD) de 12 ± 2 mmHg, presión Wedge (PW): 13.67 ± 2.52 mmHg. Post Glenn: PFD: 10.67 ± 1.63 mmHg (p:0.038) y P.W: X: 8.75 ± 1.5 mmHg (p:0.000). Con significativa mejoría en la saturación pre ($76.43 \pm 28\%$) y post Glenn (X: $92.63 \pm 2.39\%$). Llegaron al tercer estadio (By pass total): 32 p (14p hospitalarios: 7p atrio pulmonar y 7p cavo-pulmonar y 18p en el ámbito privado(13 tubo lateral y 5p atriopulmonar). La hemodinamia pre Fontan sobre la misma población, mostró un descenso estadísticamente significativo en la PFD X: 10.67 ± 1.63 (p:0.0038) y de la presión Wedge: de 8.75 ± 1.5 mmHg p:0.000. Strain longitudinal global pre X: $-14.5 \pm 2\%$ y post Fontan alejado X: -14.53 ± 3.62 no hubo diferencia estadísticamente significativa, pero si hubo diferencia en el Strain regional medial (15p): pre Fontan +5 versus post Fontan -9.5% (p: 0.003). Y en la saturación X: 76% versus X: 92.6% (p: 0.036). En general persistió alterado el Strain basal lateral. El Strain circunferencial no fue evaluado inicialmente en todos los pacientes, pero si en los últimos 11p, se pudo cuantificar una disminuido a nivel basal X: $-13.5 \pm 2\%$ y aun mayor a nivel medial próximo a $-11\% \pm 1.2\%$

Conclusiones: Conclusiones: La media de Strain longitudinal global por 2DSTD en el pre Norwood (32p) fue AVG: $-17 \pm 3\%$. Pre Glenn (26p): $-14.5 \pm 2\%$; y post Fontan ($-15.6 \pm 4.5\%$) después Fontan y permaneció similar El Strain regional basal no mostró cambios significativos pre y post Fontan, pero si fue muy significativa la mejoría en la función regional medial que de valores medios de $+5$ paso a -9.5% en el post Fontan alejado. El Strain circunferencial fue evaluado en los últimos 11p estando disminuido a nivel basal X: $-13.5 \pm 2\%$ y a nivel medial próximo a $-11\% \pm 1.2\%$. El seguimiento evolutivo puede guiar la conducta terapéutica y la evolución a largo plazo de estos pacientes.

0168 - IMPACTO DEL DISEÑO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (ECMO TEAM) EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO ARTERIAL POR SHOCK CARDIOGÉNICO O PARO CARDIORRESPIRATORIO REFRACTARIO.

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

SEOANE, Leonardo Adrián | BURGOS, Lucrecia | FURMENTO, Juan | VRANCIC, Juan Mariano | VILLAGRA, Maximiliano | GARCÍA, Walter | COSTABEL, Juan Pablo | DIEZ, Mirta

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA) es una intervención de rescate utilizada en pacientes con shock cardiogénico (SC), o paro cardiorrespiratorio (PCR) refractarios. La creación de equipos multidisciplinarios ("ECMO Team") ha permitido la estandarización de procesos, y selección adecuada de los pacientes, aunque se desconoce su impacto en la sobrevida y el pronóstico de los mismos.

Objetivos: Analizar si la creación del equipo multidisciplinario ECMO Team ha modificado el pronóstico de los pacientes sometidos a ECMO VA por SC o PCR refractario.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo, que comparó los resultados del implante de ECMO VA por SC o PCR refractario, en un período entre 2014 y 2018 (Pre ECMO T) versus otro entre 2019 y abril de 2021 (Post ECMO T). Los datos se obtuvieron de la base de datos informatizada de ECMO y asistencia ventricular. Como punto final primario se evaluó la tasa de sobrevida intrahospitalaria. Como puntos finales secundarios se incluyeron: sobrevida en ECMO, complicaciones mecánicas, hemorrágicas, neurológicas, infecciosas, tromboembólicas, respiratorias, renales; y volumen de ECMO anual (mediana de implantes por año en cada período).

Resultados: Se incluyeron en el análisis 57 pacientes que se implantaron ECMO VA por SC o PCR refractario (36 pre ECMO T, y 21 post ECMO T). La edad de la población global fue de 58 años (RI48-64). El 36,5% presentó miocardiopatía isquémica, y el 23,1% enfermedad valvular significativa. Las indicaciones para ECMO VA fueron: postcardiotomía (43,4%), SC refractario (28,3%), y falla primaria del injerto (20,8%). El 18,1% presentó PCR previo al ECMO VA. La canulación fue periférica en el 81,5%. La duración de asistencia en ECMO VA fue de 5,5 días (RI

Evento	Pre ECMO T	Post ECMO T	p
Sangrado, % (n)	63,9 (23)	61,9 (13)	0,949
Insuf. renal, % (n)	75,0 (27)	57,1 (12)	0,162
Tromboembolias, % (n)	44,4 (16)	55,0 (11)	0,449
Infecciones, % (n)	52,8 (19)	45,0 (9)	0,577
ACV, % (n)	11,1 (4)	14,3 (3)	0,526
Traqueostomía, % (n)	25,0 (9)	52,4 (11)	0,037
Muerte cerebral, % (n)	2,8 (1)	0 (0)	0,441

2,8–10). La tasa global de supervivencia al alta fue del 42%, y en ECMO VA del 61% (36% puente a trasplante cardíaco, y 25% recuperación). En los distintos períodos, la sobrevida al alta fue de 38,9% pre ECMO T, y 47,6% post ECMO T (p: 0,52). La sobrevida en ECMO VA fue también mayor en el período post ECMO T, pero sin alcanzar la significancia estadística (71,4%, y 55,6% respectivamente, p: 0,23). El volumen de implante de ECMO VA fue significativamente mayor en el período post ECMO T (11,5 por año), comparado al pre ECMO T (5,5 por año, RI 3,5-9) (p: 0,04). Las complicaciones más frecuentes fueron: insuficiencia renal (68,4%), sangrado (63,1%), infecciones (49,1%), y complicaciones tromboembólicas (47,3%). No se observaron complicaciones mecánicas del ECMO en ningún caso. La tasa de eventos de relevancia fue similar en ambos períodos, a excepción de la ventilación mecánica prolongada con requerimiento de traqueostomía, que fue significativamente mayor en el período post ECMO T. (tabla)

Conclusiones: En el período posterior a la creación del ECMO Team si bien se observó una mayor sobrevida intrahospitalaria y en ECMO de los pacientes asistidos por SC o PCR refractario, la misma no fue significativa. Luego de la creación del equipo multidisciplinario, se observó un aumento significativo del volumen de pacientes asistidos por año.

0169 - NUEVA DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN EXAGERADA EN EL ESFUERZO

Unidad Temática: Cardiología Del Ejercicio

STAMPONE, Gustavo | DÍAZ BABIO, Gonzalo | LYNCH, Santiago | MASSON JUÁREZ, Gerardo Matias | STUTZBACH, Pablo Guillermo

Sanatorio Las Lomas

Introducción: El aumento exagerado de la presión arterial (PA) en el ejercicio se asocia con el desarrollo de hipertensión arterial (HTA) y complicaciones cardiovasculares.

Objetivos: El objetivo del estudio fue determinar la respuesta normal de la PA al ejercicio y establecer una ecuación que permita predecir la PA máxima según las características individuales de cada paciente.

Materiales y Métodos: Este estudio se realizó en sujetos normotensos al momento de la evaluación, 519 (44%) mujeres y 661 (56%) hombres, edad promedio de 32 años (+ -15). Las pruebas de esfuerzo máximo se realizaron con cicloergómetro. La PA se midió en reposo y en el pico de cada etapa de la prueba de esfuerzo. 228 pacientes disponían de ecocardiografía donde se evaluó la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

Resultados: La relación entre la presión arterial máxima, la edad, el peso, la presión arterial basal y la carga máxima de trabajo se evaluó mediante análisis de regresión lineal. Las siguientes ecuaciones se desarrollaron para predecir la PA máxima esperada en hombres, PA sistólica máxima (mmHg) = 32,4 + 0,22 Edad (años) + 0,2 Peso (Kg) + 0,03 carga (Kgm) + 0,84 PA basal (mmHg), y en mujeres 18,29 + 0,12 Edad (años) + 0,28 Peso (kg) + 0,045 carga (kgm) + 0,82 PA al inicio del estudio (mmHg). Tomamos como un corte para definir la respuesta exagerada de la PA (REP) 32 mmHg por encima de la TA estimada por la ecuación (31 pacientes). Solo 3 pacientes con REP disponían de ecocardiografía presentando 2 de ellos criterios de HVI (66,7%) vs 45 en el grupo sin REP (20%), siendo esta diferencia no significativa.

Conclusiones: Encontramos una relación significativa entre la PA sistólica máxima alcanzada y la edad, carga, peso y PA basal. Proponemos definir como una respuesta exagerada de la presión arterial a aquella que excede la PA esperada en 32 mmHg según nuestra ecuación.

0173 - FUNCIÓN ENDOTELIAL DETERMINADA POR MEDIO DE LA VARIACIÓN DE LA VELOCIDAD DE LA ONDA DEL PULSO CARÓTIDO-RADIAL PRE Y POST INDUCCIÓN DE ISQUEMIA EN SUJETOS HIPERTENSOS SIN CON DIABETES TIPO II

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

RUSAK, Eduardo | BELLIDO, Claudio Antonio | AZZATO, Francisco

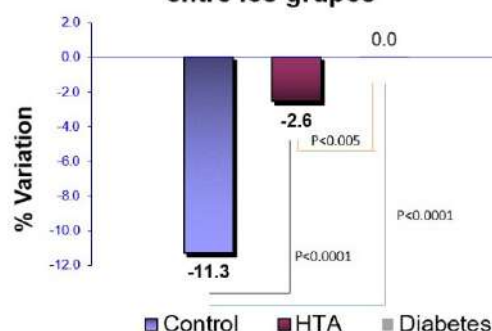
Hospital de Clínicas UBA

Introducción: La disfunción endotelial es un precursor de enfermedad vascular aterosclerótica y de futuros eventos adversos cardiovasculares. La vasodilatación mediada por flujo estudiada en la arteria braquial por medio de los cambios en la velocidad de la onda del pulso (VOP) es un método establecido para evaluar la vasodilatación dependiente del endotelio, detectando cambios biofísicos dentro de los vasos en respuesta a la hiperemia. La diabetes tipo II promueve una mayor severidad de la disfunción endotelial especialmente cuando se encuentra asociada a hipertensión arterial (HTA).

Objetivos: Determinar la función endotelial en una cohorte de sujetos hipertensos con y sin diabetes tipo II en comparación con sujetos normales

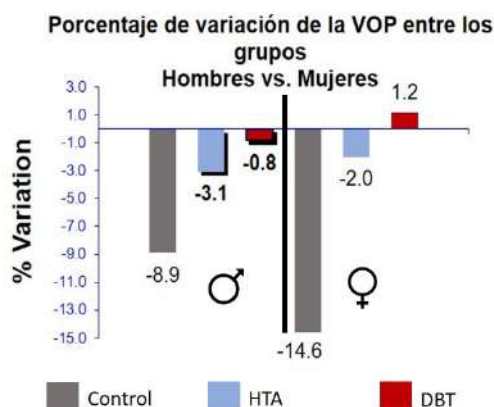
Materiales y Métodos: Determinamos la VOP carótido radial utilizando el Complior® antes y después de 3 minutos de la inducción de isquemia braquial por medio de la compresión con manguito de esfigmomanómetro en 993 sujetos, 706 hipertensos de 60.5 ± 12.4 años de edad (354 hombres de 59.4 ± 12.6 años de edad y 352 mujeres de 61.7 ± 12.0 años de edad), 161 hipertensos diabéticos de 63.8 ± 10.8 años de edad (91 hombres de 64.9 ± 10.6 años de edad y 70 mujeres de 62.4 ± 11 años de edad) y 227 sujetos sanos de 54.9 ± 14.1 años de edad (85 hombres de 50.9 ± 15.2 & 142 mujeres de 57.2 ± 13.0 años de edad).

Porcentaje de variación de la VOP entre los grupos



Resultados: Los sujetos sanos redujeron la VOP 11.3% ($p < 0.0001$ comparado con DBT y noDBT) (-8.9% entre los hombres y -14.6% entre las mujeres) mientras que los sujetos hipertensos redujeron la VOP 2.6% (-3.1% entre los hombres y -2.0% entre las mujeres) y en los hipertensos diabéticos la variación fue de 0.0% (-0.8% entre los hombres y +1.2% entre las mujeres) $p < 0.005$

Conclusiones: Los hipertensos diabéticos tienen una franca disfunción endotelial en comparación con los hipertensos no diabéticos, mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Las mujeres sanas tienen una mejor función endotelial que los hombres sanos, mientras que las mujeres enfermas parecen tener una peor función endotelial que los hombres en igual condición. La función endotelial puede ser determinada fácilmente por medio de la VOP carótido-radial pre y post inducción de isquemia.



0174 - MODELO DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DE CHAGAS

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas

DR. LANZ-LUCES, José Ramon | ESCOBAR GUZMAN, Luis Fernando | LANZ-SOUQUETT, Jd | DE LIMA, Michele

Actividad Clínica Privada

Introducción: La insuficiencia cardíaca por enfermedad de Chagas (ICEC) tiene una alta tasa de mortalidad y se diagnostica a menudo en América Latina. Es reconocida como una amenaza en los países desarrollados. No se han desarrollado modelos de pronóstico para mejorar las decisiones clínicas para la insuficiencia cardíaca (IC) avanzada.

Objetivos: Objetivo: Crear una herramienta matemática para la estratificación del riesgo que ayude a optimizar procedimientos de alta complejidad en pacientes con insuficiencia cardíaca y prevalencia de Chagas.

Materiales y Métodos: Métodos: se utilizó un modelo multivariado con variables clínicas y de laboratorio para desarrollar un modelo de riesgo de mortalidad a un año en pacientes con IC avanzada remitidos a un hospital. La supervivencia de la ICDC (n = 177) se comparó con etiologías isquémicas (n = 122) y no isquémicas (n = 238). Ideamos una ecuación para cada grupo en un intento de anticipar la mortalidad: ICDC: $S(t) = [SO(t)] \text{ factor } [-3,469 * \text{betabloqueador} - 2,666 * \text{IECA} - 4,456 * \text{betabloqueador} + \text{IECA} - 0,036 * \text{presión sistólica} - 0,195 * \text{Na} + 3,061 * \text{Digoxina}]$, Isquémica: $S(t) = [SO(t)] \text{ factor } [-0,634 * \text{DDVI} / \text{IMC} + 1,652 * \text{digoxina} + 1,834 \text{ hipotiroidismo}]$ No isquémica: $S(t) = [SO(t)] \text{ factor } [-0,024 * \text{Colesterol total} + 0,008 * \text{DDVI}]$.

Resultados: Resultados: Durante un año de seguimiento, la mortalidad fue del 8,2% en la población general, del 10,2% en la IC, del 9,8% en la IC isquémica y del 5,9% en la IC no isquémica ($p = 0,0017$). Los predictores independientes en la población general fueron los bloqueadores B, las estatinas, la digoxina y el índice diámetro diastólico del ventrículo izquierdo/ índice de masa corporal (DDVI/IMC); en ICEC: bloqueadores B (asociados o no a IECA), digoxina, sodio y presión arterial sistólica; en IC isquémica: digoxina, índice DDVI/IMC e hipotiroidismo; y en la IC no isquémica: colesterol y DDVI.

Conclusiones: La ICEC tiene distintos predictores de mortalidad en comparación con otras etiologías de la IC. Nuestros resultados podrían proporcionar un modelo crítico para mejorar la toma de decisiones en ICEC avanzada.

Table. Multivariate Analysis Results for the Overall Population and Chagasic, Ischemic, and Nonischemic Groups

	Hazard Ratio			
Overall population	HR	CI95%	P	Wald χ^2
B-blocker	0.411	(0.215 - 0.783)	0.007	7.315
Statins	0.230	(0.054 - 0.972)	0.046	3.964
Digoxin			0.001	14.437
0.125mg	3.451	(0.851 - 13.831)	0.080	3.058
0.25mg	7.175	(2.518 - 20.444)	0.000	13.804
LVEDD/BMI Index	1.735	(1.228 - 2.45)	0.002	9.784
Chagas				
Digoxin	21.359	(2.78 - 164.123)	0.003	8.659
ACEI	0.070	(0.004 - 1.155)	0.083	3.457
B-blocker	0.031	(0.002 - 0.58)	0.020	5.406
B-blocker + ACEI	0.012	(0.001 - 0.251)	0.005	8.064
SBP	0.965	(0.939 - 0.992)	0.011	6.383
Na	0.823	(0.712-0.952)	0.009	6.914
Ischemic				
Digoxin	5.219	(1.101-24.728)	0.037	4.333
Hypothyroidism	6.256	(1.508-25.98)	0.012	6.376
LVEDD/BMI Index	1.885	(1.244-2.855)	0.003	8.937
Nonischemic				
Cholesterol	0.976	(0.958 - 0.996)	0.016	5.782
LVEDV	1.008	(1.002 - 1.014)	0.006	7.568

Abbreviations: BMI=body mass index; LVEDD=left ventricle end-diastolic diameter; SBP=systolic blood pressure; ACEI=angiotensin-converting enzyme inhibitors; LVEDV=left end-diastolic volume.

0176 - EXTUBACIÓN TEMPRANA VS EXTUBACIÓN POSTOPERATORIA INMEDIATA EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

MIRAGAYA, Nicolas | DUVAL, Javier Andrés | GUERRERO, Elías Rubén | GARCIA BARBOSA, Camila Aine | ROSELL, María Belen | STAZZONE, Pablo Matias | CHRISTEN, Alejandra Inés | CRESPO, Fabian

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: Si bien la extubación temprana en cirugía cardíaca resulta beneficiosa, aún persisten controversias respecto al momento óptimo para su realización. Aunque este procedimiento suele realizarse en la Unidad de Recuperación Cardiovascular, su implementación postoperatoria inmediata en quirófano podría tener beneficios adicionales.

Objetivos: Comparar los pacientes que fueron extubados de forma inmediata en quirófano con aquellos extubados durante las primeras 12 horas de estadía en la Unidad de Recuperación Cardiovascular (URCV) posteriores a Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM).

Materiales y Métodos: Se analizó de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes consecutivos operados de CRM como procedimiento aislado en nuestro Servicio entre Enero del 2016 y Marzo del 2021. Se dividió en dos grupos: pacientes con extubación postoperatoria inmediata (Grupo A) y pacientes extubados dentro de las primeras 12 horas de estadía en URCV (Grupo B). Se calcularon los Scores de Riesgo de STS y Euroscore II. Se utilizaron las pruebas Test de Student y Chi Cuadrado (SPSS v24).



Resultados: Se operaron 464 pacientes, de los cuales 62 fueron excluidos por presentar extubación posterior a las 12 horas de ingreso a URCV, 146 conformaron el Grupo A y 256 el Grupo B. La proporción de hombres fue 82,8% (A) vs 86,3% (B) (p=0.35) y la edad media fue 57.9 años (A) vs 59.6 años (B) (p=0.04). De los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales solo se encontró diferencias estadísticamente significativas en tabaquismo actual (A:41% vs B:31%; p=0.04) y dislipemia (A:82% vs B:93%; p=0.0009). Se observaron diferencias significativas en Euroscore II (A:1.59 vs B:2.56; p=0.0004) y STS (Mortalidad A:0.54 vs B:0.70; p=0.59 // Morbilidad A:5.58 vs B:8.29; p<0.00001). En el Grupo B se registró sangrado total (A:504.7ml vs B:602.3ml; p<0.0001) y un requerimiento de transfusiones significativamente superior (18.5% vs 28.5%; p=0.02). La estadía en sala general (3.7 vs 5.2; p<0.01) y el tiempo de internación total (7.23 vs 9.92; p<0.001) fue significativamente inferior en el Grupo A; aunque no se observó diferencia significativa en la estadía de los pacientes en URCV (A:3.63 vs B:4.24; p=0.06). No hubo diferencias significativas en CRM sin circulación extracorpórea (A:98.6% vs B:98.8%; p=0.86), en las complicaciones postoperatorias inmediatas ni en la mortalidad global entre ambos grupos (A:4.1% vs B:4.29%; p=0.92).

Conclusiones: Dentro de nuestra población el grupo de paciente que fue extubado de forma inmediata fueron más jóvenes, con mayor índice de tabaquismo, menor incidencia de dislipemia, y Scores de riesgo más bajos. Así mismo presentó menor sangrado total y menor requerimiento de transfusiones. El tiempo total de internación y en sala fue menor. Concluimos que la extubación postoperatoria inmediata ha demostrado ser una estrategia válida en pacientes seleccionados a los que se les realiza CRM, sin aumento de la morbimortalidad.

0178 - EFECTOS DE LA INERCIA TERAPÉUTICA EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DURANTE UN AÑO DE PANDEMIA.

Unidad Temática: Enfermedad Cardiovascular

DI GENNARO, Federico(1) | CRETA, Victoria(1) | CATALANO, Maria Paula(1) | GARCIA AGUIRRE, Alejandro(1) | HIGA, Claudio(1) | CHEVALIER, Guenson(2) | OTERO-LOSADA, Matilde(1) | PEREZ LLORET, Santiago(2)

Hospital Alemán (1); CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2)

Introducción: La inercia terapéutica (IT), definida como la falla médica de iniciar o intensificar un tratamiento cuando el paciente lo necesita y se asocia al inadecuado control de la presión arterial (PA) en pacientes con hipertensión esencial (HTA). Es escasa la evidencia que evalúe la IT en pacientes hipertensos con monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) de 24 hs.

Objetivos: Evaluar el efecto de la IT en el control de la PA en pacientes con HTA diagnosticada con MAPA, a un año de seguimiento durante la pandemia SARS COVID 2.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron 99 pacientes hipertensos esenciales mayores de 18 años, afiliados a un hospital de comunidad, diagnosticados por MAPA de 24 hs, sin historia de enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica), ni embarazo. Para evaluar IT se comparó el tratamiento anti-hipertensivo antes y después del MAPA de 24 hs. IT fue considerada cuando el médico no inició, aumentó y/o agregó medicación a pacientes con promedios de: PA diurna > 135/85 mmHg, PA nocturna > 120/70 mmHg, PA 24 hs > 130/80 mmHg o ritmo circadiano disminuido (descenso circadiano <10%). Al año de seguimiento, se evaluó el control de la PA en consultorio por médicos de cabecera (clínicos y cardiólogos). Al finalizar la observación (período febrero 2020 - febrero 2021), se consideró adecuado control de la PA en el consultorio PA <140/90 mmHg.

Resultados: Del total de los pacientes, 68 % fueron mujeres y la media de edad fue de 58 años. IT se observó en el 56% de los pacientes, quienes recibieron menos tratamiento comparados con los pacientes sin IT (55% vs 87%, $p < 0.01$). En la tabla 1 se muestran las características basales y el análisis multivariado que mostró los siguientes predictores independientes de control inadecuado de PA: Promedio de la PA nocturna (OR, 95%CI= 4.25, 1.22-14.82; $p = 0.021$), IT (6.52, 1.84-23.16; $p < 0.01$). En los pacientes sin IT el tratamiento anti-hipertensivo fue un indicador de buen control de la PA (0.20, 0.05-0.78; $p = 0.023$).

Conclusiones: Los pacientes hipertensos diagnosticados con MAPA sin IT mejoraron significativamente el control de la PA al año de seguimiento. En nuestro estudio, la IT y la HTA nocturna fueron predictores de inadecuado control de la PA durante la pandemia SARS COVID. Sugerimos el estudio con MAPA y campañas de educación médica como estrategias posibles para disminuir la IT y mejorar el control de la HTA.

	Controlled (n=39)	Not controlled (n=32)	p	OR (95% CI)
Age	58.6±14.9	58.1±15.8	0.88	
Males	13 (33%)	10 (31%)	0.85	
Body Mass Index	29.4±6.1	27.1±5.9	0.11	
Diabetes	9 (23%)	2 (6%)	0.05	0.29 (0.05-1.84)
Tobacco use	6 (15%)	2 (6%)	0.23	
Hyperlipemia	21 (54%)	17 (55%)	0.93	
LV hypertrophy	22 (56%)	16 (50%)	0.59	
Cardiovascular risk				
Low	12 (31%)	18 (56%)	0.12	
Moderate	15 (38%)	10 (31%)		
High	11 (28%)	4 (13%)		
Very High	1 (3%)	0 (0%)		
Treatment	34 (87%)	15 (47%)	<0.01	0.20 (0.05-0.78)
ACE-Is	16 (41%)	6 (19%)	0.04	-
ARAs	13 (33%)	5 (16%)	0.09	
CCBs	10 (26%)	4 (13%)	0.16	
Beta-blockers	3 (8%)	4 (13%)	0.49	
Diuretics	3 (8%)	2 (6%)	0.81	
Aldosterone inhibitors	0	0	-	
Statins use	10 (26%)	9 (28%)	0.81	
Baseline ABPM results				
Daytime hypertension	24 (62%)	21 (66%)	0.72	
Nighttime hypertension	15 (39%)	21 (66%)	0.03	4.25 (1.22-14.82)
Non-dipping	128.2±12.1	129.2±10.5	0.72	
Systolic 24-hs mean	128.2±12.1	129.2±10.5	0.72	
Diastolic 24-hs mean	81.4±9.8	83.3±9.7	0.43	
Therapeutic Inertia	14 (36%)	26 (81%)	<0.01	6.52 (1.84-23.16)

0189 - PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DEL EJE 1 EN PACIENTES QUE CONCURREN A CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. COMORBILIDAD CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

GORAL, Jorge | BARBOSA, Osvaldo | ABENANDO, Maria Jose | GOMEZ, Alejandra Marcela | MONTIVEROS, Ana Cecilia | PECCI, Mario | FARFAN, Roberto | VIZGARRA, Mercedes

CENTRO MUNICIPAL DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD N° 10, CASEROS

Introducción: La EAC está asociada significativamente con la depresión mayor, ansiedad y pánico y estas son reconocidas como factores de riesgo cardiovasculares, de similar importancia que el tabaquismo y la hipertensión. Si bien los factores psicológicos influyen sobre la aparición y evolución de la enfermedad cardiovascular, no se conoce claramente la comorbilidad entre ambas entidades, y cual es causa o consecuencia.

Objetivos: 1) Prevalencia de Trastornos del eje 1: Trastornos Afectivos (Depresión mayor) y Ansiedad (incluye Pánico) en consultorios externos de cardiología de un Centro de Atención Primaria (CAP). 2) Prevalencia de Enfermedad Arterial Coronaria (EAC) asociada a cada grupo de Trastorno. 3) Variables: a) sexo b) Psicoterapia. c) Resiliencia

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de 489 pacientes (p) (GT) consecutivos, 28.9% varones, media 69.6 años que concurren al Consultorio externo de cardiología de un Centro de Atención Primaria, para control y/o chequeo cardiovascular, de ellos: 336 (p) grupo control (GC) sin y 138 (p) con trastornos del eje 1 (GTE1): depresión: 51 (p), (GD) y Ansiedad/Pánico (GA) 87 (p). Del (GTE1): 95 (p) (GA), media 66.5años, 26.2% varones y 43 (p) (GB), media 74.8años, 36.3% varones sin y con EAC (ACE, IAM, CRM/ATC) previa respectivamente. Se valoro en el Eje 1: presencia de Ansiedad/Pánico y Depresión que se evaluaron con el cuestionario DSM-IV. Del (GC) se obtuvo un Grupo de 15 (p) con Resiliencia (R): capacidad que tienen las personas de afrontar o recuperarse con éxito ante situaciones adversas. Se tuvo en cuenta el sexo. El cuestionario fue

Resultados: El 28.2% del (GT) tenía algún (TE1): Ansiedad/Pánico 63% y Depresión: 37%. Prevalencia de EAC asociada a TE1 (31.1%): Ansiedad/Pánico y Depresión: 44.9 y 55.1 %, y (GC): 16.8%. Hubo $p < 0.042$ entre (p) con Depresión/EAC y Ansiedad/Pánico/EAC; $p < 0.0051$ en (p) con EAC con depresión y (p) con EAC y GC; y $p < 0.018$ en (p) con EAC y Ansiedad y (p) con EAC y GC; y $p < 0.01$ entre (p) de GTE1 y (p) de GC. Primero tuvo TE1 y luego EAC: el 53.3%; primero EAC y luego TE1: 46.7% (pNS). Hubo media de 2 años entre TE1 y EAC y 4 meses entre EAC y TE1. De los (p) con Resiliencia sólo el 6.6% tenía EAC, con $p < 0.001$ respecto al GTE1 con EAC. Solo el 9.5% de los (p) con TE1 realizo terapia de apoyo: de ellos el 42% no había tenido EAC; y del 58% con EAC el 66.5% había abandonado dicha terapia. El 57.8% de los (p) con DBT2 presentaron depresión y el 10.5% de ellos EAC; el 21% presento Ansiedad/Pánico y 0.5% de ellos EAC. FRC asociados en el GTE1: HTA 40%, Sedentarismo 65%, Dislipemia 39%, Tabaquismo 28%, Diabetes 17%, Obesidad 42%. La Ansiedad/Pánico se asoció a Tabaquismo e HTA y la Depresión a: Obesidad, Dislipemia, Diabetes y sedentarismo. La variable sexo M/F estuvo asociada a: Ansiedad/Pánico: 49.9/29.5% (p NS) y Depresión: 43.3/48.3% ($p < 0.085$). Hubo $p < 0.062$ para sexo F en depresión y EAC. La incidencia de Resiliencia fue muy baja, con $p < 0.005$ para sexo femenino

Conclusiones: 1) Uno de cada 3.1 (p) que concurren al consultorio de cardiología de un Centro de atención Primaria tiene algún Trastorno del Eje 1 2) La Ansiedad/Pánico tienen alta prevalencia como Trastorno, sin embargo, la Depresión es la causa más frecuente asociada a EAC 3) Ansiedad/Pánico y depresión fueron causa desencadenante de EAC en 1 cada 5 (p) y 1 cada 2.3 (p) 4) Los (p) con Resiliencia (+) no tenían significativa EAC 5) Ansiedad/Pánico y la depresión podrían ser causa o consecuencia de EAC. 6) Hubo alta incidencia de EAC en (p) con ausencia o abandono de terapia de apoyo

0190 - PERFIL CLINICO DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

VILLA ETCHEGOYEN, Cecilia | POMERAANTZ, Eugenia | BENAIM, Leonel | ALVARADO, Alejandra | FERREYRA, Raul Eduardo | CARUSO, Nicolas | BORTMAN, Guillermo

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica diaria y el trastorno del ritmo que más comúnmente se asocia a la insuficiencia cardíaca (IC), independientemente de la fracción de eyección. Su presencia aumenta el riesgo de complicaciones tromboembólicas y empeora los síntomas, por lo que resulta de vital importancia conocer las características de la población para lograr optimizar al máximo el tratamiento. Por estos motivos, se estudió el perfil clínico de 120 pacientes con diagnóstico de IC aguda en un Sanatorio privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se valoraran eventos clínicos según su la presencia de FA al ingreso.

Objetivos: Describir las características de la población en estudio y evaluar la asociación entre FA al ingreso y ocurrencia de muerte, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica e inotrópicos en pacientes internados por IC aguda entre 2019-2020 en un Sanatorio Privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio es observacional descriptivo de corte transversal del registro de pacientes internados por IC aguda en un lapso de un año entre 2019-2021 de un Sanatorio Privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La presencia de FA al ingreso se determinó de acuerdo al registro de dicha arritmia en el electrocardiograma durante la admisión al centro. Las características de la población fueron expresadas media \pm desvío estándar, mediana \pm rango intercuartiles ó porcentaje. Para determinar el grado de asociación entre variables se utilizó la prueba Chi cuadrado con corrección de Yates, T de Student ó Mann-Whitney-Wilcoxon, con un nivel de significancia de 5%, según correspondía.

Resultados: Ingresaron al estudio 120 pacientes, 44 pacientes con FA y 76 pacientes sin FA. Los pacientes con FA presentaron mayor porcentaje de hipertensión arterial (95% vs 75%, $p = 0,01$), mayor frecuencia cardíaca ($103,8 \pm 29,2$ lpm vs $83,3 \pm 17,7$ lpm, $p = 0,00$) y mayores valores de fracción de eyección ($51,9 \pm 15,9$ vs $43,0 \pm 18,5$, $p = 0,01$), con tendencia a presentar mayores valores de NTproBNP al ingreso (3835 ($1453,7 \pm 8551,7$) pg/ml vs 3140 (1777 ± 9748) pg/ml, $p = 0,53$). Los pacientes con FA presentaron mayor uso de betabloqueantes, vasodilatadores y antagonistas de mineralocorticoides en comparación con los pacientes sin FA. En los pacientes con FA en relación a aquellos que no presentaron FA al ingreso se evidenció una mortalidad intrahospitalaria del 4,5% vs 3,9% ($p = 0,75$), requerimiento de vasopresores de 6,8% vs 19,7% ($p = 0,21$), y asistencia respiratoria mecánica de 9,1%, vs 14,5% ($p = 0,50$). La mediana de internación fue de 7 y 8 días respectivamente. Al alta, se incrementó el porcentaje de pacientes con FA que recibieron anticoagulación del 57% al 78%, así como un aumento de la indicación, en toda la cohorte del estudio, de fármacos que demostraron disminuir mortalidad en pacientes con IC. En el seguimiento a un año, el grupo con FA presentó 20,5% de mortalidad y 16,9% de rehospitalizaciones por IC, frente a 26% y 28,6% ($p = 0,69$ y $p = 0,5$) en pacientes sin FA al ingreso.

TABLA 1. Características de la población en estudio.

	FA (n = 44)	No FA (n = 76)	TOTAL (n = 120)	Valor p
Edad (años)	79,8 ± 12,5	73,8 ± 17,3	76,0 ± 0,5	0,03
Sexo masculino (%)	45,5	43,4	44,2	0,85
Factores de riesgo				
Diabetes (%)	15,9	32,9	26,7	0,07
Dislipemia (%)	45,5	39,5	41,7	0,65
Tabaquismo (%)	27,3	44,7	38,3	0,09
Hipertensión arterial (%)	95,5	75,0	82,5	0,01
IAM previo (%)	4,5	17,1	12,5	0,25
Valvulopatía moderada-severa (%)	18,2	15,8	16,7	0,53
ACV isquémico (%)	18,2	7,9	11,7	0,26
Internación en el último año (%)	38,6	32,9	35,0	0,87
TAS (mmHg)	125,5 ± 22,5	129,4 ± 29,8	129,3 ± 27,3	0,55
TAD (mmHg)	101,5 ± 12,2	78,2 ± 16,1	77,6 ± 14,8	0,54
FC (lpm)	103,8 ± 29,2	83,3 ± 17,7	90,7 ± 24,7	0,00
Hematocrito (%)	36,8 ± 6,0	36,5 ± 6,4	36,6 ± 24,7	0,64
Hemoglobina (mg/dl)	6,1 ± 0,9	6,3 ± 0,9	6,3 ± 0,8	0,33
Creatinina plasmática (mg%)	1,2 ± 0,4	1,4 ± 1,0	1,4 ± 0,9	0,82
NTproBNP (pg/ml)	3835 (1453,7-8551,7)	3140 (1777-9748)	3975 (2073,5-9829)	0,53
Potasio al ingreso (mEq/l)	4,3 ± 0,6	4,3 ± 0,6	4,3 ± 0,6	0,32
Sodio al ingreso (mEq/l)	135,3 ± 7,8	136,7 ± 5,3	136,2 ± 6,4	0,26
FEV1 ingreso	51,8 ± 15,9	43,0 ± 18,5	46,3 ± 18,0	0,01
Medicación previa				
Diuréticos (%)	43,2	31,6	35,8	0,28
IECA (%)	38,6	19,7	26,7	0,04
ARA II (%)	31,8	19,7	24,2	0,20
Betabloqueantes (%)	70,5	55,3	60,8	0,15
Amiodarona (%)	15,9	6,6	10,0	0,38
Espirinolactona (%)	18,2	15,8	16,7	0,93
Anticoagulación (%)	56,8	25	33	0,00
Días de internación	8 (5-17)	7 (4-12)	8 (5-15)	0,50

Datos expresados como media ± desvío estándar, mediana ± rango intercuartiles o porcentaje. IAM = infarto agudo de miocardio. FA = fibrilación auricular. FEV = fracción de eyección. IECA = inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARA II = antagonistas de los receptores de la angiotensina II. NOAC = nuevos anticoagulantes orales.

TABLA 2. Asociación entre presencia de fibrilación auricular (FA) al ingreso y eventos durante la internación y en el seguimiento.

	FA (n = 44)	No FA (n = 76)	Valor p
Muerte	4,5 %	3,9 %	0,75
Asistencia respiratoria mecánica	9,1 %	14,5 %	0,58
Requerimiento de inotrópicos y/o vasopresores	6,8 %	19,7 %	0,21
Rehospitalizaciones por IC a 1 año	16,9 %	28,6 %	0,5
Muerte cardiovascular a 1 año	20,5 %	26 %	0,69

IC = insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: En el análisis de este registro de pacientes internados por IC aguda no se evidenció mayor ocurrencia de eventos clínicos según la presencia de FA al ingreso. La internación se presentó como una oportunidad favorable para el ajuste de la medicación de IC así como para el inicio de anticoagulación, lo que podría explicar la falta de diferencia en reinternaciones y mortalidad entre ambos grupos.

0191 - PREVALENCIA DE QTC LARGO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE PSIQUIATRIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. IMPACTO DE LA COMBINACIÓN DE PSICOFARMACOS Y FACTOR DE RIESGO: DBT2

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

GORAL, Jorge | BARBOSA, Osvaldo | ABENANDO, Maria Jose | GOMEZ, Alejandra Marcela | PECCI, Mario | GIUDICI COSTA, Carlos Anibal | MONTIVEROS, Ana Cecilia | CASTRO, Patricia

CENTRO MUNICIPAL DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD N° 10, CASEROS

Introducción: No se conoce bien el efecto potencial proarrítmico del efecto combinado de psicofármacos, menos aun de drogas con riesgo condicional habitualmente recetadas por otras patologías coexistentes. Se infiere pero se desconoce el potencial efecto provocado por dicha combinación.

Objetivos: 1) Evaluar prevalencia de intervalos QT largo y QT corregidos (QTc) prolongado en una población en tratamiento psiquiátrico. 2) Evaluar el efecto que provoca la combinación de psicofármacos sobre el QTc. 3) subgrupos con DBT2 y tratamiento con betabloqueantes (BB)

Materiales y Métodos: Estudio de prevalencia de QTc largo del ECG de 351 pacientes (p) (GT) consecutivos; de ellos 300(p) Grupo (A): no DBT2 y sin toma concomitante de BB, 36.6% varones, media 58±18 años, 31(p) Grupo(B): no DBT2 y con BB y 25(p) Grupo(C): DBT2: 10/15(p) sin /con BB, que concurren a consultorios de psiquiatría a un Centro de Atención Primaria. Las medidas se realizaron en derivación DII o V5, (Intervalos (mseg): R/R, QT). Para QTc los valores se ajustaron por Fc. con fórmula de Bazett (B). Se considero: QTc (mseg): normal =440/450 (M/F), limite 450/460, prolongado 460-470 y largo >= 480. El ECG fue interpretado en forma independiente por 2 cardiólogos. Clasificación del efecto de clase de fármacos basada en el AzCERT16: Riesgo Definido, Riesgo Posible (RP), Riesgo Condicional (RC). Se comparo con: g Grupo Control(GCL), sin patología informada ni ingesta de fármacos: 105(p), 37.1% varones, media 39.5±16 años

Resultados: GT: Tomaban: 91.3% (ISRS), 43.8% >=2 ISRS, 1.7% Tetracíclicos, 7% (IRSN), 78.1% benzodiazepinas, 21.9% psicofármacos sin efecto comprobado sobre QTc (SEQTc), 0% Triciclicos. GA: ECG: medias: intervalos (mseg): QT: 377±27 y QTc (B): 412±27. El 35.1/31.6 y 98.2% del GT estaban tratados con fármacos con RD/RP y RC. Medias QTc (mseg) según Riesgo: RD (415±23), RP (414±29) y RC (410±34), 1RD (410±37), 2RD (410±8), 3RD (426±0), 1RD+1RP (433±17), 1RD+2RP (416±20), 1RD+1RC (409±31), 1RD+2RD (413±30), 1RP+2RC (424±41). Prevalencia (GT) según Riesgo: QTc (mseg) limite: 3.5%, (entre 444/451), fue para (8p) 1RP, 1RD+1RC y 1RD+2RC; prolongado: 6.1% (entre 460/468), fue para (14p) 1RD, 1RP, 1RC, 1RD+1RP y 3RC; largo: 0.87% (entre 480/481), fue para 2 (p) con 1RP+2RC y 1RD+1RP+2 RC SEQTc: ECG: media (mseg): QT: (361±14) y QTc: (400±14); Prevalencia de QTc limite/prolongado/largo: 0%. GC: medias: intervalos (mseg): QT: (366±12) QTc: 397±28, limite: 1.9% 2(p) (valores: 450/451), prolongado: 0% y largo: 0% Grupo (B) no DBT2 que tomaba BB: media (mseg) QT (409±23) y QTc (369±22), p< 0.0035 respecto al GA sin BB. QTc limite: 0%, prolongado: 0%, largo: 0% Grupo (C) con DBT2 sin BB: medias (mseg) QT: (387±23) y QTc (412±30) y con BB: QT (373±18) y QTc (409±29), p<0.63. QTc sin/con BB limite: 10/0% RD y RC, prolongado: 0/0% y largo: 0/0%. GA/GCL: QT p<0.0001, QTc p<0.0001, GA/SEQTc: QT p<0.001, QTc p<0.0056, GCL/SEQTc: QT p<0.0001, QTc p<0.00014

Conclusiones: 1) La incidencia de QTc largo inducida por fármacos fue muy baja en nuestra serie. 2) El riesgo de producir prolongación del intervalo QT se incrementa especialmente en pacientes polimedicados 6.97%. 3) En nuestra serie la prolongación del intervalo QTc se asocio a la combinación de drogas con RP y RC. 4) Los fármacos sin efecto confirmado seguirían siendo seguros. 5) En nuestra serie presentada, los BB mostraron beneficio sobre el intervalo QTc, por lo que podría ser útil su utilización como profilaxis

0203 - ATENCIÓN DE PACIENTES AÑOSOS MEDIANTE CONSULTA TELEFÓNICA AMBULATORIA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.

Unidad Temática: Covid-19

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | IGLESIAS, Julieta Soledad | TREJO, Graciela Susana | LEONARDI, Mariela | TELLECHEA, Francisco Enrique Armando | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: Durante gran parte del 2020 el gobierno nacional dispuso el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) para intentar controlar el avance de la pandemia del SARS-Cov_2. En la mayoría de los hospitales la atención ambulatoria presencial se vio fuertemente reducida, por lo que se recurrió a la telemedicina para la atención. La edad avanzada es uno de los principales factores de riesgo para cuadros severos de COVID-19, pero también los es para enfermedad cardiovascular. Por lo que el control cardiológico de este grupo de pacientes durante la pandemia es un importante desafío.

Objetivos: Analizar el impacto de la atención ambulatoria mediante consulta telefónica en un servicio de cardiología de un hospital que atiende exclusivamente pacientes añosos. (efector propio de PAMI)

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo donde se analizaron las consultas médicas realizadas mediante llamada telefónica desde el 2 de mayo al 30 de octubre del 2020. Se consignaron datos clínicos, diagnostico principal, tratamiento y se estratificó la conducta tomada en las siguientes categorías: a) Sin modificación de tratamiento, b) Ajuste o Modificación de tratamiento, c) Cita para control presencial ambulatorio c) Derivación a guardia de emergencias. Todas las conductas fueron realizadas según el criterio médico del profesional responsable de la consulta.

Resultados: Entre las fechas citadas se realizaron 12932 consultas ambulatorias en el hospital (9.6% menos que en el

mismo período del 2019), de las cuales 10940 fueron de forma telefónica (84% del total de consultas en el período mayo-octubre 2020). Se registraron datos de 1450 consultas telefónicas realizadas a 1035 pacientes, con una edad de 78 ± 9 años, 62% mujeres. El diagnóstico principal más frecuente fue la hipertensión arterial (39.5%), seguido de la enfermedad coronaria (25%), la insuficiencia cardíaca (18%) y la fibrilación auricular (8%). Respecto a la conducta, en el 22.5% de las consultas se realizó ajuste o modificación del tratamiento ($n=326$), el 1.7 % se realizó derivación a la guardia de urgencias ($n=25$) y el 7.5% se citó para consulta presencial ($n=108$), mientras que en el 68.3% de las consultas no se realizó modificaciones del tratamiento. Al analizar la primera consulta de 1035 pacientes, el 6.5% refirió haber suspendido medicación cardiológica (el 92% sin indicación médica), el 12.5 % había presentado una internación en los 3 meses previos a la consulta (de los cuales el 55% fue cardiovascular y el 15% por COVID-19).

Conclusiones: Durante el ASPO el 85% de la atención ambulatoria fue por en forma telefónica. En aproximadamente un tercio de las consultas se requirió modificación del tratamiento o programación de consulta presencial y en menos del 2% se requirió derivación a guardia de urgencias.

0205 - ELEVACION DEL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO COMO MARCADOR DE EVENTOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL ST.

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | IGLESIAS, Julieta Soledad | TREJO, Graciela Susana | LEONARDI, Mariela | TELLECHEA, Francisco Enrique Armando | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: En la fisiopatología del síndrome coronario agudo (SCA), la activación y agregación plaquetaria juegan un rol fisiopatológico fundamental. Se ha descrito que la mayor reactividad plaquetaria se asocia a un aumento del tamaño plaquetario. El volumen plaquetario medio (VPM) es un indicador del tamaño plaquetario que se encuentra elevado en pacientes con infarto respecto a controles y se ha visto asociado a peor evolución en estos pacientes.

Objetivos: El objetivo principal es evaluar si el VPM se comporta como marcador de eventos en el seguimiento de pacientes mayores de 65 años con SCA y como objetivo secundario, evaluar la asociación del VPM elevado con la hiperreactividad plaquetaria (HRP) y diferentes índices pronósticos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de SCA ingresados en unidad coronaria de un centro. Se dividieron en dos grupos de acuerdo al VPM del laboratorio de ingreso: VPM alto (>10.7 fL) y VPM normal (60% y con Acido araquidónico $> 20\%$). Se consideró como punto final primario al combinado de muerte de cualquier causa y reinternación por SCA, stroke y necesidad de revascularización durante el seguimiento

Resultados: Se incluyeron 320 pacientes con una edad de 75 ± 5 años, 43% mujeres, 25% con angina inestable y 75% con infarto no ST. En la tabla se muestran las características de los grupos con VPM alto y normal. Con una mediana de seguimiento de 259 (rango intercuartilo 147-368) días el punto combinado se presentó en el 10.3% ($n=33$) con una mortalidad de 2.5% ($n=8$). En el análisis multivariado el VPM fue predictor independiente del punto combinado

	VPM ALTO (n=120)	VPM NORMAL (n=200)	p
Edad	76 ± 5	74 ± 7	0.31
Score GRACE	138 ± 32	135 ± 28	0.22
Índice Leuco-glucémico	1227 ± 670	1030 ± 580	0.02
ILP	20 ± 3	18 ± 3	0.07
PMA con ADP (%)	53.2 ± 16	59 ± 18	0.04
PMA Ac. Araquidónico (%)	25.2 ± 12	38.2 ± 14	0.22
HRP % (n)	27% (32)	11% (22)	<0.01

(HR 1.06 (IC95% 1.03-1.10), $p=0.005$), presentando en área bajo la curva ROC 0.77 (IC95% 0.69-0.84).

Conclusiones: El VPM alto se asoció con mayor índice leuco-glucémico, mayor PMA con ADP y mayor HRP. En el análisis multivariado el VPM fue predictor independiente del punto combinado con una aceptable capacidad predictiva.

0208 - CONCORDANCIA ENTRE LA CLÍNICA Y EL ULTRASONIDO EN FASE VULNERABLE DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

LINIADO, Guillermo | ARGENTO, Laura Vanina | AVELLANA, Patricia Mabel | FERNANDEZ, Diego Javier | BOHORQUEZ, Gabriela | SACCHERI, Maria | BECK, Martín Alejandro | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La evaluación de la congestión en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (ICFER) resulta relevante y estrechamente vinculada al curso clínico, en especial en la fase vulnerable de la ICFER, luego de una internación.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre la evaluación clínica completa (ECC) y el ultrasonido (US) en la fase vulnerable de la ICFER

Materiales y Métodos: Estudio observacional sobre pacientes incluidos en un ensayo que evalúa tratamiento habitual vs tratamiento guiado por ultrasonido. Se incluyeron pacientes al alta o dentro de las 72 horas luego de una internación por insuficiencia cardíaca con FEy $\leq 40\%$ en

	Congestión US -	Congestión US+	Total	p
Congestión Clínica -	11	11	22	
Congestión Clínica +	5	22	27	
Total	16	33	49	0,02

ritmo sinusal. Randomización 1:1, simple ciego. Grupo Clínica (manejo habitual) Grupo Ultrasonido (manejo considerando además el aporte del US en el tratamiento). Por ECC se consideró congestión a la presencia de 2 de los siguientes tres criterios positivos: Score de Framingham ≥ 2 ; Presión arterial con Valsalva cuadrada o intermedia; Presión proporcional del $\leq 0,3$. Grupo Ultrasonido: 2 de los siguientes 3 criterios positivos. Patrones de llenado con Doppler cardíaco y tisular; Vena cava inferior diámetro y colapso. Líneas B pulmonares. Seguimiento 6 meses con vistas en los días 0, 10, 30, 60, 90, 130 y 180.

Resultados: Entre agosto 2019 y marzo 2020 se randomizaron 21 p, 3 de sexo femenino, edad media de 55 ± 15 años, 9 p de etiología isquémica, con una FEy $25 \pm 10\%$ y se hicieron 103 examen clínico completo (ECC) y 49 estudios de ultrasonido (US) en quienes se pudo hacer la evaluación comparativa. La pandemia obligó a detener la incorporación de pacientes transitoriamente. En la consulta de randomización 19/21 (90,47%) pacientes presentaron congestión por ECC y 19/21 (90,47%) por US. Tomando en cuenta las 49 evaluaciones simultáneas, se observó concordancia en 33 y discordancia en 16. En estas últimas, el US detectó más pacientes congestivos que el ECC. Tomando al Eco como estándar de referencia, el ECC tuvo una sensibilidad de 67 % y una especificidad de 69 % para el diagnóstico de congestión. La concordancia, considerando a todas las evaluaciones simultáneas, fue entre escasa y moderada con un índice de Kappa de 0.38 ($p=0.006$). Estratificando por consulta, la concordancia fue 0.31 ($p=ns$) en la visita de randomización; 0.34 ($p=ns$) a los 30 días y 0.27 ($p=ns$) a los 90 días.

Conclusiones: El estudio muestra, como se observa en la bibliografía, una elevada proporción de pacientes que son externados con signos de congestión clínica y por ultrasonido. La falta de una buena concordancia entre ambas formas de evaluación, y el hecho de que el US detecte más pacientes que el ECC deja espacio para un ajuste terapéutico más preciso con el empleo del US como herramienta diagnóstica de congestión.

0209 - ¿CÓMO ESTUDIAN LOS RESIDENTES FUERA DEL HORARIO LABORAL?

Unidad Temática: Educación Médica

CIAMBRONE, Graciana María | GINESI, Agustina | DEKETELE, Felipe | MORALES LEZICA, María Alejandra | MIGLIARO, Guillermo | HIGA, Claudio

Hospital Alemán

Introducción: Estudiar durante el período de residencia médica es un desafío tanto para los estudiantes como para los profesores. La literatura se propone solucionar este problema poniendo en práctica estrategias que nacen del aprendizaje autodirigido y las habilidades metacognitivas. Existe evidencia de que el estilo de enseñanza tradicional no ha dado buenos resultados.

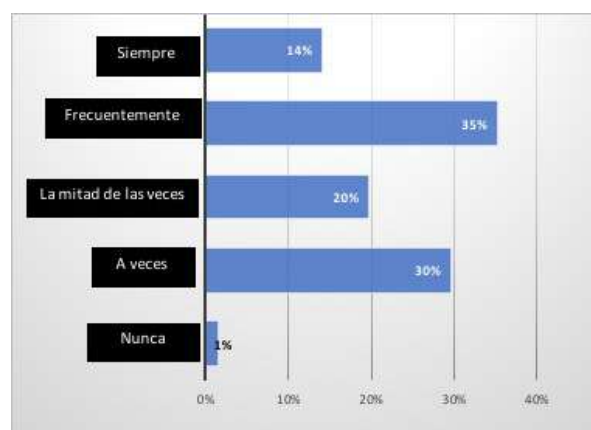
Objetivos: Este estudio intenta responder ¿cómo gestionan los residentes (R) su auto-estudio fuera del horario laboral? Se definieron las siguientes subpreguntas: ¿Cómo deciden los R qué necesitan estudiar? ¿Cómo encuentran los recursos de estudio y qué recursos utilizan? ¿Cómo planifican su autoestudio? ¿Cómo estudian los R durante su autoestudio? ¿Qué estrategias de aprendizaje utilizan, si las hay? ¿Cómo monitorean los R que van por buen camino? ¿Cómo reflexionan sobre su enfoque de autoestudio? ¿Cuánto tiempo dedican a estudiar fuera del horario laboral? ¿Qué apoya a los R en su autoestudio? ¿Cuáles son las barreras? ¿Qué creen los R que podría ayudarlos a gestionar su autoaprendizaje?

Materiales y Métodos: Para ello se utilizó un diseño de investigación de método mixto. Se realizó en un único hospital privado en Buenos Aires, Argentina. Se organizaron dos grupos focales. Uno con R juniors y otro con seniors y jefe de R. Luego del análisis de los resultados de los grupos se construyó el cuestionario. Se incluyeron preguntas tipo Likert, de opción múltiple y abiertas breves. El cuestionario se envió a todos los residentes (N105). Respondieron 71. Para las primeras se calcularon los %. Se realizó una prueba de independencia de chi-cuadrado (X²). Un valor de p 0,05 se consideró significativo. Debido a la naturaleza ordinal de las medidas en escala Likert, se calcularon correlaciones no paramétricas, los coeficientes rho de Spearman. El tamaño del efecto se informó en pequeño .10, moderado .30 y grande .50. El análisis de potencia también se realizó utilizando la calculadora de potencia G. Para las preguntas de opción múltiple los datos se expresaron en %. Los datos del cuestionario se analizaron después de que se completó la recopilación de datos.

Residentes Juniors	Residentes Seniors y Jefes
No plan	No plan
Estudian en el hospital	Estudian en sus casas
Estudian lo que les dicen y con el material que les aportan	Estudian para el curso superior, para dar clases y algunos casos de interés propio
Reflexionan y monitorean su tarea en el trabajo diario	Reflexionan y monitorean su tarea en el trabajo diario
No utilizan libros	No utilizan libros

Resultados: Los resultados muestran que para los R estudiar fuera del horario laboral es difícil debido a la falta de tiempo. No están capacitados en un entorno de aprendizaje autodirigido y carecen de habilidades metacognitivas. Los R no identifican el período de formación como un momento de estudio sino solo de lectura. Suelen estudiar a partir del material que se les entrega para las clases en el hospital o los cursos superiores. Los más jóvenes, leen cuando pueden, donde pueden. En cambio los mayores que suelen estudiar en casa se intentan leer lo que menos saben o dar clases al resto de sus compañeros. La mayoría de las residencias cuentan con un programa a seguir y las que no lo dicen, es difícil saber sin tener metas de aprendizaje lo que se espera de ellas. La motivación y la reflexión son dos actividades no formalmente incluidas, pero hay algunos residentes, especialmente los mayores, que las hacen por sí mismos.

Conclusiones: Los resultados se podrían resumir en una clara necesidad de un cambio para optimizar el tiempo de aprendizaje, hacerles sentir conscientes del proceso y darles a los residentes las habilidades más importantes para crecer en un entorno autodirigido y de autodeterminación con autogestión, autogestión. -motivación, autocontrol y auto-modificación. Reafirma la importancia de utilizar nuevas estrategias de enseñanza y evitar el estilo tradicional. Los programas y currículos deben alentar a los maestros a ayudar a los estudiantes a ser independientes, autónomos, para enseñarles habilidades metacognitivas para promover un aprendizaje profundo y de por vida.



0210 - USO DE HERRAMIENTAS ONLINE EN LA CONSULTA CARDIOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS-COV2

Unidad Temática: Covid-19

RODRIGUEZ GRANILLO, Alfredo Matías | LOBIANCO, Daniela | SALVATORI, Carolina | LAKOWSKY, Alejandro | WAISTEN, Karen | MIRADA, Micaela | QUIROGA, Alejandro | REY, Ricardo

Consejo Cardiología Clínica y Terapéutica "Dr. Tiburcio Padilla" SAC

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19 la consulta médica se vió modificada y nuevas formas de comunicación en la relación médico paciente tomaron protagonismo. No se conoce si las herramientas satisficieron las necesidades.

Objetivos: Conocer si la consulta virtual fue efectiva durante la pandemia y si cumplió el objetivo de mantener una adecuada relación médico-paciente.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta online que fue enviada a todos los pacientes seguidos por los cardiólogos que participan del Consejo de Cardiología Clínica y Terapéutica de la Sociedad Argentina de Cardiología, entre el 15 de diciembre de 2020 al 15 de marzo de 2021. La encuesta se realizó mediante la aplicación web de Google Forms® y los pacientes accedieron a la misma por medio de un link enviado por sus médicos a través de una dirección de e-mail o por whatsapp. Se realizaron 14 preguntas, en donde a primera explicaba la naturaleza de la encuesta y solicitaba autorización del paciente para utilizar sus respuestas, protegiendo mediante una clave única sus datos identificatorios. Fue de respuestas cerradas, dicotómicas o con múltiples opciones que se refirieron a rango etario de los consultados, el género, el motivo principal de su consulta, el método utilizado, si resolvió su inquietud y/o se generó una acción a partir de la misma y si quedó satisfecho con la respuesta obtenida, entre otras. Toda la información se incorporó a una base de datos y se realizó un análisis descriptivo de las respuestas generadas.

Resultados: Se respondieron 346 encuestas únicas completas, la edad promedio de los encuestados fue de 64,3 +/- 13,1 años (rango entre 25 a 90 años), 58,1% de género masculino. Salvo en aquellos que se comunicaron por teléfono (edad media 40,7 +/- 9 años), no se encontraron diferencias de edad en cuanto a la plataforma utilizada. El 16,8% vivía solo, 64,7% en pareja y con otros familiares, el 15,6%. La plataforma más utilizada para realizar las consultas fue whatsapp (65%), seguidos por el teléfono convencional en un 10%, 9% otras plataformas y el 2% e-mail. El principal motivo de consulta fue por control cardiológico (52,6%) y solicitud de recetas (18,2%); solo el 17,6% de los pacientes consultaron por síntomas (hipertensión arterial, palpitaciones, falta de aire, desmayo, dolor precordial), y en este último grupo las consultas telefónicas (36,4%) aumentaron, mientras las de whatsapp mantuvieron un cayeron debajo de las consultas de toda la población evaluada (16,5%), como se ve en la figura. En los casos sintomáticos la conducta del cardiólogo fue realizar estudios complementarios (55,7%), cambiar medicación habitual (22,9%), consulta presencial (6,5%) e internación directa en 3,2% de los casos. Si bien el 99,6% de los pacientes respondieron que la consulta virtual fue satisfactoria el 1,6% refirió que la misma no cumplió con sus expectativas.

Figura. Método de contacto elegido en la población global, edad media y método elegido cuando el paciente presentó síntomas (hipertensión arterial, falta de aire, dolor precordial, palpitaciones, mareos o síncope)



Conclusiones: Las consultas remotas fueron efectivas para el seguimiento de pacientes durante la pandemia. La mayoría quedó conforme con los resultados obtenidos por esos medios de comunicación alternativos y cuando los pacientes estuvieron sintomáticos el método de contacto de preferencia fue el telefónico convencional.

0212 - HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO Y FUNCION VASCULAR Y VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA LATIDO A LATIDO EN EL PRIMER TRIMESTRE

Unidad Temática: Corazón y Mujer

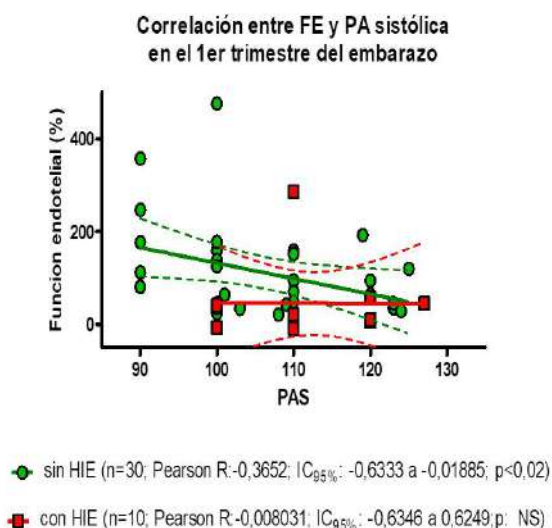
JOO TURONI, Claudio | BENVENUTO, Silvia Liliana | MARANON, Rodrigo | GEPNER, Maia Einath | SALSES, Florencia | CHAHLA, Rossana | PERAL DE BRUNO, María

Universidad Nacional de Tucumán

Introducción: La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) constituye una de las principales causas de morbimortalidad materno-fetal a partir de las 20 semanas. Si bien ha habido un notable avance en su comprensión aún quedan aspectos por dilucidar. Hipotetizamos que durante el 1er trimestre podrían ocurrir cambios subclínicos que llevarían al desarrollo de HIE.

Objetivos: Evaluar la función vascular, variabilidad de la frecuencia cardíaca latido a latido (VFC) durante el primer trimestre del embarazo y correlacionar con la aparición de hipertensión inducida por el embarazo (HIE) a partir del 2do trimestre.

Materiales y Métodos: Se siguió una cohorte de mujeres que concurren al Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes (Tucumán) sin antecedentes de HIE en embarazos anteriores. Se dividió a las pacientes en 2 grupos (con HIE; n=10 y sin HIE; n=30) de acuerdo a si al final del embarazo actual desarrollaron HIE. Durante el 1er trimestre se evaluó: - Función endotelial (FE): por oximetría de pulso digital, evaluando el cambio en porcentaje (%) de incremento de la altura de la onda luego de una oclusión suprasistólica de 5 minutos (hiperemia reactiva). - Rigidez arterial (RA): mediante la relación de altura sistólica/diastólica en las ondas de pulso. -VFC: se estudio en un registro continuo (3 minutos) de las ondas de pulso en reposo. Se digitalizo la frecuencia cardiaca instantánea latido a latido y se procesó (programa Kubius HRV) calculando: índice simpático (SNS) y parasimpático (PNS), variables de dominio de tiempo, dominio de frecuencia y evaluación no lineal ("Poincare plot"; eje trasverso: SD1 y longitudinal. SD2). Análisis estadístico: Los datos se expresaron como promedio±error standard. Se consideró estadísticamente significativa una probabilidad < a 5% (p <0,05). Se utilizó test t de Student o Correlación de Pearson. El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación de Ética (Dirección de Investigación-Ministerio de Salud -Tucumán). Todas las participantes dieron su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento.



Resultados: Al final del embarazo el grupo con HIE presentó mayores valores de presión arterial (PA) sistólica (sin HIE: 109±2 mmHg vs. con HIE: 136±10 mmHg; p<0,01) y diastólica (sin HIE: 72±1 mmHg vs. con HIE: 87±6 mmHg; p<0,01). En el 1er trimestre la PA estuvo dentro de rangos normales; sin embargo HIE presentó mayores valores de PA sistólica (sin HIE: 105±2 mmHg vs. con HIE: 113±13; p<0,05) sin cambios en la PA diastólica. La FE fue mayor en sin HIE (sin HIE: 115±19% vs. con HIE: 37±26%; p<0,05). En sin HIE la FE fue mayor en las mujeres con menores cifras de PA sistólica (Figura 1). Esta correlación negativa no se observó en con HIE. La RA fue similar en ambos grupos. En ambos grupos el SNS estuvo aumentado (sin HIE: 2,37±0,2 vs. con HIE: 2,31±0,5; p: NS) y el PNS inhibido. Sin embargo en sin HIE esta inhibición fue mayor (sin HIE: -0,89±0,11 vs. con HIE: -0,45±0,22; p<0,05). En cuanto a la VFC, no hubo diferencias en las variables de dominio de tiempo y de frecuencia. Sin HIE presentó una mayor relación SD2/SD1 (sin HIE: 1,5±0,1 vs. con HIE: 1,3±0,1; p<0,05).

Conclusiones: Demostramos que ya desde el 1er trimestre del embarazo, y aún con valores normales de PA, existen cambios funcionales que indican un posible desarrollo de HIE en ese embarazo. Estos cambios implican disminución de la FE y algunos parámetros de la VFC que impactarían en un pequeño incremento de la PA sistólica. El rol protector de la FE se ve reforzado por su correlación con la PA sistólica, que desaparece en con HIE. Hipotetizamos un rol compensador del SNP en las pacientes que desarrollarán HIE, que sería evidente por su menor inhibición en este grupo.

0213 - COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 70 AÑOS.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

VERGARA, Juan Manuel | SANCHEZ BUSTAMANTE, Santiago | COSTA, Pablo | DUCKWEN, Florencia | FERNANDEZ, Gonzalo | ROSSI, Emiliano | PIZARRO, Rodolfo | MAID, Gustavo Fabián

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La ablación por radiofrecuencia de venas pulmonares (VP), es un método frecuentemente usado como tratamiento para la fibrilación auricular (FA) refractaria a terapia farmacológica. Actualmente las tasas de mantenimiento de ritmo sinusal post ablación de VP es alta. En los últimos años la indicación de ablación fue alcanzando grupos etarios cada vez mayores.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es comparar los resultados de seguridad y efectividad de la ablación de venas pulmonares (AVP) con radiofrecuencia y mapeo electro anatómico en pacientes mayores y menores de 70 años en un centro de alto volumen.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes que se realizaron AVP para tratamiento de FA en el periodo transcurrido entre los años 2018 y 2020. Se incluyeron pacientes ablacionados y se los siguió durante un año. Se dividieron a los pacientes ablacionados en 2 grupos. Grupo A, menores de 70 años y Grupo B, de 70 años o más. Se compararon las tasas de complicaciones y recurrencia de FA entre ambos grupos mediante log rank test. La recurrencia se definió como cualquier episodio de fibrilación auricular, taquicardia auricular o aleteo auricular ocurrido entre los 3 y 12 meses posteriores a la ablación, que haya sido registrado por ECG, holter, y/o dispositivo implantado y que haya durado más de 30 segundos.

Resultados: Se incluyeron 239 pacientes. La edad promedio fue de 62,4 años. 171 (71.5%) pacientes tenían menos de 70 años (grupo A) y 68 (28.5%) tenían más de 70 (Grupo B). La tabla 1 resume las características de los dos grupos. No se observan diferencias significativas excepto en el score CHA2DS2VASC2 y HASBLED. Se observa una diferencia significativa a favor del uso de flecainida en el grupo A. El porcentaje de FA paroxística, persistente y persistente de larga duración en el grupo A fue de 63.1%, 30.4% y 6,4% respectivamente, mientras que en el grupo B la incidencia fue de un 47.06%, 44.12% y 7.11%. Se observó un predominio mayor de pacientes con FA paroxística en el grupo A que en el B, sin diferencias significativas en el resto de los subtipos de FA. Se registraron 32 recidivas (22%), y se observaron 5 complicaciones en el grupo A y 3 en el grupo B (p 0.55). El promedio de días de internación fue de 1,39.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos etarios en la recurrencia de FA ni en las complicaciones de la AVP. La ablación de venas pulmonares puede considerarse un procedimiento seguro y efectivo en pacientes mayores de 70 años.

		Total n = 239	<70 n = 171	>70 n = 68
Edad		62,4	58,1	73,3
Mujeres		25,52 (61)	22,2 (38)	33,8 (23)
HTA		54,3 (130)	49,1 (84)	67,6 (46)
DBT		10,4 (25)	12,2 (21)	5,8 (4)
DLP		38,9 (93)	35,6 (61)	47,1 (32)
IRC		6,2 (15)	5,8 (10)	7,3 (5)
BMI		28,6 (± 3,5)	28,7 (± 3,5)	28,2 (± 3,5)
Enfermedad Coronaria		4,18 (10)	2,3 (4)	8,8 (6)
Enfermedad vascular periférica		1,25 (3)	1,7 (3)	0
Enfermedad cerebrovascular		2,5 (6)	1,7 (3)	4,4 (3)
CHA2DS2VASC		1,7 (± 1,4)	1,3 (± 1,3)	2,8 (± 1,2)
HASBLED		1,2 (± 1)	0,9 (± 1)	1,8 (± 0,6)
FA	Paroxística	58,5 (140)	63,1 (108)	47,1 (32)
	Persistente	34,3 (82)	30,4 (52)	44,1 (30)
	Persistente LS	6,6 (16)	6,4 (11)	7,4 (5)
Fracción de eyección		57,2 (± 10,3)	56,1 (± 11,1)	59,4 (± 8,3)
Diámetro de aurícula izquierda		4,38 (± 0,7)	4,35 (± 0,7)	4,48 (± 0,6)
Volumen de aurícula izquierda		81,7 (± 32,2)	80,4 (± 34,6)	84,2 (± 26,3)
Volumen indexado de aurícula izquierda		41 (± 14,9)	39,8 (± 15,6)	43,6 (± 12,9)
Area de aurícula izquierda		25,6 (± 6,6)	25,3 (± 6,5)	26 (± 6,8)
Medicación	BB	44,3 (106)	46,2 (79)	41,1 (28)
	Bloq C	0,8 (2)	1,16 (2)	0
	Amiodarona	33,8 (81)	34,5 (59)	30,1 (21)
	Flecainida	18,8 (45)	23,4 (40)	7,4 (5)
	Propafenona	2,9 (7)	2,3 (4)	4,4 (3)
	Sotalol	0,83 (2)	0,6 (1)	1,5 (1)

Los datos expresados media (±DE), mediana (RIC), o n (%).

0215 - ¿PUEDE LA ALTA CARGA TROMBÓTICA PREDECIR DILATACIÓN VENTRICULAR DERECHA POR ECOCARDIOGRAFÍA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO?

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | IWANOWSKI, Mateo | TORRES, Nicolás Arturo | SPAINI, Emilia Macarena | SANTUCCI, Jose Carlos | BIVORT HAIEK, Mateo | BONORINO, José

Hospital Universitario Austral

Introducción: El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) es la tercera causa de muerte cardiovascular. La dilatación del ventrículo derecho identifica una población más grave por lo que descartar esta condición es fundamental en la estratificación de riesgo. La angiotomografía de tórax con protocolo para TEP (Angio-TAC) es el método de imagen inicial recomendado para su diagnóstico y asimismo permite descartar la dilatación del ventrículo derecho cuando el estudio es gatillado por el electrocardiograma, aunque requiere personal entrenado para evaluar los diámetros cuando la Angio-TAC no es gatillada por el electrocardiograma. Se desconoce si la presencia de alta carga trombótica (ACT) en una Angio-TAC es útil para predecir dilatación del ventrículo derecho en el ecocardiograma (ECO).

Objetivos: Determinar si la existencia de ACT utilizando el score de Miller modificado (MMS), que es una adaptación del estudio angiográfico para la Angio-TAC, es útil para predecir dilatación del ventrículo derecho determinada por ECO.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional unicéntrico efectuado en un Hospital Universitario Argentino. Se incluyeron en el estudio los pacientes hospitalizados por TEP durante el período 2008-2018 que contaran con una Angio-TAC en la que se pudiera cuantificar la carga trombótica. Se definió dilatación ventricular derecha a la presencia de dilatación de esta cámara en el eje largo paraesternal o al cociente entre los diámetros del ventrículo derecho / ventrículo izquierdo > 1.0 junto a hipocinesia de la pared libre o reducción de la excursión del plano del anillo tricuspídeo en el modo-M < 16 mm. Se definió ACT a la presencia de un MMS > 22.

Resultados: De un total de 230 pacientes de nuestro registro, se incluyeron 152 pacientes. Se identificaron 39 pacientes con ACT y 113 pacientes con baja carga trombótica. Se realizó un análisis univariado de cada una de las poblaciones. Los datos poblacionales se muestran en la Tabla. Se realizó un análisis multivariado para evaluar la predicción de dilatación del ventrículo derecho utilizando la carga trombótica dicotomizada en alta y baja carga según el MMS ajustado por sexo y edad. La ACT predijo dilatación del ventrículo derecho ajustado por sexo y edad (OR 2.94, IC 95% 1.3-6.65; p=0.01). Asimismo se observó que la edad

VARIABLE	Carga Trombótica Baja n:113 (%)	Carga Trombótica Alta n:39 (%)	Valor de p
UNIVARIADO			
Edad	60.6 años	59.6 años	ns
Mujeres	62 (54.8)	21 (53.8)	ns
Neoplasia activa	40 (35.3)	11 (28.2)	ns
PESts igual a cero	37 (32.7)	16 (41.0)	ns
Disnea	77 (68.1)	31 (79.4)	ns
Shock	4 (3.5)	3 (7.6)	ns
Taquicardia sinusal	41 (36.2)	18 (46.1)	ns
Ondas T (-) V1-V4	8 (7)	11 (28.2)	0.0001
Bloqueo Rama Derecha	15 (13.2)	7 (17.4)	ns
Patente SIQST3	21 (18.5)	12 (30.7)	ns
Troponina elevada	39 (34.5)	21 (53.8)	ns
Dilatación del VD	23 (20.3)	16 (41.0)	0.01
Disfunción del VD	26 (23)	15 (38.4)	0.06
MULTIVARIADO (predicción Dilatación VD)	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Alta Carga Trombótica	2.94	1.3-6.6	0.01
Edad	1.03	1.01-1.06	0.01

ajustada por carga trombótica y sexo, también predijo dilatación del ventrículo derecho (OR 1.03, IC 95% 1.01-1.06; p=0.01) con una curva ROC 0.68.

Conclusiones: En nuestra población la presencia de ACT predijo dilatación del ventrículo derecho. A mayor edad, es más probable que la ACT correlacione con dilatación del ventrículo derecho. Esta herramienta podría ser de utilidad en la estratificación de riesgo en centros que no cuentan con ECO las 24h.

0216 - ¿LA PRESENCIA DE ALTA CARGA TROMBÓTICA INCREMENTA LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO Y DILATACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO?

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BONORINO, José | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | IWANOWSKI, Mateo | TORRES, Nicolás Arturo | PIOVANO, Maria Victoria | GARCÍA JUÁREZ, Guido Manuel | SANTUCCI, Jose Carlos | BILBAO, Jorge

Hospital Universitario Austral

Introducción: El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) es la tercera causa de muerte de origen cardiovascular. La angiotomografía de tórax con protocolo para TEP (Angio-TAC) es el método de imagen inicial recomendado para su diagnóstico y asimismo permite evaluar los diámetros ventriculares. La cuantificación de la carga trombótica como factor de riesgo en el TEP es controversial y su utilidad para predecir mayor mortalidad intrahospitalaria en pacientes que además tienen dilatación del ventrículo derecho por ecocardiografía (ECO) se desconoce.

Objetivos: Determinar si en el TEP, la presencia de alta carga trombótica (ACT) utilizando el score de Miller modificado (MMS) que es una adaptación del estudio angiográfico para la Angio-TAC, incrementa la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes que presentan dilatación del ventrículo derecho por ECO.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional unicéntrico efectuado en un Hospital Universitario Argentino. Se incluyeron en el estudio los pacientes hospitalizados por TEP durante el período 2008-2018 que contaran con una Angio-TAC en la que se pudiera cuantificar la carga trombótica. Se definió dilatación ventricular derecha por ECO, a la presencia de dilatación de esta cámara en el eje largo paraesternal o al cociente entre los diámetros

VARIABLE	VD DILATADO	VD DILATADO	Valor de p
	Carga trombótica BAJA (n:23)	Carga trombótica ALTA (n:16)	
Edad (media)	68 (13)	62 (19)	ns
Sexo femenino	11 (47.8%)	8 (50%)	ns
HTA	18 (78.2%)	8 (50%)	ns
Disnea	21 (91.3%)	15 (93.7%)	ns
Dolor precordial	3 (13%)	3 (18.7%)	ns
Síncope	2 (8.6%)	2 (12.5%)	ns
PESts igual a cero	20 (86.9%)	10 (62.5%)	ns
Frecuencia cardíaca	99 (DS 19)	98 (DS 23)	ns
Presión arterial sistólica	126 (22)	124 (17)	ns
Saturación de oxígeno	92 (4)	92 (2)	ns
Taquicardia sinusal	14 (60.8%)	8 (50%)	ns
Ondas T(-) V1-V4	5 (21.7%)	6 (37.5%)	ns
Bloqueo de rama derecha	5 (21.7%)	3 (18.7%)	ns
Troponina elevada	14 (60.8%)	12 (75%)	ns
Trastorno motilidad del VD	15 (65.2%)	11 (68.7%)	ns
MUERTE por TEP	2 (8.6%)	2 (12.5%)	ns

del ventrículo derecho / ventrículo izquierdo > 1.0 junto a hipocinesia de la pared libre o reducción de la excursión del plano del anillo tricuspídeo en el modo-M < 16 mm. Se definió ACT a la presencia de un MMS > 22.

Resultados: De un total de 230 pacientes de nuestro registro, se incluyeron 152 pacientes. Edad 64 ± 16 años (femeninos 54,6%). Se realizó un análisis univariado ajustado por edad y sexo. Los datos poblacionales se muestran en la Tabla. Del total de pacientes incluidos en el análisis, 39 pacientes presentaron dilatación del ventrículo derecho de los cuales 23 tenían carga trombótica baja y 16 ACT. Se efectuó un análisis multivariado de cada una de las poblaciones. Los pacientes con dilatación del ventrículo derecho y ACT presentaron una tendencia no significativa a mayor mortalidad por TEP respecto de aquellos con carga trombótica baja (12.5 vs 8.6%; p:ns).

Conclusiones: En nuestra población, la ACT no incrementó la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes que presentaban dilatación del ventrículo derecho. La cuantificación de la carga trombótica tendría un valor limitado en la estratificación de riesgo de los pacientes con TEP que presentan dilatación del ventrículo derecho.

0217 - LA EDAD AVANZADA EN FORMA AISLADA NO CONSTITUYE UNA LIMITACIÓN PARA EL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO QUIRÚRGICO

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

VACCARINO, Guillermo | BARATTA, Sergio Juan | BASTIANELLI, Gustavo Atilio | GUTIÉRREZ, Guillermo | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BILBAO, Jorge | MELCHIORI, Renzo Eduardo | HITA, Alejandro

Hospital Universitario Austral

Introducción: La estenosis aórtica severa sintomática es una enfermedad que se diagnostica con más frecuencia a mayor edad. La cirugía de reemplazo valvular aórtico (REEAO) sigue siendo el gold estándar para pacientes (p) con estenosis aórtica severa sintomática por disnea, angina o síncope, con el objetivo principal de mejorar tanto la calidad como la expectativa de vida.

Objetivos: Evaluar las características clínicas preoperatorias de los p mayores de 75 sometidos a reemplazo valvular aórtico y comparar los resultados de morbilidad postoperatoria a 30 días con una muestra consecutiva de menor edad.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de todos los p sometidos a REEAO con recolección de datos de las historias clínicas electrónicas y análisis de base de datos. Como estrategia institucional, los pacientes añosos son evaluados por un equipo multidisciplinarios para ser adecuadamente seleccionados y preparados para la cirugía.

Resultados: De un total de 228 p consecutivos intervenidos de REEAO entre enero del 2011 y diciembre del 2020, 46 p (16%) presentaron edad mayor a 75 años (G1) y 182 p (84%) edad menor a 75 años (G2). El G1 presentó mayor presencia de hipertensión arterial (89.1% vs 71.9% p: 0.001), diabetes (32.6% vs 17.5% p: 0.02), dislipemia (76% vs 52.7% p: 0.0004), colocación de marcapasos definitivo previo a la cirugía (8.6% vs 1.6% p: 0.002). El riesgo medido por Euroscore II fue mayor en el G1 con respecto al G2 (expresado como mediana e intervalo intercuartilo): 2.49 [1.5-3.9] vs. 1.78 [1.1-3.1]. En cuanto a los datos intraoperatorios del G1, requirió menor tiempo de CEC expresado en minutos (78.5 ± 24.1 vs 90.3 ± 36.3) y mayor incidencia de mini-esternotomía vs esternotomía completa (28.2% vs 14.2% p: 0.02). La morbilidad se detalla en la tabla 1, observándose únicamente mayor necesidad de asistencia respiratoria prolongada en el G1 (10.8% vs 2.1% p: 0.006).

Conclusiones: En nuestra experiencia los p mayores de 75 años seleccionados para REEAO presentaron mayor riesgo quirúrgico validado por Euroscore II y mayor comorbilidades preoperatorias, sin diferencias estadísticamente significativas en los eventos duros del postoperatorio (Muerte, ACV, Infarto). En este sentido, la edad avanzada en forma aislada no debería ser una limitación para el reemplazo valvular aórtico quirúrgico ya que la cirugía de alta calidad puede efectuarse con resultados óptimos.

	Grupo 1 >75 años (n: 46)	Grupo 2 <75 años (n: 182)	Total (n: 228)	Valor p
Óbito	1 (2.1%)	3 (1.6%)	4 (1.7%)	NS
IAM	0	1 (0.5%)	1 (0.4%)	NS
ACV	0	0	0	NS
TIA	1 (0.5%)	0	1 (0.4%)	NS
Marcapasos	2 (4.3%)	5 (2.7%)	6 (2.5%)	NS
Inotrópicos 24 hs.	5 (10.8%)	9 (4.9%)	14 (6.1%)	NS
Sangrado mayor	1 (2.1%)	3 (1.6%)	4 (1.7%)	NS
FA	15 (32.6%)	47 (25.8%)	62 (27.1%)	NS
Dialisis	1 (2.1%)	0	1 (0.4%)	NS
IRA oligúrica	3 (6.5%)	6 (3.2%)	9 (3.9%)	NS
Mediastinitis	1 (2.1%)	3 (1.6%)	4 (1.7%)	NS
ARM	5 (10.8%)	4 (2.1%)	9 (3.9%)	0.006

Tabla 1: Resultados de morbilidad a 30 días.
IAM: infarto de miocardio; ACV: accidente cerebrovascular; TIA: accidente neurológico transitorio; Sangrado mayor que requirió exploración quirúrgica; FA: fibrilación auricular; IRA: insuficiencia renal aguda; ARM: requerimiento de asistencia respiratoria mecánica mayor a 24 hs.

0218 - ROL DE LAS ESTATINAS EN LA REDUCCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA ELECTIVA VALVULAR O COMBINADA.

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

SEOANE, Leonardo Adrián | ESPINOZA, Juan Carlos | VERNA HERLEIN, Guillermo | PICCININI, Fernando | CLUSA, Manuel | BARO, Rocío | WECKESSER, Federico Ivan | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Existe evidencia que demuestra que premedicar con atorvastatina a pacientes sometidos a cirugía cardíaca electiva reduce la incidencia de fibrilación auricular postoperatoria (FAP). Otros estudios realizados con rosuvastatina en el mismo escenario clínico, no han demostrado diferencias significativas, y se asoció a mayor tasa de insuficiencia renal aguda. Al existir evidencia antagónica, se desconoce si existe realmente un efecto protector de las estatinas en cirugía cardíaca.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es demostrar si la utilización de estatinas reduce la fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía cardíaca electiva valvular, o combinada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional analítico, unicéntrico, retrospectivo. La recolección de información se realizó a través de la base de datos informatizada del servicio de Cirugía Cardíaca. Se incluyeron todos los pacientes mayores a 18 años sometidos a cirugía cardíaca electiva valvular, o combinada (valvular + cirugía de revascularización miocárdica), entre enero de 2007 y abril de 2021. Se los analizó en dos grupos: aquellos que recibieron estatinas preoperatoria (Est), y aquellos que no (Nest). Se excluyeron procedimientos de emergencia, trasplantes cardíacos, cirugías coronarias aisladas, congénitas, de aorta ascendente, pacientes con antecedente de fibrilación auricular previa, insuficiencia renal crónica, o transaminasas elevadas. Como punto final primario se evaluó la tasa de fibrilación auricular postoperatoria. Como puntos finales secundarios se incluyeron: mortalidad intrahospitalaria, estadía hospitalaria, infarto periprocedimiento, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal aguda (IRA). Para el análisis estadístico se utilizó prueba de t de Student, la U de Mann-Whitney y modelos de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 2765 pacientes (1395 en grupo Est, y 1370 Nest). La edad global de la población fue de 70.6 años \pm 8.9. La mortalidad global fue de 3.3 %. El 72,4 % presentó Hipertension arterial (HTA), el 17,7% diabetes (DBT), y el 9,9% enfermedad coronaria

previa. Cabe destacar que la población que recibió estatinas previa a la cirugía tenía mayor prevalencia de HTA, DBT, enfermedad renal crónica, infarto agudo de miocardio (IAM) previo y edad. La tasa global de FAP fue del 25,4%, y la mortalidad del 3,3%. En el grupo Est se observó FAP en el 24,7%, y en el grupo Nest en el 26,1% (p: 0,538). Respecto a los puntos finales secundarios, no hubo diferencia de mortalidad entre ambos grupos. Los demás eventos perioperatorios fueron también similares, en el grupo Est y Nest (Tabla)

EVENTO	GLOBAL (n=2765)	S/EST (n= 1370)	C/EST (n= 1395)	P=
FA % (n)	25.4 (691)	26.1 (357)	24.7 (344)	0,538
MORTALIDAD % (n)	3.3 (91)	3.5 (47)	3 (41)	0,483
ACV % (n)	0.9 (248)	0.8 (10)	0.9 (12)	0,602
IRA % (n)	13.6 (376)	13.1 (179)	14.1 (196)	0,310
IAM % (n)	0,9 (248)	0,8 (10)	0,9 (12)	0,602

Conclusiones: La utilización de estatinas previa a cirugía cardíaca electiva valvular, o combinada no se asoció a menor tasa de fibrilación auricular postoperatoria.

0225 - LA RESPUESTA LEUCOCITARIA Y EL GRADO DE REPERFUSIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

TOROSSI, Maria Eugenia | GAY PAPP, Matias | BERNACHEA, Sergio Alvaro | SOSA ERRO, Maria Florencia | JARA, Jorge Maximiliano | HORAK, Francisco | PICCHIO, Diego Huberto

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

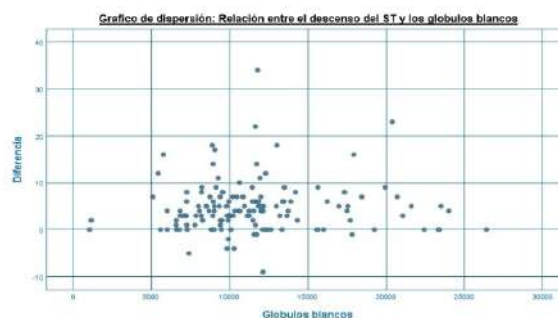
Introducción: La respuesta leucocitaria en el infarto agudo de miocardio es un componente central del grado de activación del sistema inflamatorio sistémico a la lesión, el cual, entre más área de necrosis exista, mayor será la respuesta sistémica y local. Es por ello, que el valor sérico de leucocitos y su correlación con el grado de descenso del segmento ST posterior a la

reperusión podría representar un predictor pronóstico en los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

Objetivos: Determinar la relación de los niveles séricos de leucocitos al ingreso hospitalario y el descenso del segmento del ST mayor al 50% posterior a la reperusión en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, analítico y observacional. Se incluyeron pacientes mayor o igual a 18 años de edad con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST a quienes se realizan angioplastia primaria exitosa, admitidos a la Unidad Coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2018 y el 30 de septiembre de 2020. El punto final primario fue la relación entre el descenso del segmento ST mayor al 50% posterior a la reperusión y los niveles séricos de leucocitos al ingreso hospitalario.

Resultados: Se incluyeron un total de 144 pacientes, con una edad media de 65 ± 12.2 años. El 73% eran de sexo masculino, 79% (n=114) hipertensos, 30% (n=44) diabéticos, 24% (n= 35) tenían enfermedad coronaria previa. El 47% los pacientes presentaron un descenso del segmento ST postangioplastia mayor al 50%, con una media de disminución de 4,6 mm (-9 a 34 mm) (Tabla 1). Con respecto al punto final primario no hubo diferencias estadísticamente significativas (95% IC; p= 0,18) (Grafico 1).



Conclusiones: En este estudio no se observó una relación proporcional entre el valor sérico de leucocitos y el grado de descenso del segmento ST posterior a la reperusión en los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

0230 - ¿PODEMOS PREDECIR LA PRESENCIA DE ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA A TRAVES DE LAS VARIABLES QUE CONSTITUYEN EL SCORE ASCVD EN SUJETOS DE RIESGO BAJO Y BORDERLINE?

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

GONZÁLEZ, Sergio Ariel | BRENZONI, Maria Noelia | ALARCON, Pamela Andrea | CHIABAUT SVANE, Jorge Alberto | MELCHIORI, Renzo Eduardo | CIPRIANI, Bruno | FERRONI, Fabian Edie | CASTELLARO, Carlos

Hospital Austral

Introducción: La aterosclerosis subclínica carótidea-femoral (ATE) se asocia con un aumento del riesgo de eventos (RCV) en prevención primaria cardiovascular (PPCV). El estudio PESA mostró presencia de ATE pacientes de mediana edad con RCV bajo/borderline (B/B) según el score ASCVD. La identificación de variables constitutivas del ASCVD con carácter predictivo de ATE en pacientes de subgrupos B/B podría ser de ayuda para estimar más eficientemente el RCV y decidir el tratamiento de éstos pacientes.

Objetivos: 1- Analizar cada una de las variables constitutivas del score ASCVD en relación con ausencia/presencia de ATE 2- Evaluar el carácter predictivo independiente de ATE de cada una de estas variables.

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente 3460 pacientes en PPCV, que se realizaron un rastreo de ATE con ecodoppler carotideo-femoral y laboratorio durante la realización de un programa de evaluación de RCV. Se incluyeron pacientes con variables en niveles que permitieran el cálculo del score ASCVD 2013 resumido (edad 40 a 79 años, Presión sistólica 90 a 200 mmHg, Colesterol total 130 a 320 mg/dL HDL 20 a 100 mg/dL) e información acerca de presencia/ausencia de diabetes, tabaquismo y de antecedente de tratamiento por HTA. Se excluyeron los pacientes tratados con estatinas y con clearance creatinina <60 mL/min/m². Se calculó el score ASCVD a 10 años en los 1768 que cumplieron estas condiciones, ingresando en el análisis subsecuente sólo aquellos pacientes con un score ASCVD compatible con RCV B/B (0 a 7.4 %). Se evaluaron las variables constitutivas del ASCVD en forma univariada según ausencia/presencia de ATE (Mann Whitney- χ^2), y finalmente se realizó una regresión logística para determinar predictores independientes de ATE en esta población.

Resultados: Ingresaron finalmente al estudio 1350 pacientes con score ASCVD entre 0-7.4%, de los cuales 221 (16.3%) tuvo ATE. En el análisis univariado el grupo con ATE presentó mayor edad, menores niveles de HDL y mayores niveles de Colesterol total y de PAS, además de una mayor prevalencia de tabaquismo y de tratamiento para hipertensión (Fig 1). En la regresión logística la edad (OR 1.10, 1.07-1.14 $p < 0.0001$), el sexo masculino (OR 2.88, 2.00-4.14 $p < 0.0001$), y los antecedentes de HTA (OR 1.58, 1.06 -2.33 $p = 0.0178$) y de tabaquismo (OR 3.94, 2.51- 6.20) fueron los predictores de ATE en ASCVD B/B ($p < 0.0001$), con una elevada capacidad de clasificación de casos positivos (83.5%) y con una adecuada calibración confirmada por test de Hosmer & Lemeshow ($P = 0.97$).

	Sin ATE (n= 1129)	Con ATE (n=221)	p
Edad (años)	48.3 ± 5.9	50.3 ± 6.12	<0.001
Hombres (%)	45.3	67	<0.001
Colesterol Total (mg/dl)	206.1 ± 33.9	212.7 ± 37.8	0.002
HDL (mg/dl)	54.8 ± 13.3	50.8 ± 12.3	0.0001
PAS (mmHg)	120.9 ± 13.7	124.3 ± 12.4	0.0001
Tratamiento HTA	15.1	23.5	<0.001
Tabaquismo (%)	0.83	1.72	0.0001
Diabetes (%)	2.13	0.9	0.34

Conclusiones: En nuestra población el incremento de la edad, el antecedente de tabaquismo y de tratamiento para HTA en hombres con RCV bajo y borderline según ASCVD podrían estar alertándonos sobre la presencia de ATE y, por ende, de un incremento relativo de su RCV.

0239 - HIPERPOTASEMIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. "UNA ASOCIACION PELIGROSA" SUBESTUDIO DEL REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (ARGEN IC)

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

SORASIO, Guillermina | SORICETTI, Julieta | SANTUCCI, Jose Carlos | MARTURANO, María Pía | GUAZZONE, Analia Laura | HIRSCHSON PRADO, Alfredo | FERNANDEZ, Alberto | LESCANO, Adrián José

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una entidad que cursa con elevada morbimortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento. La hiperpotasemia es una alteración poco evaluada que se asocia a eventos adversos durante la hospitalización y limita la administración de fármacos que demostraron ser eficaces en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la relación de hiperpotasemia en la ICA y su impacto en el pronóstico.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional, que incluyó a pacientes internados con diagnóstico de ICA y un seguimiento de 12 meses post-alta. Se valoraron las cifras de potasio al ingreso y se definió hiperpotasemia significativa con un valor de potasio mayor a 5.5 meq/l e hiperpotasemia leve mayor a 5 meq/l. Se determinó la correlación de la misma con mortalidad intrahospitalaria y variables demográficas (edad mayor a 70 años, sexo), clínicas (insuficiencia renal al ingreso, insuficiencia renal crónica (IRC), terapéuticas (tratamiento previo con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antialdosterónicos, furosemida, Beta bloqueantes) y ecocardiográficas (fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) mayor a 40 mm Hg). En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. El análisis multivariado se realizó con regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. La significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$ y se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 909 pacientes, con una edad media de 72.2 (DS 14) años y 60.5% de sexo masculino. En las características basales se destacaron la prevalencia de diabetes (33%), IAM previo (17%) y fibrilación auricular (31%). La media de potasio al ingreso fue de 4.1 meq/l (± 0.63) y el 10.3% presentó niveles de potasio mayores a 5.5 meq/l que se asociaron con mortalidad intrahospitalaria ($p < 0.001$) del 7.3%. Por otra parte, se observó una correlación significativa entre hiperpotasemia y variables como insuficiencia renal al ingreso (tasa de filtrado glomerular < 60 ml/m²) ($p < 0.000$), IRC ($p < 0.000$), edad mayor a 70 años ($p < 0.002$), tratamiento previo con antialdosterónicos ($p < 0.030$) y furosemida ($p < 0.03$), sin diferencias en aquellos que recibían B bloqueantes ($p < 0.07$) e IECA ($p < 0.2$) y tampoco hubo diferencias según la variable sexo ($p < 0.43$). Con respecto al Ecocardiograma Doppler la FEVI se asoció con hiperkalemia de manera significativa ($p < 0.000$). El análisis multivariado demostró que la IRC (OR 3.4 95% IC 2.03-5.7, $p < 0.000$), el tratamiento previo con antialdosterónicos (OR 1.98 95% IC 1.14-3.44, $p < 0.01$) y la FEVI (OR 2.84 95% IC 1.65-4.88, $p < 0.000$) fueron los factores predictores de la presencia de hiperkalemia. El modelo presenta un área bajo la curva ROC de 0.69

Conclusiones: La prevalencia de hiperpotasemia mayor a 5.5 meq/l fue del 10% y se asoció de forma significativa con mortalidad hospitalaria en ICA. Entre los predictores de hiperpotasemia se destacan la IRC, el tratamiento previo con antialdosterónicos y la FEVI mayor al 40%.

Análisis multivariado Hiperpotasemia	OR	95% IC	P
IRC	3.4	2.03-5.7	0.000
Tratamiento con antialdosterónicos	1.98	1.14-3.44	0.01
FEVI > 40%	2.84	1.65-4.88	0.000

0252 - PERFIL LIPÍDICO EN EL INFARTO: ¿QUÉ TAN RESPONSABLE ES?

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | MAURO, Víctor Miguel(2) | FAIRMAN, Enrique(1) | CHARASK, Adrian(1) | CACERES, Leonardo(1) | GARCIA MANGHI, Ramiro Joaquin(1) | BARRERO, Carlos Manuel(2)

CLINICA SANTA ISABEL (1); Clínica Bazterrica (2)

Introducción: La dislipemia es uno de los factores de riesgo coronario (FRC) más clásicos para infarto descrito hace ya muchos años. En la actualidad, la población es más consciente de sus FRC, que habitualmente conoce y trata. Sin embargo, el infarto sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo occidental.

Objetivos: 1. Conocer el perfil lipídico de una población contemporánea que ingresa con infarto agudo de miocardio y 2. Evaluar si existen diferencias en el mismo de acuerdo a si se trata de pacientes con un primer infarto o de aquellos con infarto previo

Materiales y Métodos: análisis retrospectivo y consecutivo de nuestra base de datos de pacientes ingresados a UCO con infarto con elevación del ST (IAM) en los cuales estuviera disponible el perfil lipídico (PL) completo, tomado en ayunas a la mañana siguiente de su ingreso. Se analizaron los valores de colesterol (COL) total, LDL, TG y HDL (mediana y RIC 25-75%). Se calculó la frecuencia de pacientes con COL total >200 mg/dl, LDL >160 mg/dl, HDL <50 mg/dl, LDL <100 mg/dl y uso de estatinas. Se evaluó asimismo si existían diferencias significativas en el PL entre los pacientes con y sin antecedentes de infarto previo. Se utilizaron pruebas de chi cuadrado y Fisher según correspondiera. Se consideró significativa un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 394 pacientes, durante un período de 4 años consecutivos. Edad (mediana): 60 años (52-68,5), 76% hombres, HTA:48%, DBT:18%, Dislipemia 42%, TBQ: 47%. Reperfundidos 90%. IAM anterior 46%. Mortalidad: 2%

Conclusiones: De los pacientes que ingresan por un primer infarto, sólo 1 de cada 3 tienen un colesterol total mayor a 200 mg/dl y 1 de cada 10p presenta un

	Global (394p, 100%)	Primer IAM (31p, 8%)	Con IAM previo (363p, 92%)	p
Colesterol mediana	183 (158-210)	183 (160-212)	174 (138-206)	0,24
LDL mediana	112 (88-137)	112(88-138)	110 (77-130)	0,09
HDL mediana	43 (35-51)	43(35-51)	42 (34-51)	0,7
TG mediana	125 (88-174)	124 (88-170)	130 (93-196)	0,4
Col > 200 mg/dl	34,8 %	35,2 %	29,6 %	0,4
LDL > 160 mg/dl	10%	10,2%	3,3%	0,18
LDL < 100 mg/dl	35,5%	35%	45%	0,17
HDL <50 mg/dl	71%	71%	71%	0,5
Uso de estatinas	35	30	70	<0,001

LDL mayor a 160 mg/dl. El perfil de colesterol total al ingreso de acuerdo al antecedente o no de infarto es similar, pese a que aquellos que han tenido infarto previo tienen un uso significativamente mayor de estatinas. Sin embargo, solo la mitad de ellos tienen LDL < 100 mg/dl, probablemente relacionado a una subutilización de la medicación hipolipemiante. Es de notar que 7 de cada 10p tienen un HDL < 50 mg/dl, aunque su implicancia clínica todavía es discutida. Finalmente, de acuerdo con este estudio observacional, no se desprende que los valores del PL hayan tenido un rol determinante en el primer infarto de los pacientes. Esta observación resalta la importancia de otros factores de riesgo clásicos que deben ser tempranamente identificados y controlados.

0255 - CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA CON DOBLE MAMARIA INTERNA: EXPERIENCIA EN TRES CENTROS PATAGÓNICOS.

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

RAMOS, Patricio(1) | BARBOSA, Fernando(1) | FRONTERA, Esteban(1) | CAILLY, Victoria(2) | MOYANO, Claudio(2) | ROSOTTO, Nicolas(3) | PLOGER, Claudio(1) | DURET, Ana(1)

Clínica Pasteur (1); Sanatorio Juan XXIII (2); Hospital Castro Rendon (3)

Introducción: La cirugía con doble mamaria interna (DOMA) mejora la supervivencia y recurrencia de síntomas, asociándose a mejor sobrevida alejada sin eventos cardiovasculares. Si bien es una técnica que tiene mejores resultados y pronóstico a largo plazo, técnicamente es más difícil y se reserva para pacientes seleccionados.

Objetivos: Conocer las características basales, quirúrgicas, y evolución postquirúrgica, en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) con DOMA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, y analítico, que incluyó pacientes (p) posoperatorio (POP) de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en 3 centros patagónicos entre enero 2017 y marzo 2021. Se dividió la población en dos grupos, G1: CRM con un puente mamario interno (1AMI) y G2: DOMA. Se analizaron las características basales, quirúrgicas y evolución postoperatoria.

Resultados: Se incluyeron 257 p, con edad mediana 66 años (RIC 59-72), género masculino 84% (n=216), con antecedentes de diabetes 45,5% (n=117), hipertensión arterial 87% (n=224); se realizó cirugía electiva 82% (n=211), STS score 1,16 (RIC 0,7-2,7), se utilizó circulación extracorpórea en 2,7% (n=7), con mortalidad total de 2,3% (n=6) y en cirugía electiva de 0,95% (n=2). Observamos según los grupos: G1: 1AMI 55% (n=142) y G2: DOMA 45% (n=115). Los p del grupo DOMA eran más jóvenes 64 vs 68 años (p=0.0007), con menor porcentaje de HTA 81% vs 92,5% (p= 0,003) y diabetes 31% vs 57% (p=0,0001). También, presentaban menos antecedentes de enfermedad vascular periférica 26% vs 35% (p=0,04) y más angioplastia coronaria previa 24,3% vs 14,8% (p=0,027). La fracción de eyección por ecocardiograma en el grupo DOMA fue 54% comparado con 1AMI 46% (p=0,0001). En cuanto a las características quirúrgicas, solo observamos mayor tiempo quirúrgico en el DOMA (180 vs 150 minutos, p<0,0001), sin otras diferencias durante el procedimiento. No se encontró diferencias en la evolución: síndrome de bajo gasto cardiaco (G2 12% vs G1 12%, p=0,47), insuficiencia renal aguda (G2 4% vs G1 2%, p= 0,22) e infección de la herida (G2 8,7 vs G1 7%, p=0,31). El grupo de DOMA presentó durante la evolución más síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (15% vs 7%, p= 0,02) y menor mortalidad (0 vs 4,3%, p= 0,02).

Conclusiones: Los pacientes sometidos a CRM con DOMA eran más jóvenes, con menos factores de riesgo cardiovascular y mejor fracción de eyección por ecocardiograma. Si bien tuvieron tiempos quirúrgicos más prolongados, no hubo diferencias significativas en la evolución e incluso encontramos menor mortalidad.

0257 - EL ESTADO DEL VOLUMEN PLASMÁTICO SE ASOCIA INDEPENDIENTEMENTE A MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

GAMBARTE, María Jimena | HIGA, Claudio | NOVO, Fedor | CIAMBRONE, Graciana María | NOGUES, Ignacio | CRETA, Victoria | GINESI, Agustina | TUPAYACHI VILLAGOMEZ, Omar Dario

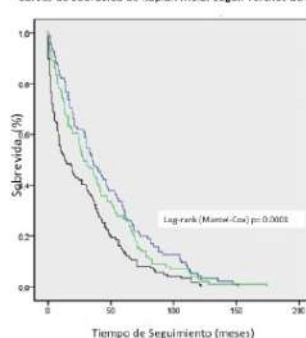
Hospital Alemán

Introducción: El volumen plasmático incrementado en los pacientes con insuficiencia cardíaca es valorado en forma subjetiva a través de los signos y síntomas de sobrecarga hídrica. Estudios recientes demuestran la valoración del mismo a través de una forma objetiva.

Objetivos: Evaluar la asociación entre volumen plasmático y mortalidad por cualquier causa en pacientes con insuficiencia cardíaca

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes >18 años de edad admitidos prospectivamente por insuficiencia cardíaca descompensada, afiliados a un Hospital de Comunidad. Se calculó el estado del volumen plasmático (eVP) como la diferencia entre el volumen plasmático real y el ideal, mediante la fórmula de Kaplan- Hakim: Volumen plasmático real (VPR): (1-hematocrito) x [a+(b x peso) a=1530 en hombres y 864 en mujeres; b=41 en hombres y 47.9 en mujeres] y el Volumen plasmático ideal (VPI) (c x peso, c= 39 en hombres y 40 en mujeres) en %.

Curvas de Supervivencia de Kaplan Meier según Terciles de eVP



Análisis de regresión multivariado de Mantel-Cox para la variable dependiente mortalidad en el seguimiento

Variable	B	Wald	P	OR(IC 95%)
Edad (por año)	-0.034	7.68	0.10	1.04 (0.92-1.18)
Género masculino	0.787	4.1	0.04	0.45 (0.21-0.94)
Fracción de eyección (por unidad)	-0.35	7.6	0.005	0.96 (0.91-0.98)
Sodio plasmático (por unidad)	-0.139	11.0	0.001	0.87 (0.86-0.94)
Creatinina plasmática (por unidad)	0.04	0.003	0.95	1.1 (0.7-1.4)
Numero de internaciones previas (por unidad)	0.020	0.009	0.92	1.0 (0.99-1.02)
eVP (por cada 10 unidades porcentuales)	-0.005	8.7	0.003	1.01 (0.99-1.11)

Resultados: Se analizaron en total 550 pacientes. La mediana de seguimiento de 30 meses (rango intercuartilo 25-75 7-64). El eVP se correlacionó significativamente con la edad, la superficie corporal, la presión arterial diastólica de ingreso, la masa ventricular, la fracción de eyección, la urea sérica, la creatinina sérica, el clearance de creatinina y el sodio plasmático. El eVP se agrupó en tercillos a partir de los percentilos 33.33 y 66.66: T1 (-1380 a -185), T2 (-186 a 93) y T3 (94-1310). El análisis de supervivencia se observó diferencias significativas entre los tercillos de eVP (test de Log-rank, chi cuadrado 16.36, $p=0.0001$) Ver grafico. El eVP como variable continua ajustado por la edad, el genero, la creatinina plasmática, el sodio plasmático, la urea plasmática y la fracción de eyección se asoció independientemente al punto final: OR (por unidad de eVP) de 1.11 (IC 95% 0.99-1.13), $p=0.003$. Ver tabla.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes admitidos por insuficiencia cardiaca descompensada, el eVP se asoció en forma independiente a la mortalidad por todas las causas en el seguimiento a largo plazo.

0258 - INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD

Unidad Temática: Enfermedad Cardiovascular

MACIN, Stella Maris | ONOCKO, Mariela | CORREA, Rocio | LEANDRO, Pozzer | LEIVA PIAZZA, Eugenio | KEVIN, Britz | ANTONELLA, De Bortoli | VILLALBA, Mariano

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una complicación frecuente del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST).

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar incidencia, factores asociados con IC que complica un IAMCEST.

Materiales y Métodos: Material y Métodos: Registro prospectivo, consecutivo, observacional que incluyó 910 pacientes con diagnóstico de IAMCEST admitidos dentro de las 36 horas de evolución, desde el 1 de enero de 2013 al 31 de enero de 2021. IC se definió por la presencia de Killip-Kimbal al ingreso 2 o 3 el desarrollo de signos y síntomas de IC durante la internación, fueron excluidos los pacientes con shock cardiogenico. Los pacientes con IC fueron clasificados en Grupo I y los restantes en Grupo II.

Resultados: La IC se presentó en 144 (15.8%) de los pacientes. Aquellos que desarrollaron IC tuvieron mayor edad (65.1 vs 61.7 años, $p=0.002$; estuvieron más taquicardicos 85.6 vs 76.4 lat por min, $p<0.001$ e hipotensos 121.62 vs 141.58 mmHg, $p=0.001$; tenían mayores niveles de troponina TnT al ingreso 4749.10 vs 2621.73 ng/dl, $p=0.001$ y menor FE 45.87 vs 57.5%, $p=0.0001$. Tenían mas hipotiroidismo 5.6 vs 3.1% $p=0.01$, más frecuencia de FA 6.3 vs 2.6%, $p=0.02$ y BCRD 9 vs 3.5% $p=0.005$; con más frecuencia de enfermedad vascular periférica 9.7 vs 5.1% $p=0.029$. No hubo diferencias en la estrategia de reperfusión con trombolíticos 4.2 vs 2.9% $p=0.27$ ni angioplastia primaria 78 vs 76.7%, $p=0.54$. El tratamiento en ambos grupos fue aspirina 98 y 97.8%; clopidogrel 89 y 88%; ticagrelor 5.4 y 6; IECA 65 y 67%, betabloqueantes 65 y 78%; y estatinas 88 y 89%, respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria fue diferente 0.4 vs 4.9% $p<0.001$. En el análisis multivariado las variables asociadas al desarrollo de IC fueron: la edad OR 1.038 (IC 95% 1.010-1.054, $P=0.003$), FC ingreso OR 1.032 (IC 95% 1.012-1.064, $P=0.004$), y la FE OR 0.919 IC 95% 0.894-0.944, $P<0.001$).

Conclusiones: Uno de cada 6 pacientes con infarto presentaron insuficiencia cardiaca. Fueron predictores de desarrollo de insuficiencia cardíaca la edad, frecuencia cardíaca al ingreso y la fracción de eyección. Se observó un uso subóptimo fármacos recomendados por las guías, siendo necesario implementar medidas correctivas.

0260 - UTILIDAD DE LAS DERIVACIONES DIAFRAGMÁTICAS EN SINDROMES CORONARIOS AGUDOS: PARTE 1 EVALUACIÓN DEL ECG NORMAL EN POBLACIÓN SANA.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

NUNES DA CRUZ, Sergio | ROJAS MONTEROS, María Del Cisne | ISQUIERDO, Augusto Matias | NOVIELLI, Diego Sebastián | OLIVERA, Luciana Maricel | JELUSIC, German | ALLENDE, Norberto Gustavo | SOKN, Fernando José

Clínica IMA Adrogué

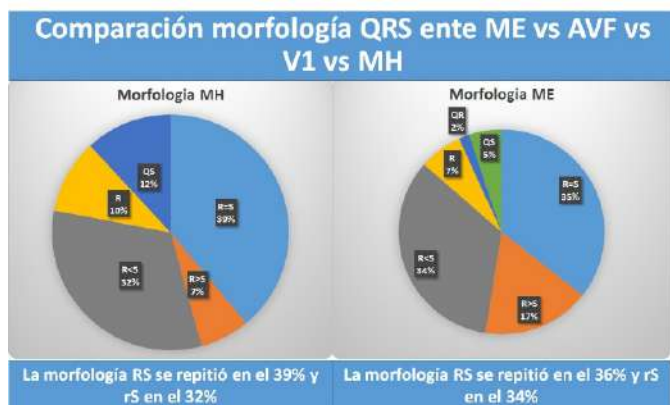
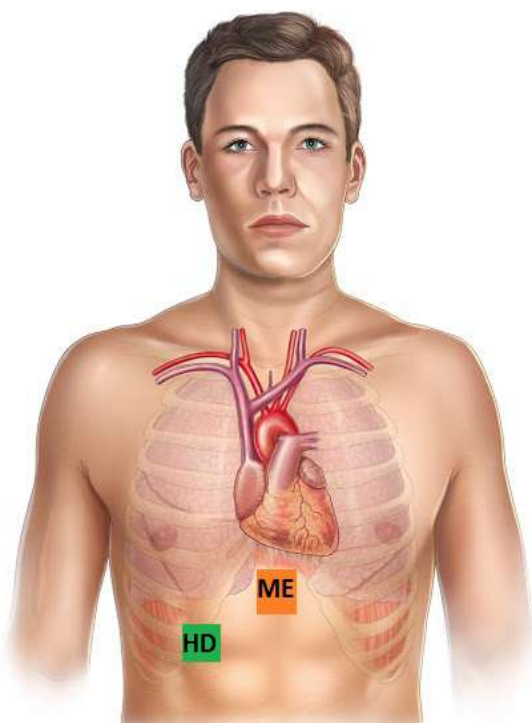
Introducción: Se han realizado diseños experimentales en perros, de la utilidad de las derivaciones diafragmáticas llamadas HD (hipocondrio derecho), ME (mesoepigastrio) en presencia SCA inducido, sin embargo no hay datos

concluyentes sobre su valor diagnóstico y pronóstico . Hemos desarrollado un estudio en 2 etapas observando patrón normal en derivaciones abdominales para compararlas en un segundo tiempo en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Objetivos: -Describir la morfología del ST y del QRS en derivaciones diafragmáticas y compararlas con derivaciones derechas y clásicas - Valorar en segundo tiempo dichas morfologías en síndrome coronario agudo

Materiales y Métodos: Se realizaron ECG de 12 derivaciones más derivaciones precordiales derechas (PD), ME y HD desde 01/21 al 03/21 en 60 pacientes sin enfermedad cardiovascular existente, con distribución por género similar. En la valoración de QRS se tomo amplitud total y morfología, comparándose con derivaciones derechas, AVF y V1, y para ST-T se utilizaron criterios clásicos. Cada ECG fue evaluado por 2 o más observadores.

Resultados: -Con respecto a HD, el ST fue isonivelado en 56 PS (95%). La amplitud del QRS tiene una mediana de 4mm y promedio de 5.82mm. La morfología RS se repitió en 23 PS (39%) y rS en 19 PS (32%), con QS presente solo en 7 casos (12%) . Sólo en el 11% de los ECG evaluados la morfología del QRS de HD fue la misma que AVF, mientras que con V1 en un 26% de los PS. El QRS en un 51.6% no se



pareció a ninguna derivación, mientras que 48.2% tuvo semejanza con precordiales derechas (36.6% a V4r y 11.6% V3r). -En ME el ST fue isonivelado en 56 PS (95%). La amplitud del QRS en esta derivación tiene una mediana de 7mm y promedio de 7.86mm, mientras que con su morfología, RS se repitió en 21 PS (36%) y rS en 20 PS (34%), con onda Q en 4 casos (7%). Sólo en el 20% de los ECG evaluados presentaron QRS concordante con AVF, mientras que con V1 fue de un 26%. El QRS en el 45% de PS no se parece a ninguna derivación, mientras que 44.9 % tuvo semejanza con precordiales derechas (13.3% a V4r y 31.6% V3r). -

Con respecto a la onda T en ambas derivaciones, fue isodifásica en HD en 33 de los PS (55%) y positiva en ME en 32 casos (54%). La concordancia con PD fue de 38 PS (63%) en HD y de 30 casos (50%) en ME.

Conclusiones: La morfología del ST en ME y HD es similar a las derivaciones clásicas. Similar conclusión aplica a la onda T observada en dichas derivaciones. El QRS de ambas derivaciones diafragmáticas se parecen en un 45% aproximadamente a PD, siendo la morfología RS y rS las mas observada, con ondas Q muy poco prevalentes. La definición de estos patrones de normalidad permitirá en una segunda etapa compararla en pacientes con síndrome coronario agudo.

0270 - NIVELES DE CORTISOL PLASMÁTICO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO, Y ROL COMO MARCADOR DE EVOLUCIÓN EN INTERNACIÓN EN UNIDAD CORONARIA

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

MRAD, Sebastián Juan Bautista | URRUTIA, María Sofía | VIDAURRETA, Joaquin Manuel | VAZQUEZ EPELBAUM, Juan Ernesto | COHEN ARAZI, Hernán | IAMEVO, Rafael Angel | FERREYRA, Raul Eduardo

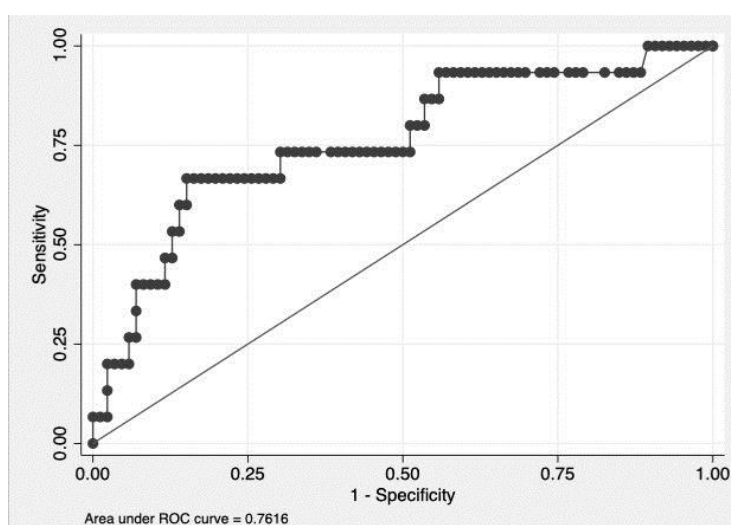
Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: Existe una asociación entre la respuesta de estrés, la inflamación y el desarrollo y el pronóstico del síndrome coronario agudo (SCA). El cortisol es una hormona relacionada con el estrés que demostró valor pronóstico durante la internación, se relacionó con la extensión del infarto, el riesgo de remodelado ventricular adverso, y de desarrollo de insuficiencia cardíaca.

Objetivos: Evaluar los niveles de cortisol plasmático, medido al ingreso, en pacientes cursando un SCA comparado con pacientes ingresados a Cuidados Intensivos Cardiovasculares (CICV) con otro diagnóstico. Determinar la asociación de los valores de cortisol con la evolución intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Se incluyeron 153 pacientes ingresados en sala de CICV en un Sanatorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con diagnóstico SCA y se compararon con pacientes controles ingresados con otro diagnóstico diferente, desde Mayo de 2019 a Diciembre de 2020. Se realizó dosaje de cortisol plasmático mediante método quimioluminiscencia con la muestra de sangre por punción venosa obtenida al ingreso a CICV. Se realizó un análisis descriptivo de las características de la población. Los pacientes con diagnóstico diferente a SCA incluyeron: colocación de marcapasos, síncope y ATC programadas. Se evaluó eventos mayores definidos como: muerte intrahospitalaria, requerimiento de BCIA, inotrópicos, infarto de miocardio periprocedimiento y necesidad de ARM (punto final combinado). Las variables se analizaron según correspondiera con t test, wilcoxon y chi². Las variables numéricas se expresaron como mediana, con sus correspondientes rangos intercuartil (RIC), y porcentajes según correspondiera. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar variables asociadas independientemente a punto final primario analizado.

Resultados: Se analizaron 153 pacientes, con 126 SCA y 27 controles, con una mediana de edad de 65 años (RIC 25- 75: 56-77). El 76% de los pacientes fueron hombres. De la población analizada, el 67% eran hipertensos (67% en controles, 74% en SCASEST y 55% en SCACEST, $p=0.04$); 25% diabéticos (28% en los SCA, 8% en controles, $p=0.038$). Troponina US de 145 pg/ml (RIC: 22-723) en los pacientes con SCASEST; 3858 pg/ml en los pacientes con SCACEST (RIC 25-75: 2443-5738 pg/ml; $P=0,0002$). Glóbulos Blancos (GB) de 8900/mm³ (RIC 25-75: 7000-11050) en los SCASEST, 11200/mm³ en los SCACEST (RIC 25-75: 9200-14600) ($p=0,0002$); PCR de 4.2 pg/ml (RIC 25-75: 1.6-18.5) en los SCACEST y 3,4 pg/ml (RIC 25-75: 1.5-8.7) en los SCASEST ($p=0,24$). Con respecto a las mediciones de cortisol se vio diferencia en los pacientes con SCA (345 ng/ml, RIC 25-75: 203-552) comparado con los controles (237 ng/ml, RIC 200-331; $p=0,02$). Al analizar entre los SCA, los SCACEST presentaron mayores valores (552 ng/ml; RIC 25-75: 335-852) que los SCASEST (287 ng/ml, RIC 25-75: 146-399; $P=0,0001$). Se evidenciaron un 17% más de eventos mayores en los pacientes con mayores niveles de cortisol: cstatistics de 0,76, con el mejor punto de corte en 404 para el dosaje de cortisol. En el análisis multivariado se mantuvo significancia estadística para eventos mayores con cortisol sérico elevado (OR 5,08; IC 95%: 1,09-23,63; $p=0,038$).



respecto a las mediciones de cortisol se vio diferencia en los pacientes con SCA (345 ng/ml, RIC 25-75: 203-552) comparado con los controles (237 ng/ml, RIC 200-331; $p=0,02$). Al analizar entre los SCA, los SCACEST presentaron mayores valores (552 ng/ml; RIC 25-75: 335-852) que los SCASEST (287 ng/ml, RIC 25-75: 146-399; $P=0,0001$). Se evidenciaron un 17% más de eventos mayores en los pacientes con mayores niveles de cortisol: cstatistics de 0,76, con el mejor punto de corte en 404 para el dosaje de cortisol. En el análisis multivariado se mantuvo significancia estadística para eventos mayores con cortisol sérico elevado (OR 5,08; IC 95%: 1,09-23,63; $p=0,038$).

Conclusiones: Se observaron niveles de cortisol plasmático mas elevados en pacientes admitidos por un Síndrome Coronario Agudo en comparación con aquellos correspondientes a la población control. El cortisol se asoció independientemente al punto final combinado.

0273 - COMPARACIÓN ENTRE ANGIOPLASTIA PRIMARIA Y ESTRATEGIA FÁRMACO-INVASIVA EN PACIENTES CON SCACEST ENTRE 2011 Y 2019.

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

BARBOSA, Maria Belen | TAPIA CLAROS, Karen Rocío | COSTA, Diego | RIOS, Daniela Mariel | ACOSTA, María Florencia | GONZALEZ, Carlos Luis | MUZZIO, Maximiliano | CORONEL, Roberto

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: El tratamiento de reperfusión de elección para el IAMCEST es la angioplastia primaria. En centros que no cuentan con un servicio de hemodinamia, puede llevarse a cabo trombolisis sistémica con posterior derivación a un centro de mayor complejidad para completar la estrategia farmacoinvasiva. El objetivo de nuestro análisis es comparar las características y los resultados entre los pacientes con IAMCEST tratados con angioplastia primaria que consultaron a un centro de alta complejidad y los que fueron derivados al mismo centro luego de tratamiento trombolítico.

Objetivos: Comparación entre angioplastia primaria y estrategia fármaco-invasiva en pacientes con SCACEST que arribaron a nuestro centro asistencial entre los años 2011 y 2019.

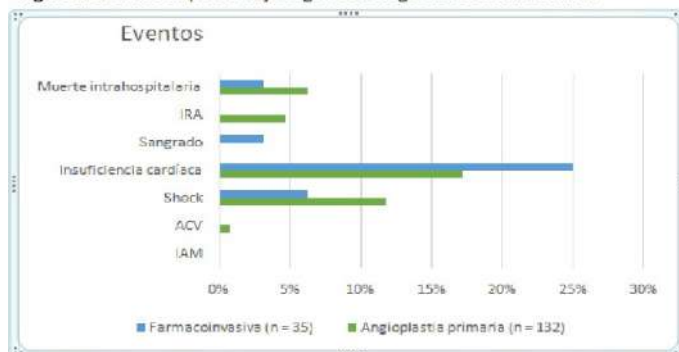
Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ingresados a la Unidad Coronaria de un centro de tercer nivel con diagnóstico de SCACEST entre los años 2011 y 2019. Se excluyeron los que ingresaron en paro cardiorrespiratorio y los que fueron sometidos a cirugía de revascularización miocárdica. Los datos demográficos, clínicos, de tratamiento y la evolución se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Para el análisis estadístico, las variables continuas se presentaron como medias y desviación estándar y se compararon con la prueba de la t, y las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutos y relativas y se compararon con la prueba de ANOVA y chi al cuadrado. Se estableció como estadísticamente significativo un valor de p menor que 0.05. Todos los cálculos se llevaron con R versión 3.6.3.

Resultados: En total ingresaron 190 pacientes con SCACEST en el período de estudio, y luego de aplicar los criterios de exclusión permanecieron 167 para el análisis final. El 21% de los pacientes fueron tratados con estrategia fármaco-invasiva, y la única diferencia significativa con respecto a sus características basales (tabla 1) al compararlos con los tratados con angioplastia primaria fue su mayor edad (58.62 ± 11.59 contra 52.00 ± 10.06 años, $p = 0.002$). Se observó una tendencia a mayor gravedad de acuerdo con la clasificación de Killip-Kimball en los pacientes tratados con angioplastia primaria. Con respecto a los eventos (figura 1), se encontró el doble de mortalidad en los pacientes con angioplastia primaria (6.2% contra 3.1%), aunque de manera no estadísticamente significativa ($p = 0.8$).

Conclusiones: Del total de pacientes tratados en el período de estudio se observó mayor tendencia a la gravedad con angioplastia primaria, teniendo en cuenta la clasificación de Killip-Kimball. Se obtuvo una menor tasa de complicaciones con angioplastia primaria versus estrategia farmacoinvasiva en lo que respecta a insuficiencia cardíaca, con mayor tasa de muerte intrahospitalaria y shock, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Puede concluirse que los resultados de ambas estrategias en los pacientes evaluados con comparables, y que las redes coordinadas de derivación permiten el tratamiento óptimo de los pacientes con SCACEST.

Característica	Angioplastia primaria (n=132)	Farmacoinvasiva (n=35)	p
	Media \pm DS o n (%)	Media \pm DS o n (%)	
Edad	58.62 \pm 11.59	52.00 \pm 10.06	0.002
Varones	112 (84.8%)	31 (88.6%)	0.774
Diabetes	27 (20.5%)	4 (11.8%)	0.361
Dislipemia	59 (44.7%)	11 (31.4%)	0.222
Tabaquismo	91 (69.5%)	27 (77.1%)	0.496
Obesidad	27 (20.5%)	5 (14.3%)	0.560
Enfermedad Coronaria previa	14 (10.6%)	2 (5.7%)	0.582
Insuficiencia renal crónica	5 (3.8%)	1 (2.9%)	1.000
Killip Kimball:			0.072
I	24 (68.6%)	98 (74.2%)	
II	14 (10.6%)	9 (25.7%)	
III	6 (4.5%)	0 (0.0%)	
IV	14 (10.6%)	2 (5.7%)	
Creatinina (mg/dL)	1.03 \pm 0.56	0.87 (0.26)	0.114
GRACE	108 (33)	101 \pm 24	0.270
Vaso culpable			0.516
Descendente anterior	69 (52.3%)	22 (62.9%)	
Circunfleja	17 (12.9%)	3 (8.6%)	
Coronaria Derecha	46 (34.8%)	10 (28.6%)	
Tratamiento completo	93 (72.1%)	25 (78.1%)	0.640

Figura 1. Eventos en porcentaje según estrategia de revascularización.



0277 - REPERFUSIÓN MECÁNICA SIMPLE DURANTE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: FACTORES DETERMINANTES, IMPLICANCIAS PRONOSTICAS Y CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DEL TROMBO.

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

SZARFER, Jorge | GIGENA, Gerardo Esteban | BLANCO, Rodrigo Ignacio | BLANCO, Federico Luis | ZAPPI, Andrea | ALBORNOZ, Miguel Federico | YURKO, Vielka | GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Objetivos: Determinar predisponentes, implicancias clínicas, angiográficas y pronósticas de la reperfusión mecánica simple (RMS), su relación con las características histopatológicas del trombo obtenido de la arteria responsable del infarto (ARI)

Materiales y Métodos: Se incluyeron consecutivamente 855 p con infarto con elevación del ST (IAM) cuya coronariografía inicial presentó flujo TIMI 0, entre enero de 2011 y diciembre de 2019. Se definió RMS a la presencia de flujo TIMI 1 a 3 obtenida en la primera inyección de control luego de haber colocado la guía intracoronaria en ubicación distal en la ARI. Los trombos fueron evaluados por microscopia óptica. Todos los pacientes fueron seguidos por al menos 1 año, analizando mortalidad de cualquier causa, reinfarto y necesidad de revascularización. El análisis de las variables categóricas se realizó con la prueba de chi cuadrado o test de Fisher según correspondiera. Las variables continuas fueron analizadas con el test de t para 2 colas o Mann-Whitney según su distribución. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para establecer los predictores de RMS, así como el valor pronóstico independiente de la RMS en el éxito angiográfico y la mortalidad al año. En estos modelos se incluyeron en forma completa las variables relacionadas en los análisis univariados con una $p < 0.10$. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: De los 855 pacientes incluidos, se obtuvo RMS en 439 (51,3%). La edad promedio fue 58 años y el 82% eran varones. El grupo con RMS presentó una menor ventana del tiempo total de isquemia (249 vs 287 min, $p < 0,01$), menor frecuencia de hipertensión arterial (45 vs 51, $p = 0,03$) y shock al ingreso ($p < 0,01$). La ARI más frecuentemente afectada en el grupo de RMS fue la coronaria derecha (44%), y la descendente anterior en el grupo sin RMS (54%), que se acompañó de un mayor deterioro inicial de la Fey (45,8% vs 42,5%, $p < 0,018$). Fueron predictores de RMS la ausencia de shock cardiogénico (OR: 1.76; $p < 0.004$) y compromiso de la arteria coronaria derecha como ARI (OR: 1.61; $p = 0.001$). De las 184 trombectomías, fueron rescatados 118 trombos. La RMS se asoció con mayor probabilidad de rescate de trombos: 83/118 pacientes vs. 35/118 sin RMS ($p < 0.001$). El análisis histopatológico demostró que la RMS se asoció con trombos de menor tamaño (volumen 62,4 mm³ vs 417 mm³ $p = 0,02$) y menor contenido de leucocitos (13,3 % vs 16,7%, $p = 0,04$) y eritrocitos (26,7% vs 36,5%, $p = 0,02$), así como un mayor contenido de cristales de colesterol de la placa (10,1% vs 3,5%, $p = 0,001$). La RMS se asoció a una mayor tasa de éxito (94,9% vs. 85,9% $p < 0.001$) y fue un predictor independiente de éxito angiográfico (OR: 5,1; $p < 0.001$) junto con un tiempo total de isquemia < 250 minutos (OR: 2,1; $p = 0.02$) en el análisis multivariado. La mortalidad a 30 días (4.1 vs. 11%; $p = 0.005$) y a 12 meses fue significativamente menor en el grupo con RMS (9.8 vs. 17,3%; $p = 0.005$). En el análisis multivariado los predictores independientes de mortalidad fueron el shock cardiogénico (OR: 3,4; $p = 0.008$), la Fey basal $< 35\%$ (OR: 3,0; $p < 0.001$), la edad (OR: 1.2, ; $p = 0.001$) y el éxito angiográfico (OR: 0.21; $p < 0.001$).

Conclusiones: La RMS resultó un predictor independiente precoz y sencillo del éxito angiográfico. Su relación con la anatomía del trombo podría redefinir la indicación de la tromboaspiración mecánica. Por el contrario, la ausencia de RMS constituye un subgrupo de mayor riesgo, identificable tempranamente.

0278 - REMODELADO REVERSO DEL VENTRÍCULO DERECHO ¿CUAL ES EL IMPACTO DE LA TERAPIA VASODILADORA EN HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR PRECAPILAR?

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

D'AMELIO, Nicolas Matías | KAPLAN, Paula | SOUTO, German Job | DINI, Andrés Enrique | MONTOYA, Fabiana | SIVORI, Martin | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La disfunción del ventrículo derecho es un marcador pronóstico en pacientes con hipertensión pulmonar. Badagliacca R y col. han demostrado el valor pronóstico del remodelado reverso del ventrículo derecho (RRVD) siendo la falta de éste un predictor independiente de eventos de morbi-mortalidad en pacientes que recibían terapia vasodilatadora pulmonar específica. Las variables ecocardiográficas medidas fueron el área de la aurícula derecha (AAD), el área de fin de diástole del Ventrículo Derecho (AFdVD) y el índice de excentricidad del ventrículo izquierdo (IE). Se desconoce el comportamiento del Ventrículo Derecho en términos de remodelado ecocardiográfico en pacientes en seguimiento en Centros de Hipertensión Pulmonar de gestión pública en GCBA.

Objetivos: 1- Evaluar el efecto del tratamiento con vasodilatadores específicos sobre el RRVD en pacientes con hipertensión pulmonar clasificados en Grupo 1 y 4. 2- Valorar la asociación entre el grado de reducción de las resistencias vasculares pulmonares (RVP) y el RRVD.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes clasificados en los Grupos 1 y 4, con terapia vasodilatadora estable, con controles de ecocardiograma transtorácico y cateterismo cardiaco derecho. Se estratifico el riesgo con calculadora REVEAL 2.0 y se analizaron las siguientes variables ecocardiográficas: AAD, AFdVD e IE, los resultados de RVP en el cateterismo cardiaco derecho y el score REVEAL; en tiempo 0 y a los 3 meses. La presencia de RRVD positivo se estableció mediante la reducción de -2.45 cm^2 , -1.30 cm^2 , y -0.12 para AFdVD, AAD y el IE, respectivamente. De alcanzar una o dos de las variables mencionadas se consideró RRVD negativo. El análisis de las variables AFdVD, AAD e IE fueron realizados mediante T Student a una y dos colas.

Resultados: Se obtuvieron los datos de 10 pacientes, la mediana de edad fue de 43+15.6, 70% mujeres. En relación a la etiología, un 60% corresponde a HTP idiopática, 30% esclerodermia, 10% a Hipertensión pulmonar tromboembólica

	Basal Media(ds)	3 meses Media(ds)	P valor
RVP	10.09(1.9)	6.7(1.1)	0.0467# (0.09) \$
AAD	23.1(2.6)	21(1.7)	NS
AFdVD	24.3(1.1)	21.2(1.4)	0.06\$
IE	1.54(0.15)	1.17(0.05)	0.011# (0.022) \$

#Test students a una cola \$ Test students a dos colas

crónica y Lupus eritematoso sistémico. En relación al tratamiento recibido por los pacientes, el 66,6% de los pacientes en Alto riesgo recibió triple terapia con Inhibidores de fosfodiesterasa(IFD-5), antagonistas receptores endotelina y Prostanoides subcutáneos, el 33,3% restante Doble terapia con IFD-5 y Antagonistas receptores de endotelina, mientras que el 80% de los pacientes en riesgo intermedio recibió doble terapia con IFD-5 y Antagonistas receptores de endotelina, un 20% recibió triple terapia con IFD-5, Antagonistas receptores de endotelina y Prostanoides Subcutaneos, mientras que el 10% en bajo riesgo recibió IFD-5 en monoterapia. Podemos agregar que el 50% de los pacientes presento RRVD. Del 50% que presento RRVD el 100% se encontraba en bajo riesgo mientras que del 50% que no presento RRVD, el 90% se encontraba en Bajo riesgo y 10% en alto riesgo. Si analizamos aquellos que presentaron RRVD la reducción de RVP fue de 55.8% mientras que los que no presentaron RRVD solo alcanzaron una reducción del 32% mientras que el 10% presento un aumento de la RVP, que coincidió con el porcentaje en alto riesgo.

Conclusiones: Se concluye que a pesar que el 90% de los pacientes alcanzó Bajo riesgo a los 3 meses, solo el 50% lo hizo con el RRVD a pesar de la terapia vasodilatadora instaurada. A su vez podemos observar que aquellos pacientes que alcanzaron el RRVD se asociaron con una reducción mayor al 50% de la RVP tal como lo muestran trabajos de mayor envergadura. Es necesario una mayor cantidad de pacientes y la valoración de eventos en el tiempo para justificar el agregado del RRVD como variable en los scores de riesgo.



0288 - TIEMPO TOTAL DE ISQUEMIA COMO PREDICTOR DE EVOLUCIÓN DESFAVORABLE EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Unidad Temática: *Cardiopatía Isquémica*

JARA, Jorge Maximiliano | ONOCKO, Mariela | ZONI, César Rodrigo | PICCHIO, Diego Huberto | SOSA ERRO, Maria Florencia | TOROSI, Maria Eugenia | HORAK, Francisco

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La cardiopatía isquémica, en especial el infarto agudo de miocardio, constituye una de las principales causas de muerte. Las complicaciones y la mortalidad del infarto agudo de miocardio están determinadas por tiempo de isquemia miocárdica.

Objetivos: Nos propusimos evaluar la relación entre el tiempo total de isquemia con mortalidad y complicaciones intrahospitalarias. El punto final primario fue un combinado de muerte, re-infarto y stroke.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico. Se incluyó pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Instituto de Cardiología de Corrientes que recibieron angioplastia primaria durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019. Se excluyeron pacientes con enfermedad de múltiples vasos. Se registraron complicaciones desarrolladas durante la hospitalización y se relacionaron con el tiempo total de isquemia. El análisis estadístico se realizó mediante el programa STATA16.0/SE. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas valores de $p > 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con una edad media de la población fue de 58 ± 10 años, y el 73% fueron de sexo masculino. El 59% eran hipertensos y 27% diabéticos. La mediana del tiempo total de isquemia fue de 240 minutos (150-400 minutos). Se realizó un test Spearman demostrando correlación con tendencia a la significación entre edad y tiempo total de isquemia ($p: 0.08$). El 18% de la población ingresó con signos de insuficiencia cardiaca, sin diferencias significativas en relación al tiempo total de isquemia. No se observaron diferencias significativas entre las taquiarritmias (fibrilación auricular, taquicardia auricular, aleteo auricular, taquicardia ventricular) y bradiarritmias (bradicardia sinusal, bloqueo sinoauricular, paro sinusal, bloqueo A-V) relacionadas al tiempo total de isquemia. Sin embargo, el mayor tiempo total de isquemia se asoció a mayor mortalidad hospitalaria (Mediana: 715 min vs 235 min; $p 0.02$). Se observó una tendencia significativa a mayor tasa de re-infarto (420 min vs 232 min; $p.0.056$) pero sin diferencias significativas en la tasa de stroke (235min vs 360min; $p 0.4$). El punto final combinado de muerte, reinfarto y stroke fue mayor en aquellos pacientes que presentaron mayor tiempo total de isquemia (360min vs 225min; $p.03$).

Conclusiones: Los pacientes con mayor tiempo total de isquemia presentan mayor mortalidad y tendencia a mayor frecuencia de re-infartos, sin diferencias significativas en la tasa de stroke ni complicaciones arrítmicas intrahospitalarias.

0292 - CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES NONAGENARIOS CON ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA SINTOMÁTICA EN NUESTRO MEDIO

Unidad Temática: Valvulopatías

GARMENDIA, Cristian Maximiliano | DENICOLAI, Martin | HERZKOVICH, Nicole | CHIABRANDO, Guido | MEDINA DE CHAZAL, Horacio | CAL, Mariela | AGATIELLO, Carla | BERROCAL, Daniel

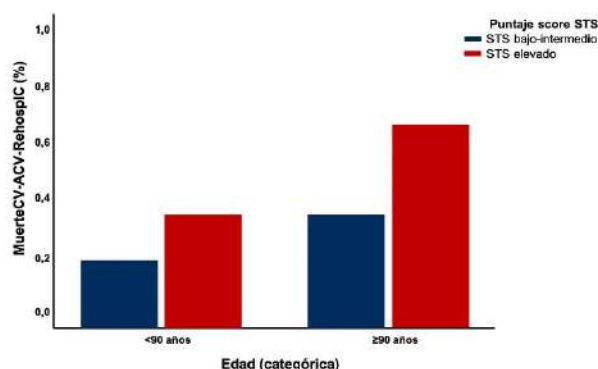
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: En pacientes con estenosis valvular aórtica (EAO) severa sintomática, existen diversas estrategias de tratamiento como el reemplazo valvular aórtico quirúrgico (CRVAo), el reemplazo valvular percutáneo (TAVI), y el tratamiento paliativo mediante valvuloplastia con balón (VAB). En la actualidad, existe escasa evidencia en nuestro medio sobre las características clínicas y la ocurrencia de eventos clínicos adversos en el seguimiento en pacientes nonagenarios con EAO sintomática sometidos a uno de estos abordajes terapéuticos.

Objetivos: Describir las características clínicas, estrategia terapéutica implementada y la ocurrencia de eventos clínicos adversos de pacientes nonagenarios con EAO sintomática, en relación a los pacientes no nonagenarios.

Materiales y Métodos: Se incluyó para el análisis una cohorte de pacientes con EAO sintomática valorados mediante un "Heart Team" a fin de definir la indicación y la estrategia de abordaje terapéutico. Se analizaron las características basales, datos del procedimiento terapéutico índice y la ocurrencia de eventos clínicos adversos en el seguimiento del total de la cohorte, y luego de su estratificación de acuerdo a la edad, según: pacientes nonagenarios y pacientes no nonagenarios, a 2 años de seguimiento. Se analizó como objetivo primario al combinado de muerte cardiovascular (CV), accidente cerebrovascular (ACV) y re-hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC).

Resultados: La edad promedio de la población muestral ($n=425$) fue de $82,48 \pm 9,81$ años, con un 45,6% de sexo masculino. El 84,23% fueron pacientes menores de 90 años. El subgrupo de pacientes nonagenarios presentó un menor índice de masa corporal y un mayor riesgo quirúrgico objetivado mediante score STS, en relación a los pacientes no nonagenarios. A su vez, los pacientes no nonagenarios presentaron mayor prevalencia de diabetes mellitus y cáncer, en comparación a los nonagenarios, sin diferencias en relación a las otras características basales. Se realizó un TAVI en el 51,5%, CRVo en el 12,9% y VAB paliativa en el 35,6%. En el subgrupo de pacientes nonagenarios se realizó predominantemente VAB paliativa (67,2%), mientras que en los no nonagenarios predominó el TAVI (55,9%). Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en términos del objetivo primario combinado a favor de los nonagenarios (70,5% vs. 29,5%; $p<0.001$), secundario a mayor mortalidad CV y re-hospitalizaciones por IC, en relación a los no



nonagenarios. No se observaron diferencias en términos de infarto agudo de miocardio, ACV o eventos de sangrados clínicamente relevantes entre los grupos analizados. Se identificó mediante un modelo de regresión logística binaria al puntaje elevado del score STS como un factor predictor independiente de eventos clínicos adversos en el seguimiento (coeficiente B 0,899; p=0,031).

Conclusiones: En pacientes con EAo severa sintomática, el subgrupo de pacientes nonagenarios presentó una peor evolución clínica, en relación a los no nonagenarios, con mayor mortalidad CV y re-hospitalizaciones por IC. Se identificó como factor independiente de riesgo al puntaje elevado de score STS.

0295 - HALLAZGOS ECOCARDIOGRAFICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR CORONAVIRUS QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA.

Unidad Temática: Covid-19

LOPEZ SAUBIDET, Ignacio | LURBET, Maria Fernanda | HUNTER, Martin | MANDÓ, Florencia | PARODI, Josefina | TORRES, Victor | SPERNANZONI, Fernando | RODRIGUEZ, Pablo

CEMIC

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) produce una carga significativa para los pacientes gravemente enfermos afectados por insuficiencia respiratoria aguda. Además de la lesión pulmonar, se ha descrito en este contexto daño endotelial, enfermedad tromboembólica y disfunción cardíaca.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos ecocardiográficos en una serie de pacientes ventilados mecánicamente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) moderado y severo debido a COVID-19.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio unicéntrico, descriptivo y transversal de datos recopilados de forma prospectiva. Los pacientes incluidos tenían una infección por coronavirus (SARS-CoV-2) con un síndrome de distes respiratorio moderado o grave. Tras la inclusión, se realizó un ecocardiograma inicial dentro de los 7 días del ingreso en UCI y luego cada 15 días hasta finalizar la ventilación mecánica, 28 días o fallecimiento. Se midió el tiempo empleado por el médico en cada estudio y se adquirieron múltiples mediciones ecográficas.

Resultados: Se analizaron 33 pacientes y el número total de ecocardiogramas realizados fue de 76. El tiempo medio de obtención de imágenes necesario para completar un estudio estándar en este entorno fue de 13 minutos. Se presentaron anomalías estructurales crónicas en 16 pacientes (hallazgo principal hipertrofia miocárdica del VI en 11 pacientes). El hallazgo más frecuente fue el agrandamiento del VD en un 29% considerando un seguimiento de 28 días. Otros hallazgos fueron: hipertensión pulmonar, anomalías del movimiento de la pared regional del VI nuevas o dinámicas, deterioro de la contractilidad global del VI nuevo o dinámico e hipercontractilidad

Conclusiones: Nuestros hallazgos en la población estudiada mostraron una incidencia ligeramente mayor de agrandamiento del ventrículo derecho en comparación con otras series de casos. También se encontró una alta prevalencia de disfunción sistólica y estado de hipercontractilidad / hiperdinámica.

Table 1. Patients' characteristics at admission in ICU and outcome

Variables	Results
Males, no. (%)	19 (57)
Age (years)	63.5 [60-80]
BMI (kg/m ²)	31 [25-36]
Chronic HTN	18 (54.5)
CHARLSON score	1 [0-1]
SOFA score	3 [3-6]
APACHE II score	11 [9-12]
ARDS severity, no. (%)	
Mild	0 (0)
Moderate	22 (69)
Severe	10 (31)
ICU mortality, no. (%)	16 (48)
Mean arterial pressure (mmHg)*	102 [92-111]
PEEP (cmH ₂ O)*	14 [13-15]
PaO ₂ /F _i O ₂ ratio*	225 [181-249]
Plateau pressure (cmH ₂ O)*	24 [22-25]

Data are expressed either as frequency (percentage) or as median [interquartile range]

HTN=Hypertension; BMI=Body Mass Index; SOFA=Sequential Organ Failure Assessment; APACHE II=Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation II; PEEP=Positive End-Expiratory Pressure; PaO₂=partial pressure of oxygen in arterial blood; F_iO₂=Inspired fraction of oxygen

* Values refer to same day of first echocardiogram performed

Table 2. Main findings of the first echocardiogram performed in each of the 33 patients analyzed

Variables	Results
Acoustic window	
Adequate	20 (61)
Suboptimal	13 (39)
LV ejection fraction	
>80%	2 (6)
80-55%	25 (76)
<55%	6 (18)
LV regional wall abnormalities	
Yes	4 (12)
No	29 (88)
Mitral doppler	
E peak velocity (cm/s)	73 [65-88]
E/A ratio	1.32 [1-1.60]
Tissue doppler	
Septal e' peak velocity (cm/s)	8 [7.20-10]
E/e' ratio	8 [7-10]
LV outflow tract VTI (cm)	
<13 (low stroke volume)	0 (0)
13-17 (undetermined stroke volume)	5 (15)
>17 (normal stroke volume)	21 (64)
RVOT acceleration time (ms)	
≤85	3 (9)
>85	30 (30)
Pulmonary systolic Pressure (mmHg)	

0296 - 28 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CORRECCIÓN DEL TAUSSIG BING

Unidad Temática: *Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia*

SIVORI, Gustavo Gaston | NUÑEZ, Maria Florencia | GARCIA DELUCIS, Pablo

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La anomalía de Taussig Bing es la segunda causa de todos las doble salidas de ventrículo derecho. Se caracteriza por la presencia de CIV subpulmonar, doble cono y discontinuidad mitro – pulmonar. Usualmente se asocia con defectos en el arco aórtico (coartación aorta, interrupción de arco aórtico) y con anomalías coronarias.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar nuestros 28 años de experiencia en la corrección, en un tiempo, del Taussig Bing.

Materiales y Métodos: Desde 1992 a 2020 un total de 39 pacientes (27 masculinos, 12 femeninos) fueron identificados. Los resultados obtenidos fueron analizados con IBM SPSS software.

Resultados: De los 39 pacientes identificados y la median de peso fue de 4,245 Kg (1,9 – 15 Kg). La mediana de edad fue de 94 días (rango 13 – 1320) mortalidad global fue de 12,8% (n = 5), pacientes libres de reoperación a los 5 años 91% y los 10 años 85%. La causa mas frecuente de reoperacion fue la estenosis subaortica y la estenosis suprapulmonar. Los factores de riesgo identificados fueron las anomalías de arco aórtico y la inestabilidad hemodinámica prequirurgica (p < 0,05). Si bien se observo una relación directo con los tiempos de bomba y las anomalías coronarias, estas no mostraron una valor estadístico significativo (p > 0,05).

Conclusiones: Pese a los factores de riesgo no modificables como las alteraciones en el arco aórtico y la inestabilidad hemodinámica prequirurgica, la experiencia obtenida con D- TGV permitió una baja mortalidad en la corrección, en un tiempo, de la anomalía de Taussig Bing.

0300 - INFARTO EN PANDEMIA

Unidad Temática: *Cardiopatía Isquémica*

MUÑOZ, Florencia | VIRUEL, Marcos Lucas | CANDIELLO, Alfonsina | FURMENTO, Juan Francisco | MASCOLO, Pablo Damián | LAMELAS, Pablo | BELARDI, Jorge Atilio | COSTABEL, Juan Pablo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

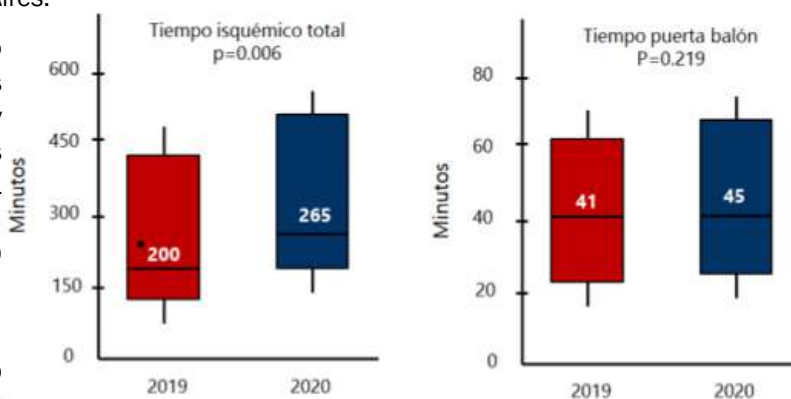
Introducción: El impacto del brote de COVID-19 en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en Argentina está siendo evaluado.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar los cambios en el tratamiento del IAMCEST durante el brote de COVID-19 en un centro monovalente de la Ciudad de Buenos Aires.

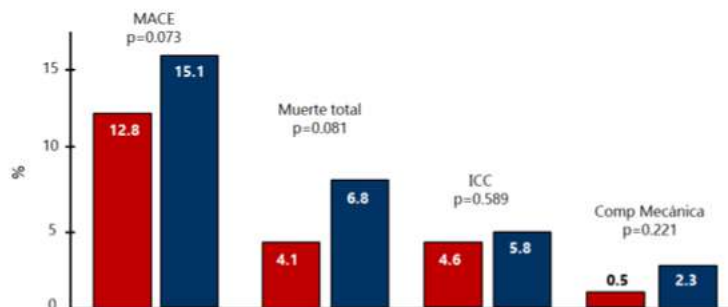
Materiales y Métodos: Se utilizó un registro continuo prospectivo y se compararon las características basales, de los procedimientos y los resultados hospitalarios de los pacientes atendidos entre marzo de 2020 y enero de 2021 (período pandemia) con los atendidos en el mismo periodo en los años 2018 y 2019 (período prepandemia).

Resultados: El número de casos atendidos en el centro durante el período pandemia fue de 87 p frente a 196 p del período de dos años prepandemia.

Las características basales de los pacientes fueron similares en ambos grupos. El tiempo total de isquemia fue de 265 minutos (RIC 153-490) frente a 200 minutos (124-396) en prepandemia (p=0,006), sin diferencias en el tiempo puerta-balón (41 vs 45 minutos, p=0.219). Se evidenció una disminución de preactivaciones (36.7% previo al COVID vs 17.2 durante la pandemia, p= 0,001) y menor bypass de guardia (35.7% vs 13.8%, p=0.001). No hubo mayor mortalidad, pero si se observó una tendencia a presentar mayores complicaciones intrahospitalarias.



Conclusiones: Los pacientes con IAMCEST atendidos durante la pandemia presentaron un mayor tiempo isquémico total y fueron menos preactivados que en los períodos previos. Evaluaremos en el seguimiento las consecuencias de esta demora.



0304 - ¿CÓMO Y CUÁNDO SE COMPLICA EN LA UNIDAD CORONARIA EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ACTUALMENTE?

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BONO, Leandro | PUENTE, Luciana Jimena | COLLA, Carlos Julián | CICHELO, María Florencia | VANNONI, Maria Victoria | REYNOSO, Carolina Giselle | ULMETE, Elisabet Ruth | SZARFER, Jorge

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) pueden presentar distintos tipos de complicaciones hospitalarias. Aunque la mortalidad ha disminuido con el progreso de la reperfusión, la incidencia de algunas de estas complicaciones no ha cambiado.

Objetivos: Conocer la incidencia de todas las complicaciones del IAMCEST en la unidad coronaria (UCO), conocer la temporalidad de aparición e identificar sus factores predisponentes y protectores.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en el estudio 263 ptes. consecutivos ingresados a la UCO con diagnóstico clínico de IAMCEST, sin límite de edad entre septiembre de 2017 y abril 2020. Se registraron los datos demográficos, métodos de reperfusión, la tasa de éxito, la localización del IAM, vía de acceso del cateterismo coronario y el Killip y Kimball (KK) de ingreso y permanencia. Las complicaciones consideradas en este análisis fueron: mortalidad, isquémicas (angina post IAM y re-IAM), presencia trombo en ventrículo izquierdo, accidente cerebrovascular (ACV), sangrado mayor (se definió según escala BARC-tipo 3a, 3b y 3c), mecánicas, arrítmicas (FA, TV/FV, BAV completo) y pericárdicas.

Resultados: El 47,2% (124p) presentó complicaciones siendo la insuficiencia cardíaca la más frecuente (tabla 1). En el análisis multivariado, el paro cardiaco previo al ingreso (PCR) (OR: 9,8; IC: 1,2-81,9; p = 0,03), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Fey VI) menor del 40% (OR: 2,3 IC: 1,3-3,9; p = 0,004) y la edad mayor de 68 años (OR: 2,2; IC: 1,2-4,0; p = 0,01) fueron predictores de complicación.

Variable	%(n)
Total complicaciones	47,2(124)
IC permanencia	42,9 (113)
KKB	30 (79)
KKC	3,8 (10)
KKD	9,1 (24)
Arritmias	11,4 (30)
FA	12,1 (15)
Bloqueo AV	8,1 (10)
FV	4,9 (6)
TV	3,3 (4)
Muerte	7,9 (21)
Isquémica	6,1 (16)
APIAM	4,9 (13)
Re IAM	1,1(3)
Sangrado mayor	3,0 (8)
Otras	3,0 (8)

La reperfusión exitosa (OR: 0,2 IC: 0,005-0,7; p = 0,02) y la presentación de KK A (OR: 0,0002 IC: 0,00001-0,003; p = <0,00001) fueron factores protectores (tabla 2). El 88,7% (110p) se complicó el primer día de internación y casi todos (con excepción de un solo paciente) dentro de las 48h. Los pacientes KKA, reperfundidos, menores de 68 años, sin PCR previa y Fey VI > 40% presentaron 3,5% (4p) de complicaciones, ninguna muerte y todas dentro de las 48hs.

Conclusiones: Las complicaciones post IAM CEST son muy frecuentes, siendo la insuficiencia cardíaca la mas prevalente. Detectamos un grupo con menor riesgo que podría tener una internación abreviada de solo 48hs.

Variable	Sin complicación	Complicación	Univariado		Multivariado	
	n(%)	n(%)	OR	p	OR	p
Anterior	59 (50,9)	57 (49,1)	1,1	NS	-	-
Vía radial	61 (63,5)	35 (36,5)	0,5	0,01	0,24	NS
Vaso residual	65 (54,6)	56 (45,4)	0,9	NS	-	-
Ventana prolongada	20 (54,1)	17 (45,9)	1,0	NS	-	-
Killip A	138 (93,2)	10 (6,8)	0,001	<0,01	0,0002	<0,0001
PCR pre UCO	1 (8,3)	11 (91,7)	13,3	0,002	9,8	0,03
Reperfusion exitosa	112 (58,6)	79 (41,4)	0,4	0,002	0,2	0,02
Edad >68	22 (39,0)	37 (61,0)	2,3	0,008	2,2	0,01
Complicación en HD	3 (28,6)	11 (71,4)	4,4	0,02	2,7	NS
VD eléctrico	17 (48,0)	18 (51,4)	1,2	NS	-	-
FeyVI menor 40%	30 (38,0)	49 (62,0)	2,4	0,002	2,3	0,004

0305 - VALIDACIÓN DEL SCORE PRECISE DAPT EN LA POBLACIÓN DEL REGISTRO BUENOS AIRES 1

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

MUÑOZ, Florencia(1) | VIRUEL, Marcos Lucas(1) | GARMENDIA, Cristian Maximiliano(1) | ARBUCCI, Rosina(1) | RIVERO, Mirza Vanessa(2) | DURONTO, Ernesto Alfredo(3) | FERNANDEZ, Horacio Alfredo(4) | COSTABEL, Juan Pablo(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); CEMIC (2); Fundación Favaloro (3); Hospital Universitario Austral (4)

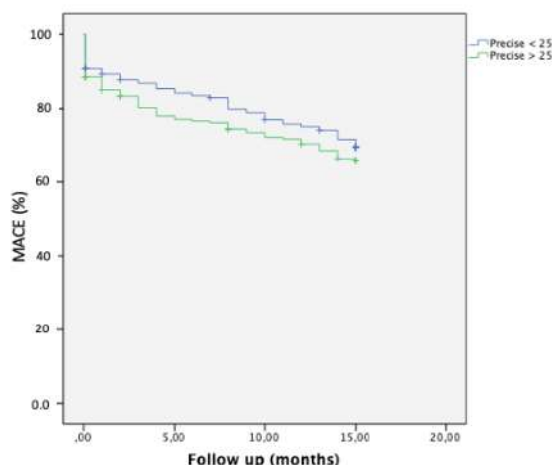
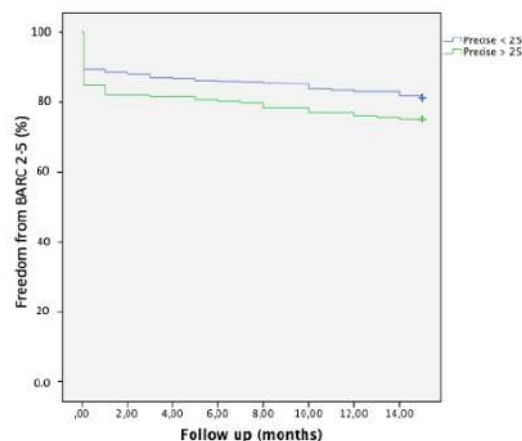
Introducción: El score PRECISE DAPT predice el riesgo de hemorragia en pacientes tratados con terapia antiagregante plaquetaria doble después de una intervención coronaria percutánea primaria (ICPp).

Objetivos: En este estudio buscamos evaluar y comparar el poder predictivo del puntaje PRECISE-DAPT con respecto a eventos hemorrágicos en pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación del ST (SCASEST) y sometidos a manejo invasivo en un entorno real en Argentina.

Materiales y Métodos: Nuestra cohorte de validación externa incluyó a 862 pacientes del registro Buenos Aires 1. Se calculó la puntuación PRECISE DAPT al ingreso y se analizaron las características y evolución de los pacientes durante un período de 15 meses. Durante el seguimiento se evaluó la capacidad del score PRECISE-DAPT para predecir hemorragias BARC tipo 2, 3 o 5 y hemorragias BARC tipo 3 o 5 y eventos isquémicos (MACE: infarto de miocardio, trombosis del stent o ACV isquémico).

Resultados: La puntuación PRECISE-DAPT efectiva en la predicción de eventos hemorrágicos de tipo 2, 3 o 5 (c-statistics 0,58 [IC 95%, 0,52-0,61]), moderada en BARC 3 o 5 (c-statistics 0,72 [IC 95% , 0,64-0,78]) y pobre para MACE (c statistics 0,49 [IC del 95%, 0,45-0,51]). La calibración fue precisa ($\chi^2 > 0.05$) en todos los escenarios. La puntuación alta de PRECISE-DAPT (≥ 25 , n = [%]) se asoció con un riesgo muy alto de hemorragia (HR 2,1) y eventos isquémicos (HR 1,9).

Conclusiones: En un estudio del mundo real, PRECISE DAPT fue moderadamente preciso para predecir hemorragias y eventos isquémicos. La puntuación PRECISE DAPT ≥ 25 fue capaz de identificar un subgrupo de pacientes con alto riesgo tanto de complicaciones hemorrágicas como de eventos trombóticos.



0306 - ANCHO DE DISTRIBUCION DE LOS GLOBULOS ROJOS (RDW) ¿UN NUEVO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA?

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | PERALTA, Sebastian Andres(1) | CACERES, Leonardo(1) | MAURO, Víctor Miguel(2) | FAIRMAN, Enrique(1) | CHARASK, Adrian(1) | BARRERO, Carlos(1)

CLINICA SANTA ISABEL (1); Clínica Bazterrica (2)

Introducción: el ancho de distribución de los glóbulos rojos (RDW) es una medida cuantitativa de la variabilidad del tamaño de los eritrocitos circulantes utilizada clásicamente para el diagnóstico diferencial de las anemias. En los últimos años, se ha reportado que es un marcador pronóstico útil en distintas patologías, sin embargo, es escasa la evidencia acerca de su papel en pacientes no seleccionados con insuficiencia cardíaca aguda. Es, asimismo, un parámetro de laboratorio presente en el hemograma, que no conlleva costos agregados y está disponible desde el ingreso a la institución, lo que lo convierte en una herramienta interesante.

Objetivos: 1) Evaluar el valor del RDW como predictor del evento combinado (EC) de muerte total y requerimiento de inotrópicos en los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada y 2) evaluar si existen diferencias en su poder predictivo del EC de acuerdo a la presencia o no de disfunción ventricular (fracción de eyección <45%)

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes de nuestra base de datos ingresados en forma consecutiva por insuficiencia cardíaca descompensada. Criterios de Exclusión: pacientes que ingresaron en shock cardiogénico, hemoglobina < 8 mg/dl, transfusiones al ingreso y antecedentes de internación en los últimos 30 días. Se calculó el valor de RDW mediana y RIC 25-75% y de acuerdo a ello se dividió a la población en dos grupos: \geq mediana (grupo 1) y < mediana (grupo 2) y se correlacionó con la mortalidad intrahospitalaria y la necesidad de inotrópicos en la población completa y de acuerdo a la función ventricular. Se realizó análisis univariado para el evento combinado y luego análisis multivariado donde se incluyeron aquellas variables que dieron significativas en el univariado. Se consideró significativo a un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 435p, se excluyeron 29p. Población: 406p. Edad mediana 81 años (RIC 74- 86), género masculino 56%. HTA 84%, DSL 41%, DBT 30%, TBQ 12%, fracción de eyección < 45%: 55%. Requerimiento de inotrópicos: 12%. Mortalidad intrahospitalaria: 7%. Evento combinado: 15,3%. RDW mediana 15,5 % (RIC 25-75% de 14,3 - 16,8)). Grupo 1: RDW \geq 15,5%. 204p (50,25%) y Grupo 2: RDW <15,5%. Los pacientes del grupo 1 presentaron similar edad, género, FRC, disfunción VI y elevación de BNP, pero tuvieron más prevalencia de troponina positiva (89,4% vs 83,2%, $p = 0,03$) y PSAP \geq 45 mmHg (54% vs 45%, $p = 0,04$) que los p del grupo 2. Muerte total y requerimiento de inotrópicos de acuerdo al RDW, grupo 1: 19% (39p) vs grupo 2: 11% (23p) (OR 1,8; IC 95% 1,0-3,2; P 0,01). Y de acuerdo a la Fey <45%, en el grupo 1 fue de 20,12% vs el 12% en el grupo 2 (OR 1,87; RIC 25-75% 0,90-3,92, $p = 0,04$). Y en los pacientes con Fey \geq 45% de 18% vs 11%, pero sin diferencias significativas. En el análisis univariado las variables predictoras del EC fueron: la edad \geq 75 años, antecedente de IRC, antecedente de IAM y el RDW \geq 15,5%. En el análisis multivariado, fueron predictores independientes para EC el RDW \geq 15,5 (OR 1,82 IC95% 1,0-3,2, $p = 0,036$) y la presencia de IRC (OR 2,11 IC95% 1,13-3,9, $p = 0,019$).

Conclusiones: Un parámetro sencillo y sin costo, presente desde el ingreso, fue capaz de predecir la mortalidad total y el uso de inotrópicos en una población de pacientes de edad avanzada que ingresaron por insuficiencia cardíaca descompensada, especialmente si presentaban disfunción ventricular.

0310 - PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN OCTOGENARIOS.

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

CORNA, Giuliana | DECOTTO, Santiago | CAPDEVILLE, Sofía | HERZKOVICH, Nicole | DOMENECH, Pilar | CHIABRANDO, Juan Guido | SEROPIAN, Ignacio Miguel | COHEN, Fernando

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST representa una patología con elevada morbimortalidad. Los pacientes añosos suelen estar subrepresentado en la mayoría de las cohortes sobre esta patología, por lo que existe cierto desconocimiento sobre las manifestaciones clínicas y pronósticas en estos.

Objetivos: Identificar diferencias en presentación y pronóstico del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST entre pacientes mayores y menores de ochenta años.

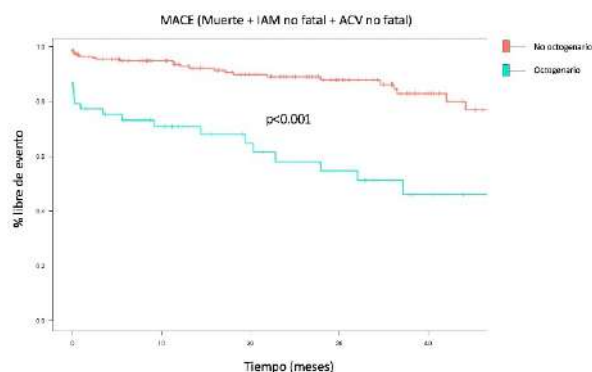
Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva, unicéntrica. Se enrolaron todos los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST que se sometieron a una angioplastia coronaria primaria, en el periodo de marzo de 2016 a agosto de 2020 en un hospital universitario de nuestro país. El punto final primario fue un combinado de muerte por todas las causas, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal. Los puntos finales secundarios fueron los eventos individuales del evento primario. El porcentaje libre de eventos se estimó mediante la curva de Kaplan Meier y análisis Log-Rank. Se realizó análisis de regresión logística multivariado en aquellas variables clínicamente relevantes (sexo, edad, antecedente de fibrilación auricular y Killip y Kimbal al ingreso).

	Octogenarios (N=55)	No octogenarios (N=208)	Valor de P
Hombres	24 (43.6%)	162 (77.9%)	<0.001
Hipertensión arterial	42 (76.4%)	116 (56.3%)	0.007
Diabéticos	9 (16.4%)	28 (13.5%)	0.5
Insuficiencia renal crónica	6 (11.1%)	11 (5.3%)	0.1
Enfermedad vascular periférica	5 (9.1%)	4 (1.9%)	0.009
Fibrilación auricular crónica	12 (21.8%)	3 (1.4%)	<0.001
Killip y Kimbal A	32 (58.2%)	165 (79.3%)	0.01
Killip y Kimbal C / D	13 (23.6%)	32 (15.34%)	0.03
Glucemia ingreso	150 [129,193]	127 [112, 150]	<0.001
Hemoglobina ingreso	12.9 [12, 14.45]	14.8 [13.88, 17.70]	<0.001
Creatinina ingreso	1.1 [0.99, 1.4]	0.97 [0.83, 1.15]	0.015
Troponina ingreso	142 [52.6, 494]	56.4 [23.8, 187.7]	0.001
pro BNP ingreso	980 [257.7, 2626]	164 [70.2, 399.2]	<0.001
Desarrollo de vasos colaterales	10 (18.2%)	32 (15.5%)	0.6
Lesión significativa de 3 vasos	16 (29.1%)	41 (19.7%)	0.13

Resultados: Se incluyeron un total de 263 pacientes, la media de seguimiento fue de 23.2 ± 17 meses. El 20.9% del total de la cohorte fueron mayores de 80 años, siendo el sexo masculino menos prevalente en este grupo ($p < 0.001$). Los pacientes octogenarios eran más hipertensos, presentaban en mayor porcentaje enfermedad vascular periférica y fibrilación auricular crónica (Tabla 1). La presentación clínica más frecuente de ambos grupos fue Killip y Kimbal A, sin embargo las formas más graves fueron más frecuentes en octogenarios. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al vaso culpable y desarrollo de colaterales. Los pacientes octogenarios presentaron mayor incidencia del punto

final primario (43.4% versus 12.8%, $p < 0.001$) (Figura 1). En el análisis de regresión multivariada, ajustado por variables clínicamente relevantes, se observó mayor incidencia del outcome primario en mayores de ochenta años (OR: 3.54; IC 95 % 1.57- 8; $P = 0.002$). En la regresión de COX los pacientes octogenarios tuvieron 3.3 (IC 95%, 1.65-6.84) veces más riesgo de presentar el punto final primario ajustado a las mismas variables de interés clínico.

Conclusiones: Los pacientes octogenarios con síndrome coronario agudo con supradesnivel del segmento ST tienen peor pronóstico independientemente de otras variables clínicas analizadas.



0313 - "NO TODOS LOS CAMINOS CONDUCEN A ROMA"; NIVELES DE ALDOSTERONA BAJOS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR EN BUENA CLASE FUNCIONAL, ESTUDIO CONTROLADO

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

ATAMAÑUK, Andres Nicolas(1) | GANDINO, Ignacio Javier(1) | OBREGON, Sebastian(2) | ZAUGG NADUR, Rafael Omar(1) | HOFFMANN, Diego Andres(1) | GOMEZ, Luis Enrique(1) | SANTUCCI, Jose Carlos(2) | LITEWKA, Diego Fabián(1)

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (1); Hospital Universitario Austral (2)

Introducción: En Hipertensión Pulmonar(HP), la tasa de uso de antialdosterónicos(AA) es mayor al 40% sin una clara evidencia que lo fundamente, por lo que es controversial y sujeto a debate permanente. No existen estudios comparativos de valores de Aldosterona plasmática(AP) y Actividad de Renina Plasmática(ARP) con población sana, ni de prevalencia de Hiperaldosteronismo(HA) o su implicancia pronóstica.

Objetivos: Comparar el valor de AP y ARP en pacientes(P) con HP precapilar y población sana(C). Evaluar prevalencia de HA en el grupo HP y su relación con variables pronósticas.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, aprobado por C. de ética. Se midió ARP, AP e índice AP/ARP en p consecutivos de consultorio con HP precapilar. Inclusión: diagnóstico por cateterismo cardíaco derecho y en CF I-II en últimos 3 meses. Exclusión: estar recibiendo diuréticos, betabloqueantes, AA, IECA o ARA2. Se definió; HA como $ARP < 1 \text{ ng/ml/h}$ y $AP/ARP > 20$ (criterios internacionales). Se comparó grupo HP vs C. En el grupo HP se comparó p con y sin HA. Los valores se relacionaron con distancia recorrida en TC6M, NTproBNP y CF. Las variables continuas se presentan como media y DS, dependiendo de la distribución de la variable. Las categóricas se presentan como número y porcentaje. Test T y Wilcoxon Rank sum se usaron para comparar variables continuas y el test de Pearson y Spearman para su correlación. Las pruebas de Chi-cuadrado y Fisher se utilizaron para comparar variables categóricas. Significativo; $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 54p; 42p HP y 12p C. Respectivamente; ARP; $0,8(1,1)$ vs $0,87(1,1) \text{ ng/ml/h}$ ($p 0,59$), AP; $74(98)$ vs $127(63,5) \text{ pg/ml}$ ($p 0,018$). Grupo HP: PAPM $49,6 \pm 14,2 \text{ mmHg}$, PCP $13,7 \pm 4,9 \text{ mmHg}$, PAD $11,2 \pm 5,6 \text{ mmHg}$, RVP $687,9 \pm 333 \text{ din/s/cm}^{-5}$, índice cardíaco (IC) $2,8 \pm 0,7 \text{ Lts/min/m}^2$, TAM $95,8 \pm 14,8 \text{ mmHg}$. Subtipos de HP; 19% idiopáticas, 28.6% enfermedad del tejido conectivo, 19% congénitas, 14.3% VIH, 2,3% Portopulmonar y 16.6% tromboembólica crónica. Grupo HP, prevalencia de HA; 14,3%(6 p). Las características entre p con HA vs sin HA, fueron respectivamente: edad $56,2 \pm 12,5$ vs $42,3 \pm 13,7$ años ($p 0,02$), mujeres 100% vs 91,7% ($p 0,99$), ARP $0,3(0,01)$ vs $0,86(1) \text{ ng/ml/h}$, ($p < 0,001$), AP $105(51)$ vs $55(93) \text{ pg/ml}$, ($p 0,023$), AP/ARP $36,1(17,4)$ vs $6,6(6,6)$, ($p < 0,001$). Sin diferencias significativas en los parámetros de laboratorio, ecocardiográficos o tratamiento específico utilizado. En cateterismo derecho se halló diferencia en TAM; $110,4 \pm 22$ vs $92,9 \pm 11,7 \text{ mmHg}$ ($p 0,01$). Variables pronósticas; TC6M $343,5 \pm 101,4$ vs $445,6 \pm 83,6 \text{ mts}$ ($p 0,01$), NT-proBNP; $1602,2 \pm 1492,7$ vs $567,8 \pm 834,1 \text{ pg/ml}$ ($p 0,019$). Se encontró una tendencia de mayor prevalencia de CF II en p con HA y CF I en p sin HA ($p 0,087$).

Conclusiones: En HP los niveles de AP fueron 42% más bajos respecto a C. A la fecha y en nuestro conocimiento, este hallazgo es la primera evidencia fisiopatológica en contra del uso de AA en HP y es concordante con la ausencia de beneficio observable en la escasa literatura. No obstante, existe una pequeña proporción de pacientes que tienen criterios de HA y estos se asocian con marcadores de mal pronóstico. Tal vez, este subgrupo de p puedan beneficiarse con drogas que actúen sobre el eje Renina-Aldosterona, por lo cual necesitamos de estudios que los identifiquen y comprueben el rédito del uso de AA. En base a la evidencia disponible podemos enunciar que; no todos los caminos conducen a Roma.

0315 - HIPERTENSIÓN PULMONAR, NUEVOS HALLAZGOS; EL ACOPLE VENTRÍCULO VASCULAR INADECUADO SE RELACIONA CON DÉFICIT SEVERO DE HIERRO

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

MARQUEZ HERRERO, Santiago Nicolas(1) | GANDINO, Ignacio Javier(2) | GOMEZ, Luis Enrique(2) | SANTUCCI, Jose Carlos(1) | ORTIZ FRAGOLA, Juan Pablo(2) | LITEWKA, Diego Fabian(2) | BARATTA, Sergio Juan(1) | ATAMAÑUK, Andres Nicolas(2)

Hospital Universitario Austral (1); Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (2)

Introducción: En la búsqueda de nuevos parámetros para evaluar la Hipertensión Pulmonar (HP), el acople ventrículo-pulmonar (AVP) surge como una nueva variable de valor pronóstico. Por otro lado, el déficit de hierro (DH) mostró ser prevalente en pacientes (p) con HP y se encuentra asociado a mal pronóstico. Actualmente se discute el beneficio de revertir el DH como parte del tratamiento de esta enfermedad y se desconoce si el mismo solo es una variable pronóstica o tiene implicancia en la compleja fisiopatología, por lo que necesitamos de estudios que muestren su relación con variables pronósticas asociadas a función ventricular derecha.

Objetivos: Evaluar la prevalencia del AVP inadecuado en p con HP y su relación con DH.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, unicéntrico y observacional, utilizando variables recolectadas de forma prospectiva, entre marzo 2020 a marzo 2021. Criterios de inclusión: p con diagnósticos de HP precapilar (PAPM \geq 25mmHg, PCP<15mmHg, RVP>3UW según criterio del Simposio Mundial de Niza 2013), en seguimiento por consultorio y sin internación en los últimos 6 meses. Se definió como AVP inadecuado a la relación entre la excursión sistólica del plano del anillo tricúspideo (TAPSE) y presión arterial pulmonar sistólica (PAPS) < 0,36mm/mmHg. DH como, relativo (DHR); Ferritina (Ft)<100ng/dl ó entre 100 y 300ng/dl y saturación de transferrina (STf)<20%, y severo (DHS); Ft<30ng/dl y STf<16%. Las variables categóricas se expresaron como número absoluto y porcentaje, las cuantitativas como media y DS. Se utilizó test de Fisher para comparar variables categóricas y test de t para las cuantitativas. Se considero p significativa < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 62 p. Edad; 44,9(\pm 16,4) años. 49p (79%) mujeres. PAPM 50,7 \pm 15,5mmHg, PCP 11,8 \pm 3,5mmHg, PAD 9,9 \pm 4,6mmHg, RVP 711,9 \pm 304,4din/s/cm-5, índice cardíaco 2,65 \pm 0,76Lts/min/m². Subtipos de HP; 30,6% idiopáticas, 16,1% enfermedad del tejido conectivo, 20,7% congénitas, 12,9% VIH y 17,7% tromboembólica crónica. 22p (35,5%) se encontraban en CF III-IV. El AVP<0,36 se observó en 44p (71%), DHR en 51p (83,6%), DHS 17p (27,8%). 19p (30,6%) presentaron anemia. Los resultados al comparar AVP<0,36 vs AVP \geq 0,36 fueron, respectivamente; DHR, 86,4 vs 76,5% (p 0,44); DHS, 36,4 vs 5,9% (p 0,024); NT-proBNP, 1246,5(\pm 1444) vs 423,8(\pm 751) pg/ml (p 0,03); Test caminata 6 min, 404,2(\pm 105,2) vs 436(\pm 94,8) mts (p 0,3); CF III-IV, 45,4 vs 11,1%(p 0,01); PAPM, 55,5(\pm 14,9) vs 38,4(\pm 9,1) (p<0,001)mmHg; RVP, 796(\pm 259,7) vs 501,8(\pm 314,9)din/s/cm-5 (p 0,001). Mujeres, 77,3 vs 83,3% (p 0,7). Edad, 40,9(\pm 16,1) vs 54,8(\pm 12,8) años (p0,002). Anémicos, 29,5 vs 33,3% (p 0,76). Sin diferencias significativas en el resto de los parámetros de laboratorios, hemodinámicos o subtipos de HP. Al analizar los p con y sin DHS, el único parámetro ecocardiográfico que mostró diferencia significativa fue la presencia de AVP<0,36; 90 vs 61,9% (p 0,03), sin diferencias en; PAPS, TAPSE o dilatación VD.

Conclusiones: Más del 70% de los p con HP precapilar presentan AVP inadecuado y se lo asoció a variables con pronóstico adverso. En ellos el DHS resultó ser significativamente prevalente e independiente del nivel de hemoglobina y la presencia de anemia. En esta línea de investigación muchos autores, sin evidencia suficiente, postulan el beneficio en el aporte de hierro. Sería interesante contar con estudios que identifiquen p con DHS y evalúen el impacto del mismo sobre el AVP.

0321 - EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA COMO UN NUEVO FACTOR CONDICIONANTE DE EVENTOS CARDIOVASCULARES.

Unidad Temática: Cardio Oncología

RUBIO, Pablo Manuel | MELCHIORI, Renzo Eduardo | SANCHEZ, Agostina Antonella | RIZZO, Miguel | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | HITA, Alejandro | BIVORT HAIEK, Mateo | DIAZ, Sara

Hospital Austral

Introducción: Existe evidencia que sostiene una fisiopatología pro inflamatoria similar entre la enfermedad coronaria (EAC) y la progresión del cáncer (CA). Esto podría explicar una asociación entre ambas entidades. En la actualidad es escaso el conocimiento en relación a la prevalencia del CA en pacientes con EAC, las estrategias de tratamiento y más aún sobre la evolución alejada de pacientes oncológicos que sufren eventos cardiovasculares.

Objetivos: Evaluar la prevalencia y características poblacionales de los pacientes con cáncer que ingresaron por infarto agudo de miocardio (IAM). Realizar un análisis de sobrevida de pacientes oncológicos con relación a eventos cardiovasculares mayores.

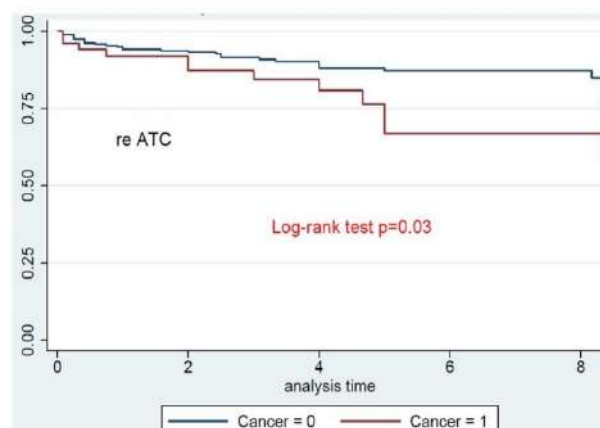
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte observacional retrospectivo incluyéndose pacientes que ingresaron por IAM a la Unidad Coronaria de un Hospital Universitario de 2008 a 2020. Se dividió a la población en dos grupos, aquellos con CA y sin CA, incluyéndose pacientes que completaron seguimiento continuo por al menos 6 meses en la institución. Criterios de exclusión:

Característica	Resultado Angiográfico	CA	No CA	Valor P
N° Lesiones significativas	1 lesión	16 (30%)	118 (46%)	NS
	2 lesiones	20 (38.4%)	92 (36%)	NS
	3 lesiones	15 (28.8%)	42 (16.4%)	0.03
	Más de 3	1 (1.9%)	3 (1.1%)	NS
Número de lesiones tratadas	1 lesión	23 (45.1%)	139 (55%)	NS
	2 lesiones	17 (33.3%)	77 (30.5%)	NS
	3 lesiones	11 (21.5%)	36 (14.2%)	0.1

neoplasia cutánea. El evento en el seguimiento (MACE) fue definido como la presencia de alguna de las siguientes: muerte cardiovascular, re IAM, accidente cerebro vascular y re angioplastia (ATC) programada. Se realizó un análisis de sobrevida a fin de comparar la evolución de los pacientes con CA luego de su primer evento coronario.

Resultados: Se incluyeron 340 pacientes. La prevalencia de CA fue del 17%. Se evidenció que los pacientes sin CA tenían más obesidad, sedentarismo y antecedentes heredo familiares. Sin otras diferencias en factores de riesgo tradicionales. La valoración de la severidad angiográfica de la EAC se observa en la Tabla 1. Con un seguimiento de hasta 8.3 años (3 años -IQR 2-5.8). No se encontraron diferencias significativas en términos de MACE global HR 1.3 (IC95% 0.9-2.2) p=0.2, muerte cardiovascular HR 1.6 (IC95% 0.3-7) p=0.4, re IAM HR 1 (IC95% 0.5-2) p= 0.9, accidente cerebro vascular HR 5.2 (IC95% 0.3-83.5) p=0.2. Se constató una diferencia significativa en re ATC a favor de los pacientes con CA HR 2.1 (IC95% 1.1 - 4.3) p= 0.02, resultando ser un factor predictor independiente mediante un modelo multivariable de Cox (gráfico 1).

Gráfico 1. Curva Kaplan Meier seguimiento re ATC.



Conclusiones: En nuestra población la prevalencia de CA fue del del 17%. El grupo oncológico no presentó diferencias significativas en el MACE global. El antecedente de CA se comportó como un factor predictor independiente de riesgo en el seguimiento de re ATC en comparación con los no oncológicos. Son necesarios más estudios para ratificar estos hallazgos y dilucidar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

0323 - IMPACTO PRONÓSTICO DEL RATIO NEUTRÓFILO LINFOCITARIO EN PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL COMPLICADO

Unidad Temática: Enfermedad Vascular Periférica

GARAGOLI, Fernando Damián | PÉREZ, Noelia | RABELLINO, José | CHAS, José Gaspar | DOMENECH, Alberto | KOTOWICZ, Vadim | PIZARRO, Rodolfo | BLURO, Ignacio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El ratio neutrófilo linfocitario (RNL) es un marcador inflamatorio que tiene una elevada sensibilidad y especificidad para determinar la morbi-mortalidad postoperatoria en la enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Determinar el rol del RNL como marcador pronóstico de la mortalidad a 30 días y las complicaciones postoperatorias en pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal complicado sometidos a reparación endovascular o quirúrgica.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó consecutivamente pacientes con AAA infrarrenal complicado (aquellos con dolor abdominal y/o lumbar sin evidencia tomográfica de ruptura de la pared aórtica) sometidos a reparación endovascular o quirúrgica

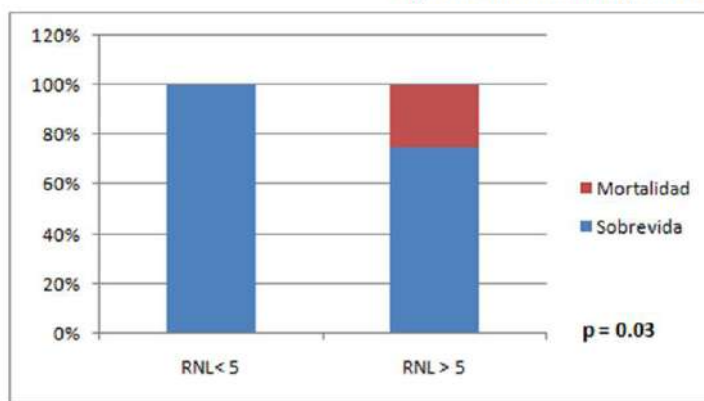
Resultados: La población de estudio incluyó 29 pacientes (Tabla 1). 17 (59%) individuos presentaron un RNL bajo (menor a 5), mientras que 12 (41%) tuvieron un valor alto (mayor o igual a 5). En el primer grupo la mediana de RNL fue de 2.6 (RIC 25-75%: 2.2-3.2) y en el segundo, de 8.3 (RIC 25-75%: 6.4-12.2), $p = 0.02$. En los pacientes con RNL alto se observó una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica (25% versus 0%, $p = 0.03$). Además, en este grupo de pacientes, el riesgo quirúrgico estimado mediante el score de Glasgow fue significativamente mayor (media +/- desvío estándar: 88.8 +/- 5.2 versus 75.5 +/- 3.2, $p = 0.03$).

La mortalidad a 30 días fue del 25% en los pacientes con RNL alto, mientras que no se observó ninguna muerte en aquellos individuos con RNL bajo ($p = 0.03$) (Figura 1). En un análisis multivariado que incluyó variables de interés clínico, como la presencia de insuficiencia renal crónica y el score de Glasgow, el RNL mayor o igual a 5 se asoció independientemente a mortalidad a 30 días ($p = 0.02$). La insuficiencia renal aguda (IRA) fue la complicación postoperatoria más frecuente (41.5%). Sin embargo, no se observó una asociación entre un RNL elevado y el desarrollo de IRA (OR: 1.02; IC 95%: 0.17-5.77; $p = 0.98$).

Conclusiones: Un RNL mayor o igual a 5 se asoció a una mayor mortalidad a 30 días en pacientes con AAA infrarrenal complicado reparado. El RNL es un marcador accesible y económico que podría tenerse en cuenta para estimar el riesgo de mortalidad hospitalaria en este grupo de pacientes.

Variables	NLR < 5 (n= 17)	NLR > 5 (n= 12)	p
Edad (años), media +/- DS	71.9 +/- 10.3	79.3 +/- 9.9	0.06
Sexo masculino (%)	70.6	66.7	0.82
Diámetro del aneurisma (mm), media +/- DS	65.8 +/- 18	75.5 +/- 21.8	0.20
Intervención endovascular (%)	52.3	50.0	0.88
Hipertensión arterial (%)	58.8	83.3	0.16
Antecedente de tabaquismo (%)	58.8	66.7	0.67
EPOC (%)	11.8	25.0	0.35
Dislipemia (%)	47.1	66.7	0.30
Diabetes (%)	17.6	8.3	0.47
Enfermedad renal crónica (%)	0.0	25.0	0.03
Enfermedad coronaria (%)	23.5	33.3	0.56
Enfermedad cerebrovascular (%)	23.5	25.0	0.93
Enfermedad vascular periférica (%)	0.0	16.7	0.08
Insuficiencia cardíaca (%)	5.9	8.3	0.80
Score de Glasgow, media +/- DS	75.5 +/- 3.2	88.8 +/- 5.2	0.03

Figura 1. Mortalidad hospitalaria



0326 - EXPERIENCIA DE SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE VIDEOCONFERENCIAS

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

FOTI, Mariel Lilian | MICHELI, Diego Claudio | STELMASZEWSKI, Erica Victoria | LAFUENTE, María Victoria | MEDINA, María Juliana | MOURATIAN, Diana Mariela | DI SANTO, Marisa Viviana | VILLA, Alejandra

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La pandemia nos planteó el desafío de realizar el seguimiento de los pacientes con cardiopatías congénitas de un hospital público nacional. Con el apoyo del Ministerio de Salud se desarrolló una estrategia de comunicación a través de videoconferencias, permitiendo continuar con el seguimiento de estos pacientes con calidad y eficacia.

Objetivos: Dar a conocer la experiencia del seguimiento de pacientes con cardiopatías congénitas a través de videoconferencias para detectar la necesidad de atención presencial, establecer comunicación con los profesionales regionales, coordinación de turnos y tratamiento del paciente que necesite consultar en nuestro centro y evitar costos de traslados innecesarios.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Los recursos tecnológicos incluyeron: 1- Los profesionales debían disponer en el domicilio de computadoras con acceso a internet, con micrófono, cámara y acceso a la historia

clínica digital. 2- Los pacientes debían contar con dispositivo móvil, computadora, tablet con micrófono, cámara y wifi con buena conexión. 3- Para las videoconferencias se utilizó la plataforma Cisco Webex (solución que ofrece un conjunto de herramientas de software eficaces que brindan una experiencia de colaboración segura, confiable y por demanda en la web) y con registro en la plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia del Ministerio de Salud de la Nación. 4- Soporte de la Oficina de Comunicación a distancia del hospital 5- Para programar las videoconferencias a cada paciente se le envió un mail con el turno, explicando esta modalidad y adjuntando un video demostrativo de fácil entendimiento. 6- Al comenzar la videoconferencia se lee un consentimiento informado.

Resultados: En el período 21/05/2020 al 07/05/2021 se otorgaron 489 turnos de videoconferencias, no se conectaron 102 (21%). Los diagnósticos de las cardiopatías fueron variados siendo los predominantes la CIV, Fallot y los ventrículos únicos en todas sus etapas. El motivo de consulta más frecuente fue el control clínico a distancia (314), 49 fueron por solicitud de turnos, solo 9 fueron para devolución de ateneo de cardiología. De las 387 videoconferencias realizadas requirieron derivación al hospital el 13% (64 consultas), con turnos quirúrgicos, para cateterismo o estudios de imágenes. El 3% de las videoconferencias se realizaron con cardiólogos del interior para discusión de casos.

Conclusiones: Las videoconferencias representaron una forma nueva y efectiva de comunicación a distancia y vinculación con las familias durante la pandemia que nos atraviesa. Las mismas permitieron pesquisar casos que requerían atención inmediata, ofrecer contención a las familias por la angustia de no poder viajar al hospital y generar red con los cardiólogos del interior del país. Se evitaron traslados innecesarios pudiendo coordinar control conjunto en lugar de origen.

0329 - ANÁLISIS TOMOGRÁFICO DE LA EXTENSIÓN ANATÓMICA DE LA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

D'ORTO, Maria Celeste | GARCÍA LEÓN, María Cecilia | D' IMPERIO, Heraldo | TRONCOSO, Jorge Juan | CUGAT, Andrés | CASTILLO, Mónica María Luz | WOLCAN, Juan Diego Christian | TAJER, Carlos D.

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La disección aórtica aguda tipo A es una emergencia cardiovascular de resolución quirúrgica, El objetivo terapéutico es el reemplazo de la aorta ascendente combinada con otras técnicas según la extensión y compromiso isquémico de la disección. El pronóstico estará condicionado por la afectación de diferentes territorios vasculares como los vasos supra-aórticos y sus secuelas neurológicas, o la insuficiencia renal en la afectación de vasos renales. Conocer en forma precisa la distribución del desgarro aórtico en una población local puede ayudar no solo a planificar el tratamiento agudo sino el seguimiento.

Objetivos: Describir el grado de complejidad del compromiso vascular al momento del diagnóstico de las disecciones aórticas tipo A. aórtica observada por Tomografía Axial Computada de alta resolución (TAC)

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los segmentos de la arteria aorta en las imágenes disponibles por TAC de pacientes ingresados con diagnóstico de disección aórtica tipo A desde el año 2015 al 2020 en un hospital de alta complejidad del conurbano bonaerense.

Resultados: Se analizaron 32 casos con TAC disponibles. El 81% fue de género masculino con una mediana de edad de 53 años (42-59), el 70% tenía antecedentes de hipertensión arterial, 38% tabaquistas, 6% de síndrome de Marfan y 6% válvula aórtica bicúspide. El 87,5% presentó una extensión del trazo de disección desde la raíz aórtica hasta las arterias ilíacas. La mediana del diámetro de aorta ascendente fue de 51 mm (47-58) y en el 69% de los pacientes se pudo observó un tear (desgarro) en este segmento. El porcentaje de la verdadera luz en el segmento más afectado tuvo una mediana de 20% (10-33). El 75% de los casos presentó al menos un territorio vascular afectado: los vasos supra-aórticos se encontraron disecados en un 56% y las arterias renales

Tabla 2: hallazgos en la tomografía computada

	N= 32
Extensión de la disección hasta las arterias ilíacas, n (%)	28 (87,5)
Diámetros en mm de los segmentos aórticos, mediana (RIC 25-75)	
-Ascendente	51(47-58)
-Cayado	35 (33-42)
-Torácica	34 (30-39)
-Abdominal	26 (23-30)
Segmentos con <u>tear</u> observable en la TAC, n (%)	
-Ascendente	22 (69)
-Cayado	11 (34)
-Torácica	-
-Abdominal	23 (72)
Porcentaje de verdadera luz permeable en el segmento mas afectado, mediana (RIC 25-75)	20% (10-33)
Afectación de al menos un territorio vascular por la disección, n (%)	24 (75)
Territorios vasculares afectados, n (%)	
-Vasos supra-aórticos	18 (56)
-Tronco celiaco	9 (28)
-Mesentérica superior	7 (22)
-Renaes	17 (53)
-Mesentérica inferior	13 (41)

en un 53%. Todos los casos fueron a cirugía de emergencia, se observó un 41% de complicaciones posquirúrgicas. Las neurológicas e insuficiencia renal con necesidad de diálisis fueron las más frecuentes con 16% cada una. La mortalidad intrahospitalaria fue del 56%.

Conclusiones: La población derivada a nuestro hospital presenta al momento del diagnóstico un elevado porcentaje de afectación total de la aorta, diámetros elevados de la aorta ascendente, importante afectación de la verdadera luz y en tres cuartos de los casos presentaron algún territorio vascular afectado. Se observó una tasa elevada de complicaciones y mortalidad probablemente debido a la complejidad de la presentación anatómica.

0331 - NUEVA CLASIFICACIÓN DE LESIONES DE ARTERIA FEMORAL COMÚN TRATADAS POR VIA ENDOVASCULAR

Unidad Temática: Enfermedad Vascul Periférica

RABELLINO, Jose Martin | VALLE RALEIGH, Juan | CHIABRANDO, Juan Guido | DI CARO, Vanesa Gisel | CHAS, José Gaspar | GARAGOLI, Fernando Damián | BLURO, Ignacio

Hospital Italiano de Buenos Aires

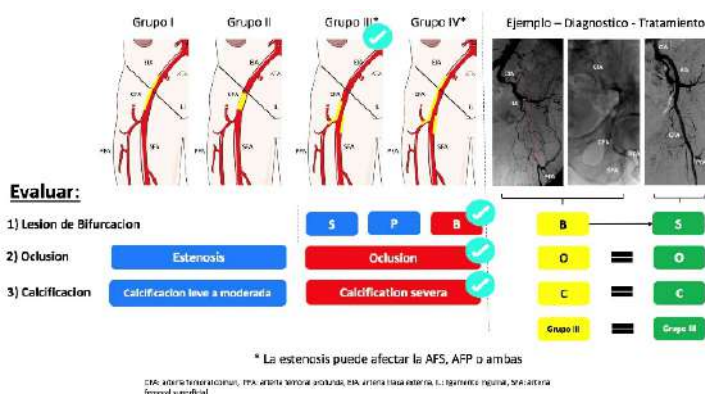
Introducción: Múltiples lesiones en la arteria femoral común (AFC) no son incluidas en las clasificaciones actuales.

Objetivos: Proponer una nueva clasificación para poder mejorar el enfoque diagnóstico terapéutico.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con tratamiento endovascular en estenosis de AFC. Analizamos la extensión, el grado de obstrucción y de calcificación de las lesiones. Se creo un nuevo grupo (IV), que incluyo lesiones que iniciaban en la arteria iliaca externa o comun y que se extendian a la AFC y su bifurcacion. Los objetivos primarios fueron la necesidad de utilizar un abordaje retrogrado ante el fracaso del recuce anterogrado y el tiempo del procedimiento.

Resultados: Un total de 64 extremidades en 58 pacientes fueron incluidas en el lapso desde Octubre de 2012 a Diciembre de 2020. El nuevo grupo IV incluyo un 35% de los pacientes. El tiempo de procedimiento y la necesidad de realizar un abordaje retrogrado fue significativamente mayor en el grupo IV comparado con otros (76.9 ± 32.23 minutos vs 47.67 ± 17.93 minutos, $p < 0.01$; 23.8% versus 2.6%, $p=0.03$). Similares resultados se encontraron en lesiones oclusivas comparado con lesiones no obstructivas (74.7 ± 33.6 min vs 48.29 ± 16 min, $p<0.001$ y 26.1% vs 0%, $p=0.006$, respectivamente), y en lesiones severamente calcificadas comparadas con lesiones no severamente calcificadas (73.18 ± 28.15 vs 51.86 ± 25.1 , $p = 0.06$ y 29.4% vs 2.4%, $p = 0.009$, respectivamente)

Conclusiones: Nuestra nueva clasificación incluye un significativo número de pacientes excluidos en clasificaciones previas. El nuevo grupo propuesto, así como la obstrucción y calcificación severa son características claves en un correcto plan pre procedimiento.



	Grupo I-II-III (n=37)	Grupo IV (n=21)	p-valor
Edad	72.7 ± 11.3	73.6 ± 8	0.765
Masculino	24 (64.9%)	18 (85.7%)	0.161
Diabetes Mellitus	18 (48.6%)	6 (28.6%)	0.224
Insuficiencia renal cronica	15 (40.5%)	3 (14.3%)	0.075
Oclusion	11 (29.7%)	12 (57.1%)	0.076
Calcificación Severa	8 (21.6%)	9 (42.0%)	0.159
Tiempo de Procedimiento	47.7 ± 18	76.9 ± 32	0.001
Uso de acceso retrogrado	1 (2.7%)	5 (23.8%)	0.037

0333 - SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS POST- COVID19. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

TORROBA, Santiago | MARTINEZ RUSLENDER, Ignacio Daniel | D' IMPERIO, Heraldo | MONZÓN HERRERA, Ramiro Manuel | ADAMOWSKI, Mariano Alejandro | LISTORTI MENA, Federico Ignacio | ROSSI PRAT, Mauro | TAJER, Carlos D.

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La infección por COVID19 se ha asociado en diversos reportes a cuadros protrombóticos. No está claro si los pacientes presentan un incremento de síndromes coronarios agudos (SCA) o su presentación clínico-angiográfica tiene particularidades específicas.

Objetivos: Comparar a través de un estudio de casos y controles la presentación clínico angiográfica de los SCA en pacientes con COVID-19 desde el inicio de la pandemia, respecto de controles históricos previos a la pandemia.

Materiales y Métodos: Diseño de caso control. Los casos fueron pacientes ingresados por SCA en un hospital de alta complejidad del conurbano bonaerense en el primer año de pandemia (entre marzo de 2020 y abril de 2021) que tuvieron la confirmación de la infección por SARS Cov 2 en el registro SISA en los tres meses previos, y fueron comparados con al menos tres controles históricos por cada caso de SCA, apareados por sexo, edad (± 3 años) y diabetes.

Resultados: Se analizaron 10 casos y 46 controles. En el grupo de los casos a un paciente no se realizó la cinecoronariografía. El grupo de controles presentó más tabaquismo activo que los casos (casos 30% controles 75%, $p= 0,02$). No se encontró diferencias en cuanto a hipertensión arterial, dislipemia, antecedentes heredo-familiares de enfermedad coronaria, EPOC (ver tabla 1). El promedio de días desde la infección confirmada por hisopado nasofaríngeo hasta la presentación del evento fue de 20 días. La proporción de SCACEST fue similar, en los casos 60% y en los controles 65% ($p= 0,62$). En el análisis de la anatomía coronario no hubo diferencias con el grupo de los controles. Tampoco se observaron diferencias en la función ventricular ni la evolución clínica. (ver tabla 2)

Conclusiones: En este estudio de casos y controles las características de los pacientes y la presentación clínica de los SCA no mostró diferencias entre los casos infectados con SARS CoV 2 y la población sin la infección. Esto sugiere una asociación aleatoria y no causal.

Tabla 1: características generales

	Casos n= 10	Controles n= 46	p
Edad, mediana (RIC 25-75)	62 (53-64)	62 (54-64)	0,96
Sexo masculina, n (%)	10 (100)	46 (100)	0,98
Hipertensión arterial, n (%)	7 (70)	23 (50)	0,25
Diabetes, n (%)	2 (20)	8 (17)	0,6
Tabaquismo activo, n (%)	3 (30)	30 (75)	0,02
Dislipemia, n (%)	3 (30)	15 (33)	0,59
Antecedentes heredo-familiares de Enf. Coronaria, n (%)	3 (30)	15 (33)	0,6
Antecedente de infarto, n (%)	5 (50)	10 (22)	0,08
Antecedente de CRM, n (%)	2 (20)	-	0,029
Promedio de días del evento posterior al contagio	21	-	

Tabla 2: cuadro clínico

	Casos n= 10	Controles n= 46	p
SCASEST, n (%)	4 (40)	16 (35)	0,56
SCACEST, n (%)	6 (60)	30 (65)	0,62
CCG realizada, n (%)	9 (90)	46 (100)	0,18
Cara del infarto en SCACEST, n (%)			
Anterior	4 (66)	15 (50)	
Inferior	2 (33)	10 (33)	
Lateral	-	5 (17)	
Killip y Kimbal en SCACEST, n (%)			
1	6 (100)	28 (93)	0,8
2	-	-	
3	-	-	
4	-	2 (7)	0,15
Vasos afectados con estenosis >50%, n (%)			
-1	1 (11)	14 (30)	0,23
-mas de un vaso	7 (78) (1 caso sin lesiones)	32 (70)	0,89
Promedio de vasos afectados con estenosis > 50%	2,4	2,2	0,56
Fración de eyección ventricular izquierda, mediana (RIC 25-75)	50 (41-58)	50 (43-57)	0,9
Muerte, n (%)	1 (10)	0	0,17

0335 - UTILIDAD DEL ÍNDICE DE SHOCK AJUSTADO POR EDAD PARA PREDECIR SHOCK CARDIOGÉNICO Y MUERTE EN EL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST. DATOS DEL REGISTRO ARGENIAM-ST

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

FRONTERA, Esteban(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | MAURO, Víctor Miguel(1) | MACIN, Stella(2) | D'IMPERIO, Heraldo(1) | PEREA, Joaquín(1) | VILLARREAL, Ricardo(1) | ZOONI, Rodrigo(2)

Área de Investigación SAC (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: El Índice de Shock (IShock) es una herramienta pronóstica de gran utilidad en diferentes patologías como sepsis severa, embolia de pulmón, shock hipovolémico, trauma y ha demostrado utilidad también en el infarto. Recientemente se ha analizado el valor de una fórmula modificada de este índice, que se obtiene al ajustarla por la edad ($IShock \times edad$) y que es incluso mejor que la previa.

Objetivos: 1. Evaluar la utilidad del IShock x edad como predictor del evento combinado primario (EVC) de desarrollo de shock cardiogénico (SC) y mortalidad intrahospitalaria en el infarto de miocardio con elevación del ST (IAMc/ST) en el seguimiento hospitalario. 2. Analizar eventos individuales: Muerte, desarrollo de SC y accidente cerebrovascular (ACV).

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y analítico de pacientes (p) con IAMc/ST incluidos en el registro ARGEN-IAM ST. El IShock x edad se calculó mediante la fórmula: frecuencia cardíaca (FC)/tensión arterial sistólica (TAS) x edad, con los valores obtenidos al ingreso. Mediante la curva ROC se estableció el mejor valor de corte y, acorde a éste, se

dividió a la población en dos grupos. Se excluyeron los p con Killip y Kimbal D (KKD) de ingreso y aquellos que no tenían datos para el cálculo del IShock.

Resultados: Se incluyeron 3331 p. Fueron excluidos 255p por KKD de ingreso y 155p por falta de algún dato. Finalmente se ingresaron 2928 p para el análisis. Edad (mediana) 60 años (RIC25.75% 53-68), género masculino 80%, desarrollo de shock cardiogénico intrahospitalario y mortalidad fue 6,4%. Por curva ROC, un valor de IShock x edad de 41,5 tuvo una Sensibilidad: 63% y Especificidad: 74% con un área bajo la curva de 0,72 para predecir shock cardiogénico/muerte intrahospitalaria con un valor predictivo positivo: 14% y valor predictivo negativo: 97%. Los p con IShock ajustado x edad \geq 41,5 (845/2928p, 28%) vs $<$ 41,5 (2083/2928p, 72%) eran más añosos (68 vs 57 años, $p < 0,0001$), más mujeres (26% vs 18%, $p < 0,0001$) y diabetes (26% vs 23%, $p = 0,045$), mayor prevalencia de KK>A al ingreso (30% vs 11%, $p < 0,0001$) y más enfermedad de múltiples vasos (41% vs 33%, $p < 0,0001$). Asimismo, tuvieron peor evolución con mayor frecuencia del EVC: 14 vs 3% ($p < 0,001$) y de los puntos individuales: mortalidad 9,5% vs 2,3% ($p < 0,0001$), SC: 10 vs 2% ($p < 0,001$) y ACV: 1,5 vs 0,4%, ($p = 0,001$). El análisis multivariado que incluyó género femenino, diabetes, IShock X edad, enfermedad de múltiples vasos (EMV), ecocardiograma con FEy severa y KK > A al ingreso, la FEy severa (OR 2,19 IC95%1,37-3,5; $p < 0,001$), la enfermedad de múltiples vasos (OR 1,68, IC95% 1,1-2,5; $p < 0,001$), el KK >A de ingreso (OR 4,59, IC95% 2,9-7,1, $p < 0,001$) y el IShock x edad (OR 3,4 IC95% 2,2-5,3; $p < 0,0001$) fueron predictores independiente de EVC.

Conclusiones: El cálculo del IShock x edad es una herramienta sencilla de obtener al ingreso hospitalario y que permite identificar rápidamente a un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de desarrollar shock cardiogénico y muerte durante la estadía hospitalaria.

0337 - CARDIONEUROABLACIÓN Y AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES PARA TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CON COMPONENTE VAGAL

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

FRANCO, Miguel Angel | PACHÓN MATEOS, José C. | ZERPA ACOSTA, Juan C. | PACHÓN MATEO, Enrique I. | PACHÓN-M, Juan C. | TASSO, Julio L. | PACHÓN, Carlos T. | MARTIN SANTILLA, Tomas G.

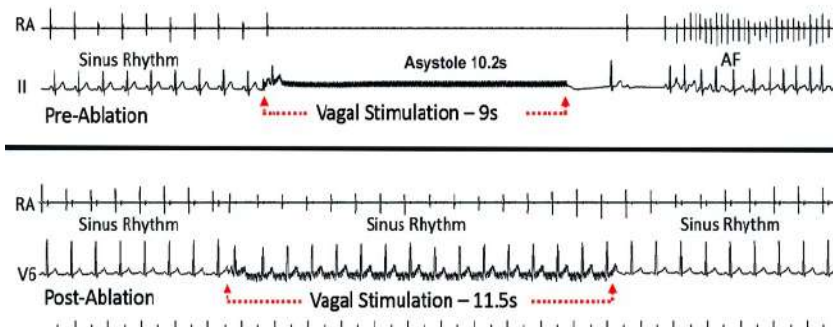
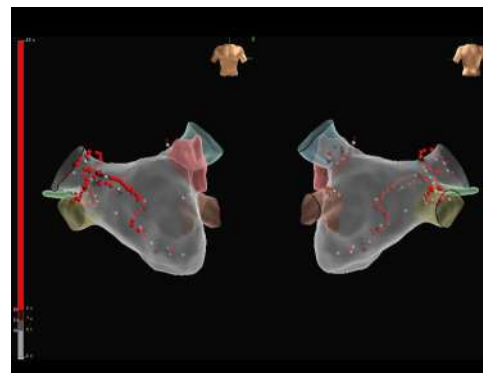
Actividad Clínica Privada

Introducción: La ablación de la fibrilación auricular (FA) con un catéter de radiofrecuencia (RF) es una práctica común en la electrofisiología con mejores resultados en el mantenimiento del ritmo sinusal cuando comparado con la terapia antiarrítmica (AA). El aislamiento eléctrico de las venas pulmonares (AVP) ha sido descrito como parte fundamental del procedimiento [1]. Desde 2004 utilizamos en nuestro servicio la cardioneuroablación (CNA) [2] como tratamiento adyuvante de la fibrilación auricular que presente algún componente vagal.

Objetivos: Tratamiento de FA y síncope mediante aislamiento eléctrico de venas pulmonares y denervación vagal con eliminación de nidos de FA y abolición de la respuesta parasimpática.

Materiales y Métodos: El mapeo se realizó utilizando el sistema Ensite-St/Jude y el mapeo de la interfaz neuromiocárdico por análisis de fraccionamiento temporal, identificando las regiones relacionadas con plexos ganglionares y nidos de FA. Ablación endocárdica por RF (30 W, 43°C, 20-60 s) con catéter FlexAbility Abbott irrigado, con aislamiento antral de las venas pulmonares, eliminación de Nidos de FA y Cardioneuroablación.

Resultados: La confirmación del efecto de denervación parasimpática se realizó con una nueva EVEC hasta la eliminación de la respuesta vagal de los nódulos sinusal y AV. La ablación resultó en aumento inmediato de la frecuencia cardíaca (basal = 51, final = 66 lpm).



Conclusiones: La ablación de FA mediante AVP, asociado a la Cardioneuroablación con ablación de nidos de FA, fue eficaz para eliminar el componente vagal como desencadenante de crisis de arritmia y bradicardia funcional, permitiendo también prevenir el síncope vasovagal sin implante de marcapaso. Los resultados del tratamiento de la fibrilación auricular asociada a etiología vagal, pueden ser significativamente mejores al agregar el AVP con la cardioneuroablación, justificando la realización de estudios clínicos aleatorizados adicionales para confirmar esta hipótesis.

0338 - EVALUACION DE PACIENTES ADULTOS CON TETRALOGIA DE FALLOT EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GRAN BUENOS AIRES

Unidad Temática: Cardiopatías Congénitas Del Adulto

ANONI, María Del Pilar | JORAJURIA, Alejandro | CHAPPUIS, Miguel | HIGA, Mauro | COMAS, Francisco | BENJAMÍN, Monica N. | KOSUBINSKI, Pablo | MANSO, Paula

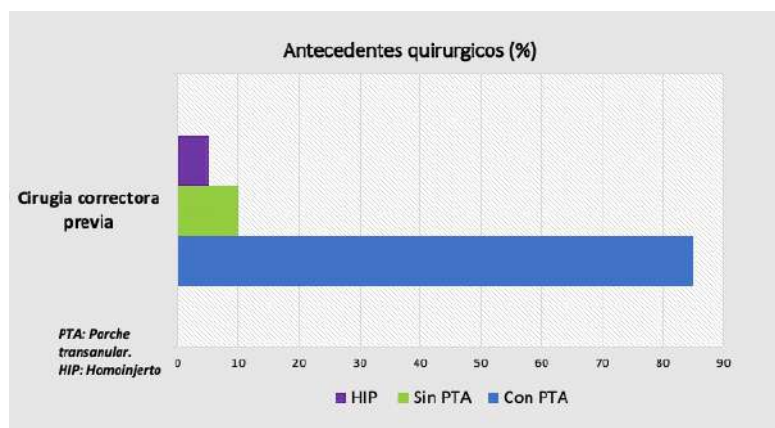
Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: Los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías congénitas han ido modificando la historia natural de la tetralogía de Fallot. La tendencia actual es la cirugía correctora precoz que evita la morbilidad relacionada a intervenciones paliativas y a la cirugía tardía. Pero aún observamos estas complicaciones en pacientes operados.

Objetivos: Evaluar en nuestra serie de pacientes adultos con Tetralogía de Fallot el estado actual de la enfermedad, relacionando los tiempos y tipos de antecedentes quirúrgicos con la evolución y morbilidad de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, procedencia, edad de diagnóstico, técnica de resolución quirúrgica previa, evolución a insuficiencia pulmonar (IP) severa, función de ventrículo derecho, corrección quirúrgica en nuestro centro, complicaciones y mortalidad. Los resultados se expresan como media, mediana, valor absoluto y porcentaje.

Resultados: Factores de riesgo cardiovascular: 22% presentó tabaquismo, dislipemia, obesidad. En cuanto a la edad diagnóstica, el 70% fue diagnosticado de su cardiopatía durante el primer año de vida, 24% entre el primer año y los 12 años y 6% tuvo diagnóstico entre la adolescencia y edad adulta (12 - 28 años). Al ingreso a nuestro centro el 80% (p 48) tenían cirugía previa con amplio rango de edad quirúrgica (0-25 años): 85% recibieron cirugía correctora con parche transanular (PTA), 10% tenían cirugía correctora con preservación del anillo y 5% homoinjerto pulmonar (HIP). (gráfico).



50% de los p habían recibido una o dos anastomosis subclavio pulmonar. La evolución hacia la IP severa como complicación de la enfermedad se observó en 90% de los casos. El ECG nos permite analizar la presencia de bloqueo de rama derecha y ancho del QRS como predictor de muerte súbita. En nuestra serie 50% presentó QRS ancho superior a 130 mseg y 20% mayor a 160 mseg. El análisis de tomografía, mostró dilatación y estenosis de las ramas pulmonares (RPs) en 17% y 17% respectivamente. 18% tenían dilatación de raíz aórtica y 5% origen anómalo de las arterias coronarias. Se operaron en nuestro centro 18 p (30%): 12 p con cirugía correctora previa, se les realizó reemplazo de válvula pulmonar (RVP) con prótesis biológica y en 1 p se colocó tubo valvulado. 6 p eran vírgenes de tratamiento quirúrgico y se les realizó cirugía correctora a 5 y a 1 con agenesia de las sigmoideas pulmonares y severa dilatación de las RPs, se le realizó RVP con plástica de RPs. La mortalidad de los p operados en nuestro centro fue del 16.6% (3 p) en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones: Los pacientes adultos con tetralogía de Fallot operados nos demuestran que convivimos con las complicaciones derivadas de técnicas quirúrgicas empleadas desde hace varios años y el seguimiento médico estricto es fundamental para evaluar necesidad de nuevas intervenciones. La reparación quirúrgica precoz sin intervenciones paliativas es un cambio sustancial que contribuye a la disminución de complicaciones. Esta población de pacientes nos plantea el desafío de diagnosticar y realizar tratamiento en los tiempos recomendados y continuar con seguimiento cardiológico riguroso durante la infancia, adolescencia y la vida adulta.

0344 - MARCADORES INFLAMATORIOS EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: COMPARACIÓN ENTRE ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO E ÍNDICE LEUCO-LÁCTICO.

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

FRONTERA, Esteban(1) | BARBOSA, Fernando(1) | RAMOS, Patricio(1) | OTERO, Andres(1) | GOLDSTRAJ, Leandro Martin(1) | MOYANO, Claudio(2) | PLOGER, Claudio(1) | DURET, Ana(3)

Clínica Pasteur (1); Sanatorio Juan XXIII (2); Hospital Castro Rendon (3)

Introducción: Los marcadores inflamatorios son de gran utilidad para evaluar pronóstico en diferentes patologías; los parámetros de laboratorio más utilizados son la saturación de oxígeno, el ácido láctico y glucemia, entre otros. El índice leuco-glucémico (ILG) fue estudiado en el posoperatorio (POP) de cirugía cardiovascular (CCV) con resultados alentadores.

Objetivos: Evaluar el índice leuco-láctico (ILL) y el ILG como predictores de muerte en el POP de CCV.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de Cohorte, retrospectivo, observacional y analítico que incluyó pacientes en POP de CCV entre Enero 2017 y Marzo 2021 en 3 centros Patagónicos. El cálculo de ambos índices se realizó en POP inmediato multiplicando ácido láctico (mg/dl) por leucocitos (mm³)/1000 (ILL) y multiplicando glucemia (mg/l) por leucocitos (mm³)/1000 (ILG). Se utilizó la curva ROC para establecer el mejor valor de corte. El punto final fue mortalidad intrahospitalaria. Se excluyeron pacientes (p) sin datos para el cálculo.

Resultados: Se analizaron 347 p, con edad mediana de 68 años (RIC 61-72), género masculino 76%, diabéticos 35%, se realizó cirugía de revascularización miocárdica al 61% y mortalidad total de 6,3%. Según la curva ROC el valor de corte de ILG fue ≥ 2872 , área bajo la curva (ABC) 0,79 (0,70-0,88), sensibilidad (S):73% y especificidad (E):71%, valor predictivo negativo (VPN) 97% y valor predictivo positivo (VPP) 14,5%. El valor de corte del ILL fue ≥ 404 , ABC 0,85 (0,77-0,94), S:82% y E:81%, VPN 98,5% y VPP 23%. Los p con ILG mayor al valor de corte (n=110,31,7%), eran más jóvenes (66 vs 68 años, p=0,04), con mayoría de mujeres (33% vs 29%, p=0,003). En este grupo se llevaron a cabo más cirugías valvulares (44% vs 30%, p=0,005) y se utilizó más circulación extracorpórea (CEC) 54% vs 37% (p=0,002). Durante la internación tuvieron más mortalidad (14,5% vs 2,5%, p<0,0001) y evolucionaron con más bajo gasto cardiaco (31% vs 16%, p=0,001) entre otras complicaciones. A diferencia de aquellos con ILG elevado, el grupo que tenía ILL por encima del valor de corte (n=79/23%), eran más hipertensos (90% vs 82%, p=0,02), con tiempos de CEC más prolongados (97 vs 73 minutos, p=0,001), sin diferencias en otras variables basales. El ILL elevado también se asoció con peor evolución como el grupo anterior; con más mortalidad (22,8% vs 2,5%, p<0,0001) y bajo gasto cardiaco (34% vs 16%, p=0,0007). Ambos índices se asociaron a mayor mortalidad en el análisis univariado, al igual que la cirugía de urgencia, cirugía valvular, FEy severa por ecocardiograma y uso de CEC. En el análisis multivariado que se incluyeron ambos índices, solo el ILL fue predictor independiente de mortalidad (OR: 30 IC 5-50; p=0,0001).

Conclusiones: Ambos índices calculados luego de una CCV resultaron adecuados para identificar subgrupos con peor pronóstico. Solo el índice leuco-láctico fue predictor independiente de mortalidad en la población estudiada.

0346 - SINDROME DEL SENO CAROTIDEO TRATADO MEDIANTE CARDIONEUROABLACIÓN

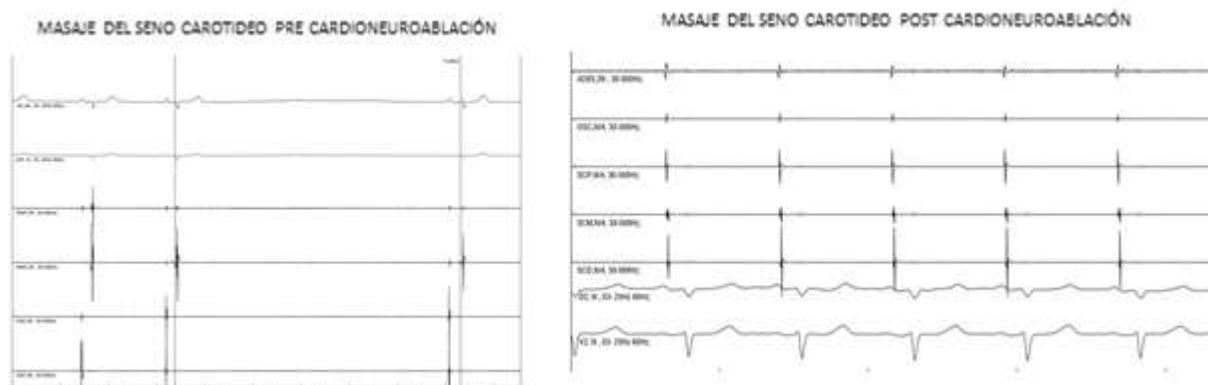
Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

CAYO MONTES, José Miguel | PACHÓN MATEOS, Jose Carlos | PACHÓN MATEO, Enrique Indalecio | PACHÓN MATEOS, Juan | FRANCO, Miguel Angel | FLORES TARDIO, Yvan

Actividad Clínica Privada

Introducción: El síndrome del seno carotídeo tiene impacto en la calidad de vida, aumentando la morbilidad y mortalidad, principalmente por traumas secundario a las caídas. El tratamiento preconizado es el implante de marcapaso definitivo, sin resolución completa de los síntomas en muchos casos. Se sabe que el nervio vago mediante los ganglios cardiacos parasimpáticos tiene participación en la respuesta cardioinhibitoria de este síndrome, por lo cual una cardioneuroablación podría reducir o suprimir esa respuesta. Se trata de una paciente de sexo femenino, 66 años com episodios de pré-síncope y síncope precedidos de náuseas, mareos y oscurecimiento visual, relacionado con cambios en la posición de la cabeza, Examen físico normal, electrocardiograma, holter de 24 horas y ecocardiograma sin alteraciones, Durante el Tilt test muestra asistolia >3 segundos asociado a síncope luego de realizar masaje del seno carotídeo, la ultrasonografía de carótidas mostro pequeñas áreas de ateromatosis em bulbos carotídeos sin repercusión hemodinámica, se realiza estudio electrofisiológico sin hallazgos de lesión his-purkinje, durante el mismo procedimiento se realiza un estudio

cardioneurofuncional donde se observa respuesta vagal acentuada y una respuesta cardioinhibitoria a la estimulación vagal extracardíaca (EVEC), también se reproduce asistolia de 5,8 segundos durante el masaje del seno carotídeo (MSC) derecho, estas respuestas fueron totalmente revertidas luego de la infusión de atropina. Basado en esos hallazgos se decide realizar la cardioneuroablación (CNA) como alternativa al implante de marcapaso, obteniendo excelente resultado inmediato e a largo plazo.



Objetivos: Realizar Cardioneuroablación para modular la respuesta cardioinhibitoria del síndrome del seno carotideo, suprimiendo la influencia del reflejo vasovagal sobre el nódulo sinusal (NS) y auriculoventricular (NAV), como tratamiento alternativo al implante de marcapaso.

Materiales y Métodos: Se modula la respuesta cardioinhibitoria mediada por el reflejo vasovagal y que es desencadenada por la estimulación del seno carotídeo, mediante el mapeamiento de las regiones donde se localizan los ganglios parasimpáticos cardíacos y los nidos de FA con ayuda del sistema de mapeamiento electroanatomico (ENSITE con su software fractionation) identificando potenciales fraccionados. Posteriormente esas áreas son tratadas con ablación por radiofrecuencia (RF), reduciéndose de esta forma la influencia vagal sobre el NS, NAV y reduciendo o suprimiendo la respuesta vagal cardioinhibitoria. A EVEC es utilizada durante el procedimiento para evaluar paso a paso el resultado de la CNA y al final del procedimiento confirma la ausencia de respuesta parasimpática del NS y del NAV, comprobando la denervación vagal sobre estas estructuras.

Resultados: Fue observado un aumento de la frecuencia cardíaca luego de las aplicaciones de RF sobre los sitios seleccionados (60-79bpm) y hubo un aumento del punto de Wenckebach (PW: 130-167bpm), La variabilidad R-R del holter inicial de 24h paso de tener predominio parasimpatico (SDNN 170) a predominio simpatico (SDNN 89). El tilt test realizado a los 12 meses de evolución, con MSC incluido, no mostro asistolia ni síncope, en el acompañamiento a largo plazo (3 años) la paciente se mantiene asintomática.

Conclusiones: El síndrome del seno carotideo debe entrar en el diagnóstico diferencial de síncope a repetición principalmente en adultos mayores y puede ser tratado por CNA, sin implante de marcapaso. La EVEC es importante para evaluar objetivamente la denervación vagal. El teste de atropina es muy importante en la selección del paciente y para anticipar el resultado de la CNA.

0351 - CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: ES SEGURO UTILIZAR 2 ARTERIAS MAMARIAS EN CENTROS DE BAJO VOLUMEN?

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

ESPINOZA, Juan Carlos(1) | LALOR, Nicolás(2) | RAFFAELI, Alesis(2) | VRANCIC, Juan Mariano(1) | CAMPORROTONDO, Mariano(1) | PICCININI, Fernando(1) | NAVIA, Daniel Oscar(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Sanatorio Anchorena (2)

Introducción: La relación entre el volumen del centro y los resultados han sido descriptos en el campo de la cirugía. El efecto del volumen/resultado es de particular importancia en procedimiento complejos como la cirugía de revascularización miocárdica utilizando ambas arterias mamarias sin circulación extracorpórea. La revascularización utilizando conductos arteriales únicamente han demostrado beneficios en cuanto morbi-mortalidad. A pesar de ello esta técnica no es de primera elección en la mayoría de los centros quirúrgicos especialmente en centros de bajo volumen. La mayoría de los cirujanos cardiovasculares en el Reino Unido manifestaron cierta preocupación respecto a la seguridad en

centros de bajos volumen. Por este motivo el objetivo del presente trabajo es el de evaluar morbi-mortalidad de la revascularización miocárdica utilizando 2 arterias mamarias en un centro de bajo volumen versus un centro de referencia.

Objetivos: Evaluar morbi-mortalidad de la revascularización miocárdica utilizando 2 arterias mamarias en un centro de bajo volumen versus un centro de referencia

Materiales y Métodos: Estudio observacional retropectivo tipo casos-controles sobre una base de datos cuyos datos fueron cargados en forma prospectiva por un periodo 12 meses. El Grupo Casos (n=83) lo constituyeron los pacientes operados en forma consecutiva (all-comers, incluyendo urgencias/emergencias) en un centro de bajo volumen definido como <200 casos/año; mientras que el Grupo Control (539) fueron aquellos operados en forma consecutiva durante el mismo periodo en un centro de referencia con alto volumen (>200 casos/año). El punto final primario fue mortalidad a 30 días y morbilidad (IAM, ACV, reoperación por sangrado, entre otros).

Resultados: La mortalidad global fue de 1.9% siendo estadísticamente no significativa entre grupos (casos vs controles, 1.8% vs 2.4%, $p = 0.715$). La tasa global de utilización de 2 arterias mamarias fue 90.6% no observándose diferencia entre grupos (91.2% vs 86.7%, $p=0.194$). tampoco hubo diferencias significativas con respecto al infarto perioperatorio ($p=0.405$), accidentes cerebro vasculares ($p=0.119$), o reoperación por sangrado ($p=0.599$).

Conclusiones: La utilización de 2 arterias mamarias para la revascularización coronaria pareciera ser segura aun en centro de bajo volumen.

0352 - SCORE LOGÍSTICO PARA PREDECIR LA FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA CARDÍACA

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

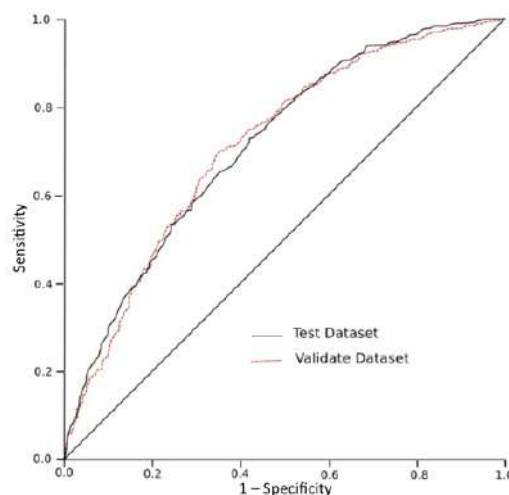
ESPINOZA, Juan Carlos | SEOANE, Leonardo | VERNA, Guillermo | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Juan Mariano | NAVIA, Daniel Oscar

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La fibrilación auricular posoperatoria después de la cirugía cardíaca se asocia con una mayor incidencia de complicaciones posoperatorias, aumento de la mortalidad hospitalaria, duración de la estancia hospitalaria, aumento del costo de las hospitalizaciones e incluso aumento de la mortalidad a largo plazo. Son necesarios esfuerzos para minimizar su incidencia. Existe la necesidad de identificar a los pacientes con mayor riesgo de sufrir esta arritmia luego de una cirugía cardíaca. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar y validar una puntuación clínica (score) para predecir la fibrilación auricular posoperatoria.

Objetivos: Desarrollar y validar una puntuación clínica para predecir la fibrilación auricular luego de una cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: Se utilizó información recolectada en forma prospectiva mediante el uso de la base de datos la cual se utiliza en forma diaria para la asistencia médica. Se incluyeron 5148 pacientes sometidos a una cirugía cardiaca entre el año 2004 y el 2014 (n=5148). Se excluyeron pacientes con fibrilación auricular y/o implante de marcapasos previo a la cirugía (n=436). El modelo de puntuación se desarrolló en una submuestra seleccionada al azar al 70% (Conjunto de datos Prueba, n = 3267) y luego se validó en el 30% restante de la muestra original (Conjunto de datos Validación, n = 1445). Para seleccionar las variables que se utilizarían en la puntuación, se realizó un análisis univariado utilizando chi cuadrado, prueba de Fisher y regresión logística binaria. Después de seleccionar las variables asociadas con nuestra variable dependiente (fibrilación auricular posoperatoria), se ajustó un modelo de regresión logística escalonada (stepwise regression) para elegir los predictores independientes a incluir en el modelo en 1000 muestras obtenidas por bootstrap (remuestreo) del conjunto de datos Prueba. Luego, se aplicó el modelo de puntuación generado en el conjunto de datos Prueba al conjunto de datos Validación para evaluar la precisión de la puntuación en la predicción de la fibrilación auricular posoperatoria. Para medir y comparar la precisión predictiva del modelo en los conjuntos de datos de prueba y validación, generaremos curvas de características operativas del receptor (ROC) y compararemos sus estadísticos C.



Resultados: La frecuencia global observada de la fibrilación auricular postoperatoria en toda la muestra fue del 18,4%. La probabilidad predictiva resultante de tener FA posoperatoria estuvo comprendida entre un mínimo de 1,28% a un máximo de 72,41%. Las variables incluidas en el modelo predictivo final fueron: edad, género, insuficiencia renal crónica, disfunción ventricular izquierda, la medicación con estatinas, y la cirugía con bomba. El área bajo la curva ROC en el Grupo Prueba fue 0,711 (IC 95% 0,690 - 0,733) y fue similar al del Grupo Validación 0,711 (IC 95% 0,679 - 0,744). La frecuencia de FA posoperatoria en cada nivel de puntuación del Grupo Validación estuvo comprendido dentro del intervalo de confianza del 95% del Grupo Prueba. Esto demuestra la validez del modelo predictivo en todos los niveles del sistema de puntuación.

Conclusiones: El presente estudio proporciona un sistema de puntuación clínica para predecir FA posoperatoria luego de una cirugía cardíaca y lo valida en una población comparable, lo que puede ayudar a la planificación de futuras intervenciones para prevenir la fibrilación auricular postoperatoria.

0353 - LA VALORACIÓN INTRAOPERATORIA DE LA ANATOMÍA CORONARIA PREDICE MORTALIDAD A 10 AÑOS

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

ESPINOZA, Juan Carlos | VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | PAIRONE, Martin | REVELO CHAMORRO, Nathalia Alejandra | NAVIA, Daniel Oscar

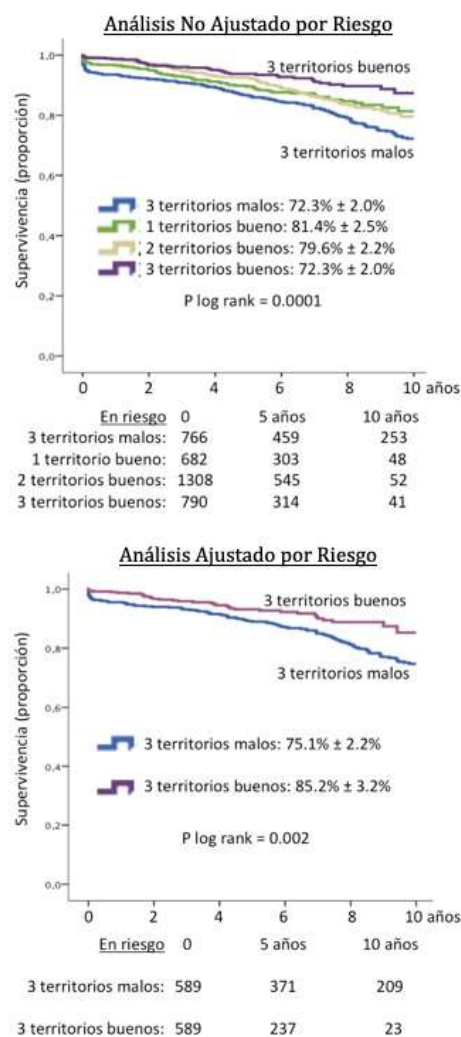
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Existe controversia acerca de si la valoración de la complejidad de la enfermedad de las arterias coronarias tiene algún valor pronostico a largo plazo. Estudios realizados en pacientes con angina crónica estable e infarto con elevación del ST y disfunción ventricular izquierda sometidos a una revascularización percutánea sugieren que podría haber una asociación; mientras que otros estudios en pacientes sometidos a una revascularización quirúrgica sugieren que no habría dicha asociación. La puntuación SYNTAX se introdujo para medir la complejidad de la enfermedad de las arterias coronarias previo a la revascularización. No hay datos que exploren la relación entre la complejidad de la carga aterosclerótica coronaria valorada al momento de la cirugía y la sobrevida a largo plazo.

Objetivos: Evaluar si la apreciación del cirujano sobre la anatomía coronaria quirúrgica tiene impacto en la sobrevida alejada

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde Enero 2003 - Marzo 2016. Se incluyeron 3546 pacientes revascularizados quirúrgicamente en forma aislada y consecutiva en un único centro. Se estratificaron según la anatomía coronaria en 0,1,2,3 vasos de 'buena calidad'. Se definió de buena calidad en base a un consenso entre al menos 2 cirujanos al momento de la revascularización en base a criterios pre-establecidos. Debido a la presencia de diferencias significativas en las características basales entre ambos grupos, se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) apareando 1:1 (según el método de nearest neighbor) identificando un total 1178 pacientes comparables, mediante un algoritmo de regresión logística. Se analizaron los resultados perioperatorios (mortalidad, ACV, diálisis, reoperación por sangrado, IAM posoperatorio) y la supervivencia alejada a 10 años (muerte de cualquier causa). Finalmente se realizó un análisis uni y multivariado para identificar predictores independientes de sobrevida alejada. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney, modelos de regresión logística, y análisis de sobrevida por Kaplan Meier y regresión proporcional de Cox.

Figura 1. Sobrevida alejada a 10 años según un análisis ajustado y no ajustado por riesgo



Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 2.4% (n=84). Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos a favor de 3 territorios buenos en cuanto a mortalidad hospitalaria ($p < 0.001$) y sobrevida a 10 años (p log rank = 0.0001). En el análisis ajustado por riesgo el hallazgo de 3 territorios buenos se asoció con mayor sobrevida a 10 años en relación a 3 territorios malos ($85.2\% \pm 3.2\%$ vs $75.1\% \pm 2.2\%$, $p=0.002$). El análisis uni y multivariado (regresión de Cox) identificó a la presencia de 3 territorios buenos como un predictor independiente de sobrevida a 10 años (HR 0,60; IC 95% 0,44-0,83; $p=0,002$).

Conclusiones: El hallazgo intraoperatorio de buenos lechos coronarios valorado por el cirujano tiene impacto favorable en cuanto a sobrevida alejada a 10 años.

0356 - CIRUGÍA REPARADORA DE LA VÁLVULA MITRAL: ANTIAGREGACIÓN O ANTICOAGULACIÓN?

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

ESPINOZA, Juan Carlos | VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | CAMPORROTONDO, Mariano | NAVIA, Daniel Oscar

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Objetivos: Evaluar la morbi-mortalidad temprana y alejada entre los pacientes con anticoagulación posoperatoria versus aquellos quienes no recibieron anticoagulación luego de una plástica mitral.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo comparativo tipo casos y controles, entre Febrero 2000-2017. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a una plástica mitral de origen degenerativo, enfermedad de Barlow, o dilatación anular (n=379). El grupo casos lo constituyeron aquellos pacientes que recibieron una plástica mitral en forma electiva y que luego de la cirugía recibieron anticoagulación (Grupo Con-Anticoagulación n= 104). Se excluyeron los pacientes que recibían anticoagulación antes de la intervención quirúrgica y las de origen isquémico. Los controles lo formaron los pacientes que por decisión del equipo tratante no recibieron anticoagulación luego de la cirugía (Grupo Sin-Anticoagulación n=207) pero si recibieron antiagregación plaquetaria. El punto final primario fue mortalidad a 30 días, mortalidad al seguimiento, necesidad de re intervención al seguimiento, y tiempo libre de eventos relacionados a la anticoagulación al seguimiento. Se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) logrando una población comparable (n= 196). Se estableció un nivel de significancia estadística como $p < 0,05$.

Resultados: a mortalidad (<30 días) fue 1,3%, no diferente entre ambos grupos ($p=0,54$). El seguimiento se completó en un 90,1% con una mediana de 6,2 años (pc25-75: 2,4-9,1 años). No hubo una diferencia significativa en sobrevida a 9 años de seguimiento (Grupo Con- vs Sin-Anticoagulación: $97,4\% \pm 1,8\%$ vs $90,0\% \pm 2,8\%$, p log rank = 0,170). Tampoco hubo diferencia en la necesidad de re intervención ($93,2\% \pm 3,0\%$ vs $97,7\% \pm 1,3\%$, p log rank = 0,053). Sin embargo, hubo una diferencia significativa que favoreció al grupo sin anticoagulación en libertad del evento combinado de ACV y/o eventos relacionados con la anticoagulación ($81,2 \pm 10,3\%$ vs $98,8\% \pm 1,2\%$, p log rank = 0,001). En el análisis ajustado por riesgo se observaron similares resultados para sobrevida alejada ($p=0,074$), para la necesidad de re intervención al seguimiento ($p=0,131$) y para la libertad de ACV en el seguimiento ($p = 1,0$); mientras que el beneficio del grupo sin anticoagulación se mantuvo con respecto a los eventos relacionados con la anticoagulación ($p = 0,008$).

Conclusiones: Evitar la anticoagulación luego de una cirugía reparadora de la válvula mitral es seguro dado que no se asoció a mayor incidencia de ACV, ni mortalidad ni a mayor necesidad de reintervención a 9 años de seguimiento.

0358 - EVENTOS CARDIOVASCULARES A UN AÑO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ASISTIDOS EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

FORTE, Ezequiel Hernán | DEGENHARDT, Leonel Damián | GOMEZ MARTIN, Carolina | ARAYA, Cecilia | LAVALLE COBO, Augusto Maria | HARWICZ, Paola S. | KLEIN, Carlos Alberto | SANABRIA, Hugo Daniel

Consejo Cardio-Metabolismo SAC

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es una de la enfermedades crónicas no trasmisibles mas prevalentes. La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la principal causa de mortalidad y complicaciones. Los datos de registros nacionales en relación con estas poblaciones son escasos.

Objetivos: Evaluar la evolución en el primer año de una cohorte de pacientes (p) con DM2 en relación a eventos cardiovasculares y las variables asociadas.

Materiales y Métodos: Durante el año 2019 se realizó un registro de los p que acudían al consultorio de cardiología con diagnóstico de DM2. En mayo del 2020 se realizó un seguimiento telefónico indagando acerca de eventos cardiovasculares mayores (MACE) (muerte, IAM, angioplastía coronaria, angioplastía periférica, ACV, ICC). Se realizó un análisis con métodos de Chi², t de Student o Mann-Whitney según las diferentes características de las variables y un análisis de regresión múltiple para evaluar la influencia relativa de los factores cualitativos asociados MACE.

Resultados: La cohorte inicial la conformaron 694 p con DM2. Edad media 65.6 años (+/-10.5), 58% sexo masculino. Tiempo de evolución de DM2 10.7 +/- 0.3 años. Los factores de riesgo asociados fueron: HTA 90.8%, dislipidemia 79%, tabaquismo 7.2%, IMC >25 91%. El 48,1% presentaba ECV y 40,9% enfermedad microvascular. En mayo del 2020 se contacto bajo circunstancia excepcionales (pandemia COVID19) a 462 pacientes (67% de la población). Ninguno de los p contactados había sufrido infección por SARS-CoV-2. En el seguimiento al año el 10.1% de los p presentaron un evento cardiovascular y el 1.76% fallecieron. Los eventos cardiovasculares reportados fueron: 3.1% evento coronario (IAM y/o angioplastía coronaria), 1.5% insuficiencia cardiaca, 0.87% angioplastía periférica, 0.6% ACV y 3.9% refirieron haber tenido un evento cardiovascular no tipificado. Las variables asociadas a MACE (muerte, evento coronario, evento vascular periférico y ACV) durante el seguimiento fueron: ECV previa (OR 2.29 IC95% 1.2-4.4 p 0.0048), complicaciones crónicas (micro/macrovascular) (OR 2.69 IC95% 1.4-5.3 p 0.001) y tiempo de evolución de la diabetes >10 años (OR 1.89 IC95% 1.13-3.5 p 0.01). De los 8 pacientes que fallecieron 7 (87.5%) de ellos tenían antecedentes de ECV resultando una tasa de mortalidad para este grupo de 2.78%/año y una tasa de eventos cardiovasculares de 11.5%/año. En los p sin ECV la mortalidad al año resultó de 0.48%/año y la de eventos cardiovasculares de 1.4%/año.

Conclusiones: Observamos una alta tasa de eventos cardiovasculares, siendo los coronarios los mas frecuentes. El antecedentes de enfermedad cardiovascular así como las complicaciones crónicas y el tiempo de evolución de la DM2 se asociaron a mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

0359 - DETECCIÓN DE ISQUEMIA EN EL PACIENTE ASINTOMÁTICO

Unidad Temática: Cardiología Nuclear

BARCELLOS, Rosa | COLLAUD, Carlos | BLANCO, Juan Manuel | PABSTLEBEN, Nadia | SAN MIGUEL, Lucas | BRODSKY, Laura | REDRUELLO, Marcela | MASOLI, Osvaldo

Tcba Salguero - Centro de Diagnóstico

Introducción: No hay referencia en la literatura de la utilidad del estudio perfusión miocárdica en pacientes asintomáticos sin enfermedad coronaria previa en cuanto a la incidencia de isquemia y su valor en la toma de decisiones.

Objetivos: Analizar la incidencia, extensión y severidad de isquemia o defectos de perfusión en pacientes asintomáticos derivados a nuestro servicio de medicina nuclear. Definir en ese grupo de pacientes cuales fueron las variables clínicas que predijeron anormalidad en el estudio, para seleccionar en que paciente por costo/beneficio debería realizarlo.

Materiales y Métodos: Se analizó en forma retrospectiva los pacientes que se realizaron estudios de perfusión miocárdica Gated SPECT, con esfuerzo o dipiridamol desde enero 2019 a marzo 2021. Se realizo un análisis visual utilizando un modelo de 17 segmentos, calculando los escores de esfuerzo/dipiridamol, reposo y diferencia. La función ventricular se definió según la fracción de eyección como normal(= o > 55%), deterioro leve (entre 45% y 54%), moderado(entre 44% y 35%) y severo (< a 35%). Se consideró definitivamente anormal un SDS o un SR = o > a 3. Se analizó el porcentaje de músculo comprometido Fueron relevados los motivos de pedido del estudio, edad, sexo y factores de riesgo.

Resultados: Se analizaron en forma retrospectiva y consecutiva 2137 pacientes asintomáticos que se realizaron estudio de perfusión miocárdica Gated SPECT entre enero de 2019 y marzo de 2021. Hombres: 58%(1240p), edad media: 64 años, Diabetes: 17%(354p), Dislipemia :40%(851p), Hipertension:52%(1109p), Hipotiroidismo:11%(241p), Tabaquismo:7%(158p). Desarrollaron isquemia 11%(230p), 9%(189p) tuvieron isquemia moderada a severa (>5%). En el análisis multivariado el sexo masculino fue la única variable que predijo en forma significativa la detección de isquemia miocárdica p<0.01.

Conclusiones: El sexo masculino en esta población sería la única variable con criterio apropiado para la búsqueda de isquemia utilizando el estudio de perfusión miocárdica Gated SPECT.

0361 - PATRONES DE PRESIÓN ARTERIAL EN PRESUROMETRIAS Y SU RELACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN EL SEGUIMIENTO

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

MALANO, Damián Jesús | PEREA, Joaquin | CORZO, Sofia María | GOLDARACENA, Francisco | MAZUQUIN, Andres | DENNER, German | GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | RACKI, Mario

Sanatorio Güemes

Introducción: La hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular de mayor impacto y prevalencia en la población general. En la actualidad contamos para su estudio y seguimiento de herramientas como el monitoreo ambulatorio de presión el cual nos brinda importante información acerca no solo del grado de hipertensión sino que nos clasifica a nuestros pacientes en diversos patrones según presenten o no disminución de la presión arterial durante la noche. Poco sabemos en la actualidad sobre el impacto de dichos patrones en el riesgo cardiovascular.

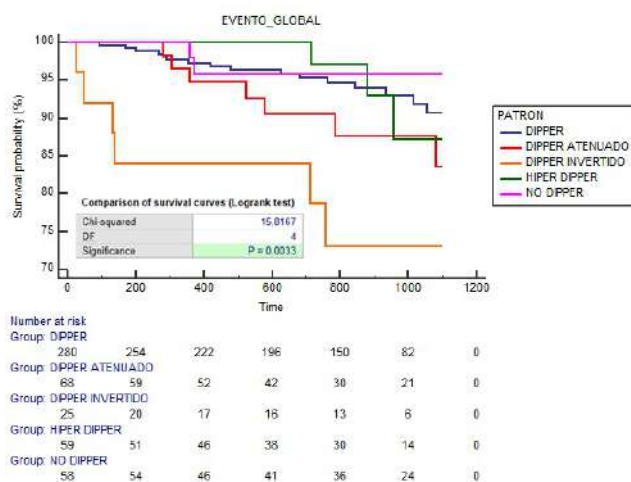
	DIPPER	DIPPER ATENUADO	DIPPER INVERTIDO	HIPER DIPPER	NO DIPPER	p
n	283	69	25	59	58	
SEXO = M (%)	128 (45.2)	39 (56.5)	9 (36.0)	32 (54.2)	32 (55.2)	0.174
EDAD (mean [SD])	56.70 (14.54)	60.28 (15.08)	66.36 (13.67)	59.24 (13.52)	64.97 (13.66)	<0.001
IMC (median [IQR])	28.00 [25.00, 32.00]	29.00 [26.75, 32.00]	29.00 [26.00, 33.31]	28.00 [25.00, 32.00]	29.00 [26.00, 31.48]	0.195
DLP = SI (%)	89 (31.7)	25 (36.2)	8 (32.0)	20 (33.9)	16 (44.8)	0.421
SOT = SI (%)	101 (35.9)	27 (39.1)	17 (68.0)	26 (44.1)	35 (60.3)	0.001
TBOI = SI (%)	29 (10.3)	17 (24.6)	6 (24.0)	6 (10.2)	17 (29.3)	<0.001
TBCI = SI (%)	61 (21.8)	11 (15.9)	8 (32.0)	24 (40.7)	18 (31.0)	0.007
SCA = SI (%)	8 (2.8)	9 (13.0)	0 (0.0)	1 (1.7)	3 (5.2)	0.002
ACV = SI (%)	11 (3.9)	4 (5.8)	0 (0.0)	1 (1.7)	6 (10.3)	0.116
FEV (median [IQR])	68.00 [65.00, 70.75]	67.00 [62.00, 70.00]	66.00 [60.00, 70.00]	67.00 [63.50, 69.75]	67.00 [64.00, 70.75]	0.344
IECA = SI (%)	81 (28.6)	29 (42.0)	5 (20.0)	15 (25.4)	18 (31.0)	0.146
ARA II = SI (%)	91 (32.2)	22 (31.9)	14 (56.0)	21 (35.6)	19 (32.8)	0.194
BLOQUEA = SI (%)	61 (21.6)	21 (30.4)	9 (36.0)	12 (20.3)	18 (31.0)	0.176
TIAZIDAS = SI (%)	35 (12.4)	9 (13.0)	3 (12.0)	5 (8.5)	7 (12.1)	0.938
ANT-ALDOSTERONA = SI (%)	4 (1.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.7)	5 (8.6)	0.013
BB = SI (%)	59 (20.8)	24 (34.8)	9 (36.0)	11 (18.6)	12 (20.3)	0.007
ESTATINAS = SI (%)	81 (29.0)	21 (30.4)	7 (28.0)	12 (20.3)	24 (41.4)	0.171
Promedio PAS 24 hrs (M [IQR])	129.00 [121.50, 138.00]	134.00 [121.00, 147.00]	137.00 [125.00, 155.00]	132.50 [122.00, 142.00]	134.50 [127.25, 142.00]	<0.001
Promedio PAD 24 hrs (M [IQR])	76.00 [68.00, 81.50]	77.00 [69.00, 83.00]	75.00 [68.00, 85.00]	74.00 [68.00, 80.00]	77.00 [67.25, 83.00]	0.917
Presión pulso 24hrs (M [IQR])	53.00 [46.00, 62.00]	57.00 [51.00, 64.00]	66.00 [59.00, 73.00]	53.00 [45.00, 59.00]	59.00 [50.25, 67.75]	<0.001
EVENTO GLOBAL = SI (%)	18 (6.4)	7 (10.1)	6 (24.0)	3 (5.1)	5 (8.6)	0.027
MACE = SI (%)	8 (2.8)	3 (4.3)	3 (12.0)	0 (0.0)	1 (1.7)	0.051
MUERTE CV = SI (%)	3 (1.1)	0 (0.0)	2 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.007

Objetivos: Comparar y evaluar patrones de hipertensión arterial en relación a eventos cardiovasculares mayores

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de una base de datos de un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron para el análisis adultos con HTA que se habían realizado una presurometria. El seguimiento fue hasta 36 meses. El análisis estadístico fue el convencional para estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó el programa estadístico MedCalc 18.2.1 y Rstudio 1.4.1106 y se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: De los 494 pacientes incluidos para el análisis, un 52% eran mujeres. El promedio de edad era 60 años (DE 14,7). Encontramos que la gran mayoría presentaba al menos una comorbilidad y el 71% se encontraba tratado con al menos una droga antihipertensiva. Cuando estratificamos la población según patrones de hipertensión arterial, el patrón dipper representaba el 57%, el dipper atenuado el 14%, el 11% hiper dipper y no dipper y el 5% restante el dipper invertido. En la tabla 1 se describen las características basales según los patrones. En las curvas de Kaplan Meier se evidenció una menor supervivencia asociada al patrón dipper invertido ($p = 0,003$).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes hallamos diferencias estadísticamente significativas de menor supervivencia de los pacientes con el patrón de hipertensión arterial dipper invertido.



0362 - VALOR DEL INDICE NEUTROFILO-LINFOCITARIO PARA PRONOSTICO DE EVENTOS EN PACIENTES CURSANDO UN SINDROME CORONARIO AGUDO.

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

MRAD, Sebastián Juan Bautista | IGLESIAS, Juliana | VIDAURRETA, Joaquin Manuel | VAZQUEZ EPELBAUM, Juan Ernesto | COHEN ARAZI, Hernán | IAMEVO, Rafael Angel | FERREYRA, Raul Eduardo

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La inflamación juega un rol clave en el desarrollo de la inestabilidad de la placa que lleva al desarrollo de un síndrome coronario agudo (SCA). El recuento de glóbulos blancos (GB), marcador universal de inflamación, ha sido

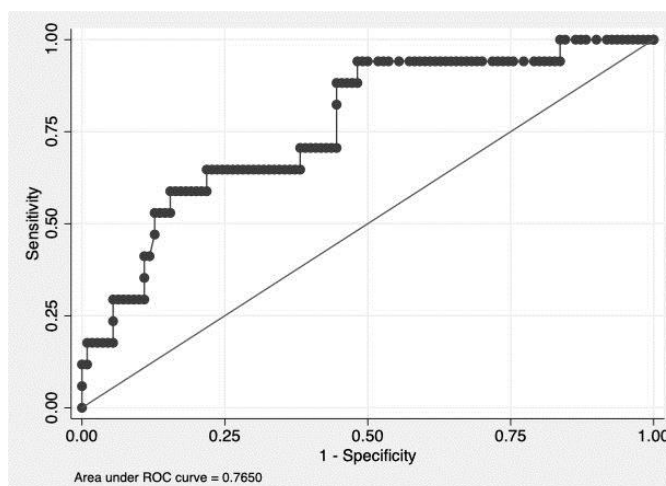
asociado como predictor en pacientes con SCA. Estudios recientes han planteado al índice neutrófilo-linfocitario (INL) como un marcador pronóstico en enfermedad inflamatorias, cardiovasculares y oncológicas, así como también un marcador de severidad de enfermedad coronaria y de mortalidad a largo plazo.

Objetivos: Determinar en pacientes admitidos a un servicio de Cuidados Cardiovasculares Intensivos que cursan un síndrome coronario agudo el índice neutrófilo-linfocitario (INL), y su asociación con eventos mayores durante su internación hospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicentrico. Se incluyeron 127 pacientes ingresados a sala de Cuidados Intensivos Cardiovasculares de un Sanatorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). Se realizó medición de glóbulos blancos (neutrófilos y linfocitos) y de biomarcadores mediante una muestra de sangre obtenida por punción venosa para análisis inmediato en el laboratorio, realizándose luego el cálculo del INL (número absoluto de neutrófilos / número absoluto de linfocitos). Se realizó un análisis descriptivo de las características de la población. Se analizaron como punto final eventos mayores definidos como muerte o shock cardiogénico. Las variables se analizaron según correspondiera con t test, wilcoxon y chi2. Las variables numéricas se expresaron como mediana, rangos intercuartil (RIC), y porcentaje según correspondiera. Se analizó por regresión logística las variables analizadas a punto final.

Resultados: Se analizaron 127 pacientes con diagnóstico de SCA, siendo el 34% SCACEST y 66% SCASEST, de los cuales 46 fueron IAMSEST, 31 anginas inestables y 7 angina microvascular. Presentaron una mediana de edad de 65 años (RIC 25- 75: 54-76). El 78% fueron hombres. De la población analizada, el 68% eran hipertensos, 28% diabéticos, 61% dislipémicos, 45% obesos. Al ingreso se registró una TAS de 150 mmHg (RIC 25-75: 130-160); frecuencia cardíaca de 80 lpm (RIC 25-75: 74-90). Se evaluaron biomarcadores como Troponina US de 535 pg/ml (RIC: pg/ml), NT-proBNP de 549 pg/ml (168-2372), así como marcadores inflamatorios: GB de 8900/mm3 (RIC 25-75: 7200-12300) y Proteína C reactiva (PCR) de 3.5 pg/ml (RIC 25-75: 1.6-10.6 pg/ml). Se realizó el cálculo del INL con una mediana de 3.21 (RIC 25-75: 1.89-6.25), con valores en los pacientes con SCACEST de 4.48 (RIC 25-75: 1.8-7.86), y en los SCASEST de 2.7 (RIC 21-75: 1.9-5.1; P: 0.14). El INL se correlacionó con los dosajes de Troponina US ($p=0.02$) y PCR ($P=0,02$). A su vez el INL se asoció a muerte o shock de forma significativa (OR 1.15; IC 95% 1.06-1.26; $p=0.001$) como variable continua. Se evidenció un cstatistics por curva ROC de 0,77, con un punto de corte de 3,92. En los casos de SCASEST un INL alto se asoció de manera independiente a muerte o shock (OR 4,95; IC 95% 1,38-17,73; $p=0,014$). El antecedente de diabetes también se asoció de forma significativa e independiente con el desarrollo de muerte o shock (OR 5,41; IC 95% 1,66-17,61; $p=0,005$).

Conclusiones: Dentro de la población que sufre un SCA, se evidenció asociación entre los niveles de INL y Troponina US y PCR, El INL mostró una correlación entre niveles altos, definido por encima de 3,92 en nuestra cohorte, y eventos mayores de muerte y shock cardiogénico.



0363 - FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN FEMENINA CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA

Unidad Temática: Corazón y Mujer

ROSELL, María Belen | GARCIA BARBOSA, Camila Aine | MIRAGAYA, Nicolas | LLANOS TIRADO, Tomás Edward | PEREZ, Marcelo | TRAININI, Alejandro | CHRISTEN, Alejandra Inés | CRESPO, Fabian

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: La enfermedad cardiovascular en la mujer constituye la principal causa de muerte en mayores de 50 años, al igual que en el hombre.

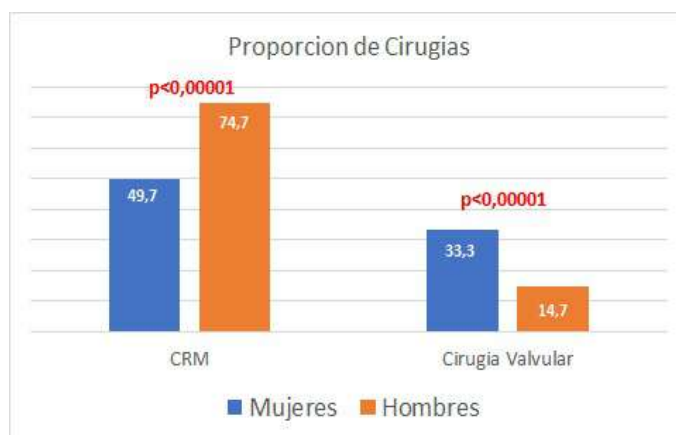
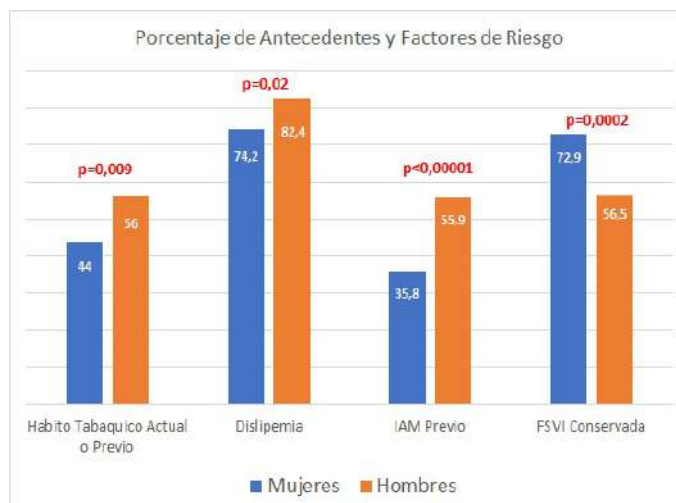
Objetivos: Comparar las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad cardíaca entre la población femenina y masculina con indicación de Cirugía Cardíaca en un Hospital Público de tercer nivel de la provincia de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes (P) consecutivos, que fueron derivados al servicio de Cirugía Cardíaca, entre Enero de 2016 y Diciembre de 2020. Se tomaron variables

epidemiológicas relacionadas con factores de riesgo cardiovasculares tradicionales y antecedentes clínicos. Se utilizaron las pruebas Test de Student y Chi-Cuadrado (SPSS v24).

Resultados: Fueron derivados 704 P para tratamiento quirúrgico, 159 mujeres (M) (22,6%) y 545 hombres (H) (77,4%), con edad media 59,8 años (M:59,7 vs H:59,8; $p=0,34$). Los antecedentes de hipertensión arterial, sedentarismo, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Se observó diferencia significativa en dislipidemia (M: 74,2% vs H: 82,4%; $p=0,02$) y antecedente tabáquico previo o actual (M: 44% vs H: 56%; $p<0,001$). Se observó diferencia significativa en antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) previo (M: 35,8% vs H:56%, $p<0,0001$) y función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) (M: 73% vs H:57%, $p=0,0002$). Las mujeres recibieron una indicación significativamente mayor de cirugía de reemplazo valvular (M:24,5% vs H:12%, $p<0,00001$).

Conclusiones: En esta población se observó que las mujeres que tenían indicación de Cirugía Cardíaca presentaban mayor incidencia de enfermedad dislipémica y menor hábito tabáquico, con menor incidencia de IAM previo y una FSVI más conservada con respecto a la población masculina. Además, se encontró una mayor proporción de indicación de cirugía de reemplazo valvular en la población femenina.



0365 - PREVALENCIA DE NEFROPATÍA POR CONTRASTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

PARRAS, Jorge | SOSA ERRO, Maria Florencia | ONOCKO, Mariela

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: Es de suma importancia reconocer los factores de riesgo para evitar la nefropatía por contraste. Es conocida la asociación entre la misma y factores de riesgo tales como: enfermedad renal previa, edad avanzada, diabetes mellitus, uso reciente de antiinflamatorios no esteroideos, entre otros. Sin embargo su asociación con arteriopatía periférica en pacientes con síndrome coronario agudo no ha sido ampliamente estudiada.

Objetivos: Nos propusimos a evaluar la prevalencia de nefropatía por contraste en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo a quienes se realizaron angiografía coronaria y antecedente de arteriopatía periférica.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, analítico y observacional que incluyo pacientes hospitalizados en el servicio de unidad coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes desde el 1 de enero del 2019 hasta el 8 de febrero del 2020 por síndrome coronario agudo que requirieron de angiografía coronaria.

Resultados: Se incluyeron 199 pacientes con diagnostico de sindrome coronario agudo, de los cuales el 13,6% presentó antecedente de arteriopatía periférica. La edad media fue de $62,7 \pm 11,5$ años y el 70,9% eran de sexo masculino. El 78,4% eran hipertensos, 28,1% diabéticos, 44,7% dislipidémicos, 36,2% tabaquistas y el 6% presentó antecedente de enfermedad renal crónica. El 2,5% de la población presentó nefropatía por contraste. Sin embargo, la misma fue mas prevalente en pacientes con antecedente de arteriopatía periférica (37% vs 17,4%, $p: 0,02$).

Conclusiones: La prevalencia de nefropatía por contraste en pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo fue mayor en aquellos con historia de arteriopatía periférica. La misma se podría considerar como un factor de riesgo adicional.

0366 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y TELEMEDICINA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

PRONOTTI, María Victoria | SCHIAVONE, Miguel Javier | CASAS, Fernando Augusto | MEDINA, Graciela | CALDERON, María Jose | NOSETTO, Daniela | BALLERIO, Fernando Oscar | AVACA, Horacio Alberto

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 se inició en diciembre de 2019 en China y se propagó rápidamente en todo el mundo. Ha impactado sobre los pacientes hipertensos de varias maneras, en la pérdida de trabajo y cobertura médica, la inactividad física derivada del aislamiento social, y ha generado un cambio en el paradigma de atención médica de patologías crónicas, dando impulso a una modalidad de atención virtual, la telemedicina. En el marco de esta forma de atención virtual se nos planteó la inquietud de conocer la calidad de las mediciones de presión arterial relatadas por los pacientes, ya que en base a dicha información se tomarían decisiones que involucran la salud de los mismos.

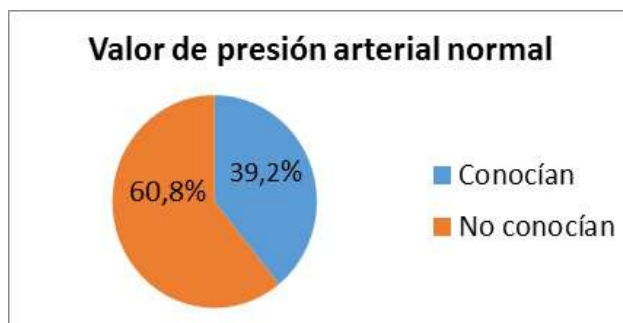
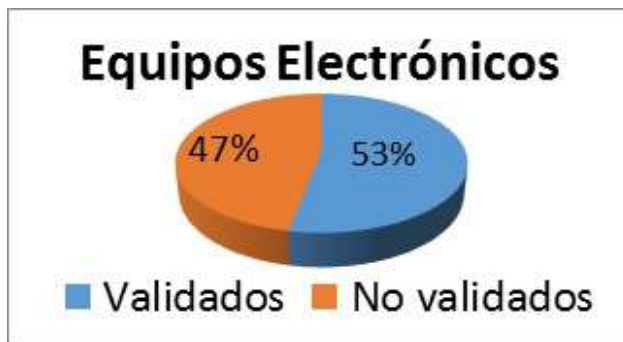
Objetivos: evaluar la técnica de toma de presión arterial (equipos y procedimiento), su conocimiento al respecto y en base a ello educar al paciente hipertenso.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de 426 pacientes que solicitaron una tele-consulta en un hospital de comunidad, durante los meses de Julio y noviembre 2020. Durante las consultas se interrogó al paciente sobre el equipo utilizado para el control de su presión

arterial, la técnica de medición y también sobre el conocimiento de las cifras de presión arterial que los definían como hipertensos. Se incluyeron individuos mayores de 18 años, que realizaron una tele-consulta por Hipertensión Arterial. Se registró en todos los casos la edad, sexo, el tensiómetro que poseían en sus hogares o bien donde habían realizado los controles, el tipo de tensiómetro que utilizaron en caso de tenerlo (manual o electrónico). También se interrogó aspectos que hacen a la técnica principalmente vinculados a la cantidad de registros realizados. Y por último se interrogó sobre el valor de corte considerado elevado para definir hipertensión arterial.

Resultados: El total de pacientes encuestados fueron 426, 49% mujeres, edad promedio 62 años. El 92.95% (n=396) tenían un tensiómetro en su casa, de los cuales el 73% (n=289) eran electrónicos de brazo, mientras que un 16.16% (n=64) eran tensiómetros electrónicos de muñeca y un 10.84% (n=43) eran tensiómetros manuales. Del total de encuestados, solo un 53% (n=210) poseían un tensiómetro validado. En cuanto a la técnica utilizada para realizar el registro de presión arterial, solo un 35% (n=149) hacían al menos 2 registros. Por último, se evaluó el conocimiento sobre la enfermedad a través del valor de corte para determinar hipertensión arterial (considerando como valor normal en domicilio a valores menores a 135 mmHg de PA sistólica y/o 85 mmHg de PA diastólica). Tan solo el 39,2% (n=167) conocía los valores considerados normales.

Conclusiones: La pandemia que atravesamos obligó a buscar nuevas herramientas para el contacto con el médico. En hipertensión arterial uno de los objetivos más importantes es el adecuado registro domiciliario de la presión arterial. La telemedicina podría resolver parte de la barrera de accesibilidad, pero para la toma de decisiones dejamos en evidencia el escaso número de tensiómetros validados, el poco conocimiento sobre la técnica adecuada para el registro de la PA y el desconocimiento de los valores considerados normales de presión arterial. Por lo que es de suma importancia para el médico enriquecer la comunicación y la educación con el paciente.



0371 - DESENCADENANTES EMOCIONALES EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICOS Y PANDEMIA POR COVID

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

GIGENA, Gerardo Esteban | KIM, Alejandro | YURKO, Vielka | GALVEZ GIL, Carolina | VOLPATO, Jessica | PADULA, Agustin Leonel | ALBORNOZ, Miguel Federico | BLANCO, Rodrigo Ignacio

Hospital General de Agudos Dr. C. 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 (DE) y las características clínicas de los pacientes. Comparar las características de los desencadenantes emocionales pre/post dictado de la cuarentena obligatoria por COVID-19

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. Se analizó si existió DE o no, el tipo de desencadenante y la relación entre el tipo de DE y las características clínicas del paciente. Se evaluó la demora entre el inicio del dolor y la consulta médica acorde al tipo de DE. Por último se evaluó y comparo los tipos de DE previo y posteriores al dictado de la cuarentena por COVID-19. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 110 pacientes que ingresaron por IAM; 69 pacientes ingresaron previo al inicio de la cuarentena obligatoria por COVID-19 (18 de marzo 2020) y 41 pacientes ingresaron posterior al dictado de la cuarentena. El 80,1% (89 p) de los pacientes refirió una situación emocional intensa dentro de las dos semanas previas al IAM; un 19,1% no refirió ningún DE. Los DE más frecuentes referidos por los pacientes fueron: trastorno por pérdida del trabajo o pérdida económica (34,5%), trastorno por pena o pérdida de seres queridos (26,4%), trastorno por cólera por indignación (10,1%) y gozo excesivo (5,4%). Características clínicas: 81,8% (90p) eran hombres, la edad promedio fue de 58,7 +/- 10 años. La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares fue: HTA 53%, DLP 38%, Diabetes 18%, tabaquismo 52% y adicción a drogas 6%. El DE relacionado con la pérdida económica o de trabajo fue más frecuente en hombres que en mujeres (41% vs 5%, $p=0,01$) y fue el DE más frecuente luego de dictada la cuarentena obligatoria (46,3% vs 28,8%, $p=0,04$) 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 DE y los factores de riesgo cardiovasculares de los pacientes.

Conclusiones: Los desencadenantes emocionales son habituales en pacientes con IAM. Los más frecuentes son el trastorno por pérdida del trabajo o pérdida económica, trastorno por pena o pérdida de seres queridos y trastorno por cólera por indignación. La pérdida económica o de trabajo fue más frecuente en hombres, se incrementó su frecuencia luego de declarada la cuarentena por COVID y se asoció a mayores demoras en la consulta.

0376 - USO DEL ANÁLISIS DE SERIES DE TIEMPO INTERRUMPIDAS PARA EVALUAR LA TASA DE HOSPITALIZACIONES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO EN EL MERCADO JAPONÉS

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

VAN DER PLAS, Angela | ZOU, Lu | BAROZZI, Nadia | ROMERO KRAUSS, Alba | ANTUNES, Meagan | HANKINS, Matthew | HEREMANS, Annie | COSTANTINI, Andrea

Phillip Morris International

Introducción: Los datos del mundo real (DMR) se encuentran disponibles fácilmente a través de múltiples fuentes. Considerando el interés en evaluar el impacto del cambio de fumar cigarrillos a utilizar productos de tabaco calentado (PTCs) tanto en el individuo como en la población, los DMR pueden ser una opción viable. Se ha utilizado el análisis de series de tiempo interrumpidas (ITS) usando DMR para evaluar el impacto a nivel poblacional de diferentes intervenciones tales como prohibiciones de fumar y sus efectos sobre criterios de valoración de enfermedades relacionadas con fumar. Un estudio reciente utilizando este tipo de datos mostró que la introducción de PTCs se asoció con una reducción en las ventas de cigarrillos en Japón.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la tasa de hospitalizaciones por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y por cardiopatía isquémica (CI) antes y después de la introducción de PTCs en Japón, utilizando dos fuentes diferentes de DMR que incluyen diferentes poblaciones.

Materiales y Métodos: Las tasas de hospitalizaciones asociadas con los códigos CIE-10 para EPOC y CI entre los años 2013 y 2019 fueron recuperados de dos bases de datos: 1) Visión Médica de Datos, 2) Centro de Datos Médicos Japoneses. Los datos fueron analizados utilizando el modelo de ITS ajustado por edad, sexo y los datos de ventas de tabaco, para evaluar la hipótesis de que la introducción de los PTCs se asoció con una reducción en las hospitalizaciones por EPOC (todos los códigos), exacerbaciones de EPOC y CI.

Resultados: Los resultados de los datos de Visión Médica de Datos, ajustados por edad y sexo, con un retraso de 3 años, mostraron una reducción estadísticamente significativa en el número de hospitalizaciones por exacerbaciones de EPOC ($p < 0,01$) luego de la introducción de los PTCs. También se observó un leve descenso en la tasa de hospitalizaciones por CI, sin embargo, no fue significativa. Los resultados del Centro de Datos Médicos Japoneses también muestran algunas asociaciones entre la introducción de los PTCs y la tasa de hospitalizaciones.

Conclusiones: El análisis de tendencias temporales de las tasas de hospitalizaciones es una forma viable de buscar potenciales efectos de los PTCs sobre las enfermedades relacionadas con fumar, teniendo en cuenta todas las consideraciones necesarias (ejemplo, la relación de causalidad no puede ser establecida). Los resultados de nuestros análisis recientes demuestran la factibilidad de esta aproximación como un primer paso para evaluar el impacto de los PTCs en la salud de la población.

0379 - OBESIDAD Y SOBREPESO CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO: IMPLICANCIAS EN ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

HELLMAN, Lorena | RODRIGUEZ ACUÑA, Maria Isabel | MESSINA, Nahuel Sergio | KRASELNIK, Ariel | PIROLA, Daniel | ANTOKOLETZ HUERTA, Daniel | AGUILO, Florencia | GIUNTA, Gustavo

Fundación Favalaro

Introducción: El sobrepeso y la obesidad son una epidemia global. El síndrome metabólico (SM) se asocia frecuentemente con un incremento en el índice de masa corporal (IMC), y se asocia a un peor pronóstico cardiovascular.

Objetivos: El propósito de este estudio es evaluar la presencia de SM en relación con las categorías de IMC, así como la frecuencia de aterosclerosis subclínica.

Materiales y Métodos: Se incluyeron hombres y mujeres adultos sin diagnóstico de enfermedad cardiovascular en un estudio de cohorte transversal. Los participantes se dividieron en 3 grupos: peso normal (PN) si presentaban un $IMC < 25$, sobrepeso (SP) con $IMC = 25$ y < 30 , y Obesos (OB) con $IMC = 30$. La presencia de AS se definió a partir del hallazgo de placas de ateroma carotídeas mediante ultrasonido. La asociación entre AS, IMC y SM fue evaluada mediante modelos de regresión logística.

Resultados: Se estudiaron 3716 pacientes (pac), 66,7% mujeres, con una edad promedio de $47 \pm 17,5$ años. De acuerdo al IMC, 28,2% presentaron PN, 39,4% SP y 32,4% OB. Se evidenció SM en 25,9% ($n=964$). Se observó una fuerte asociación entre SM e IMC (PN 4,9%, SP 21,4%, OB 49,7%; $p < 0,001$). La prevalencia de AS fue mayor en el grupo PN con SM (SM 25,4% vs. sin SM 45,1%; $p < 0,005$), con resultados similares en los grupos SP (con SM 43,2% vs. sin SM 58,9%; $p < 0,0001$) y OB (con SM 44,2% vs. sin SM 57,8%; $p < 0,0001$). Los modelos de regresión logística mostraron que la AS presenta una asociación independiente con criterios de SM (HTA, $p < 0,001$; HDL, $p < 0,05$; y TG, $p < 0,005$) ajustados por sexo, edad e IMC.

Conclusiones: La prevalencia de AS se incrementa en forma importante en los pacientes con sobrepeso, aumentando aún más con la obesidad. Este vínculo se potencia ante la presencia de hipertensión arterial o dislipidemia, revelando una población que requiere el control integral de esos factores de riesgo.

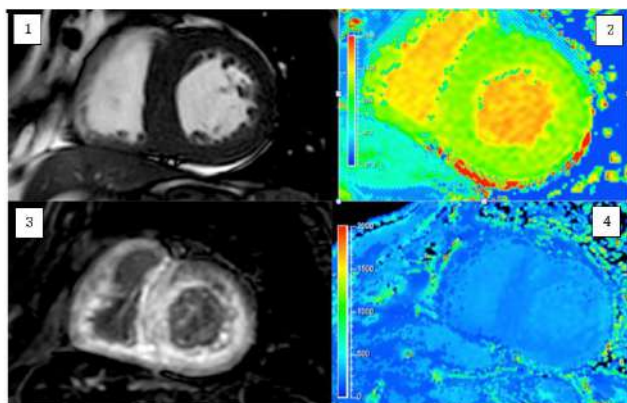
0380 - UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA PARA EVALUACION DE AMILOIDOSIS CARDIACA

Unidad Temática: Tomografía y Resonancia Magnética

POLLA, Gabriela Cristina | BERTOLDI, Maria Rocio | CAPÓ V., M. Joaquín | DEL PÓPOLO, M. Paula | NATALIA N., Massaccesi B. | NIELLA, Natalia | SPAMPINATO CANALS FRAU, Maria Agustina | NIELLA, Marcela Beatriz

FUESMEN - Fundación Escuela de Medicina Nuclear

Introducción: La amiloidosis cardíaca (AC) es una enfermedad infiltrativa por depósito en el tejido extracelular de fibrillas amiloides insolubles produciendo daño miocárdico de forma multifactorial, tanto por cardiotoxicidad como por isquemia. La resonancia magnética cardíaca (RMC) es una técnica no invasiva, para la evaluación del compromiso miocárdico por AC. El realce tardío con gadolinio (RTG) identifica la acumulación de depósito amiloide y fibrosis, por su patrón característico subendocárdico o transmural global, con cinética anormal del pool sanguíneo de gadolinio; la secuencia de T1 Mapping permite obtener el valor cuantitativo de cada pixel de miocardio, los tiempos de relajación objetivan la presencia de depósito amiloide y fibrosis intersticial incluso en pacientes con insuficiencia renal.



1.-RMC imagen cine eje corto fin de diástole. 2.-Secuencia T1 Mapping eje corto. 3.- RTG en eje corto. 4.-Secuencia T1 Mapping post contraste eje corto.

Edad (Años) mediana	71
Masculino (%)	59
Índice de Masa corporal (Kg/m2) Media	25.5
Hipertensión (%)	47
Fibrilación auricular %	41
Dislipemia (%)	24
Mieloma Múltiple (%)	24
Enfermedad Coronaria (%)	0
Diabetes Mellitus (%)	0
Insuficiencia Cardíaca (%)	88
Internación por Insuficiencia Cardíaca	53
Clearance de Creatinina <30 ml/min (%)	12

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir los hallazgos obtenidos en pacientes con diagnóstico de AC por RMC.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 17 pacientes con diagnóstico de AC por RMC, en los que el protocolo incluía secuencia de T1 Mapping. Se realizó RMC en equipo de 1.5T (Ingenia, Phillips). Se adquirieron imágenes cine, T1 mapping eje corto precontraste y postcontraste (secuencia de recuperación Modified Look-Locker inversión), T1 IR post gadolinio entre los 5 y 10 minutos posterior a la infusión del contraste. En pacientes con clearance de creatinina < 30 ml/min no se realizó gadolinio.

Las imágenes se procesaron con Software Extended MR WorkSpace 2.6.3.4. Se realizó análisis de morfología, función y cuantificación de las cuatro cavidades en imágenes cine. En T1 mapping precontraste y post contraste se cuantificó el valor de relajación miocárdica en 16 segmentos de ventrículo izquierdo y en la cavidad ventricular para el cálculo de volumen extracelular (ECV). Para determinar la normalidad de las variables no binarias se utilizó el test de Shapiro-Wilk. Los grupos paramétricos se evaluaron con la prueba t de Student, mientras que variables binarias se analizaron con la prueba de Chi-cuadrado. Para las variables cuantitativas se realizó una regresión lineal evaluando el coeficiente de determinación. Se consideró un $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Todos los pacientes presentaron valores incrementados en T1 mapping nativo, valor medio de la distribución del $T1 = 116761$ ms. Se determinó una relación inversamente proporcional ($m = -4.70.4$) entre el FEVI y el valor medio del T1 mapping de los segmentos mayores a dos DS. De los 15 pacientes que recibieron contraste, 87% presentaron RTG, y de estos 43% mostraron un patrón clásico.

Conclusiones: La afectación cardiovascular en amiloidosis empeora marcadamente el pronóstico. El T1 Mapping permite el diagnóstico precoz ya que puede ser el primer marcador en alterarse. Encontramos este parámetro elevado en todos los pacientes, independientemente de la presencia de las variables analizadas, por lo que consideramos que es una técnica fundamental para la detección precoz, incluso en pacientes en donde el gadolinio está contraindicado.

0381 - ROL DE TELEMEDICINA PARA SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR SARS-COV2: ¿TODOS LOS PACIENTES SE BENEFICIAN POR IGUAL?

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

FLEMING, Estefania Anabel | BALLESTEROS ZAMBRANO, Oswaldo Andres | GODOY GONZALEZ, Natalia Noemi | MARCIAL, Andres German | KOCH, Gustavo | PERADEJORDI, Margarita

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: En el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19 las modalidades de atención y seguimiento de la insuficiencia cardíaca avanzada (ICAv) se han modificado en todo el mundo. En nuestro país se decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio (decreto 292/2020), afectando el desarrollo de los consultorios externos de nuestro centro. Considerando el alto riesgo y la necesidad de seguimiento estrecho de los pacientes con ICAv rediseñamos la modalidad de atención incorporando las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

Objetivos: Describir la prevalencia de las consultas presenciales no programadas y necesidad de consultas inesperadas a guardias y/o internaciones. Describir la mortalidad por progresión de insuficiencia cardíaca. Analizar el impacto de las TIC según clase funcional.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes con ICAv entre el 1° de Junio y el 31 de Diciembre de 2020, en hospital de alta complejidad. El seguimiento virtual se realizó exclusivamente utilizando las TIC suministradas por el servicio de telemedicina de nuestro centro conjuntamente con gestión de pacientes y sistemas, por videoconferencia mediante el software Webex, siguiendo las normativas vigentes

(consentimiento informado e historia clínica informatizada con software Sigheos). En cada consulta se aplicó un cuestionario prediseñado. Para el análisis estadístico se utilizó el software Statistix 7.1. Las variables continuas fueron expresadas mediante media y desvío estándar, las categóricas a través de valores absolutos y porcentajes. Para el análisis de las diferencias entre grupos que incluyeran variables continuas se utilizó el test de T para dos muestras; en el caso de variables categóricas se utilizó el test de chi al cuadrado o la prueba exacta de Fisher, dependiendo del número de individuos analizados. Un valor de $P < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

Resultados: Se evaluaron por el consultorio virtual de ICAv 36 pacientes. Las características basales de esta cohorte fueron: edad $51,5 \pm 9,1$ años, masculinos 86,1%, fracción de eyección ventrículo izquierdo (FEVI) $27,8 \pm 8,4\%$. Se analizaron en forma comparativa dos grupos según clase funcional (CF): G1 CF I y II, G2 CF III y IV (tabla 1). Los resultados se muestran en la tabla 2. Las consultas presenciales no programadas estuvieron presentes en el 38,9% de los pacientes, G1 26,1% vs G2 61,5% ($p=0,0732$). Las consultas inesperadas a guardia y/o internaciones ocurrieron en el 30,6%, G1 17,4% vs G2 53,8% ($p=0,0316$). Dentro de las causas la insuficiencia cardíaca descompensada no se presentó en ningún paciente del G1, siendo la principal del G2 ($p=0,0121$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por insuficiencia cardíaca entre ambos grupos durante el seguimiento.

Tabla 1	Global (n=36)	G1 (n=23)	G2 (n=13)	P (IC 95%)
Edad (media±DS), años	51,5±9,1	49,4±9,7	55,2±7,2	0,0685
Masculinos,%	86,1	78,2	100	0,1363
Etiología,%				
Isquémico-necrótica	36,1	30,4	46,2	0,4741
Idiopática	16,7	17,4	15,4	1
Chagas	16,7	17,4	15,4	1
Otras	30,6	34,8	23,1	0,7082
Presencia de síntomas y/o signos distintos a disnea,%	30,6	17,4	53,3	0,0316
Síncope	11,1	4,3	23,1	0,1238
Mareos	11,1	4,3	23,1	0,1238
Ángor	2,8	4,3	0	1
Edemas	5,6	4,3	7,7	1
FEVI (media±DS),%	27,8±8,4	28,7±10	26,3±5,3	0,3951
Compromiso de VD,%	45,7	39,1	58,3	0,311
Presencia de CDI,%	38,9	43,5	30,8	0,501
HTP severa,%	11,1	4,3	23,1	0,123
Número de furosemidas/día (media±DS)	2,7±2,1	2±1,7	4±2,3	0,003
Intolerancia a TMDG,%	61,1	60	61,5	1
Evaluación pre TxC,%	36,1	39,1	30,8	0,726

Tabla 2: resultados	Global (n=36)	G1 (n=23)	G2 (n=13)	P (IC 95%)
Número de consultas/paciente (media)	1,97	2	1,9	0,9310
Ajuste telefónico tto,%	50	30,4	84,6	0,0045
Consulta presencial no programada,%	38,9	26,1	61,5	0,0732
Consulta inesperada a guardia/internación,%	30,6	17,4	53,8	0,0316
Insuficiencia cardíaca descompensada,%	11,1	0	30,8	0,0121
Síncope,%	8,3	4,3	15,4	0,5394
Choque CDI/arritmia,%	2,8	4,3	0	1
Ángor,%	2,8	4,3	0	1
Shock cardiogénico,%	2,8	0	7,7	1
Otro,%	2,8	4,3	0	1
Cuadro compatible COVID-19,%	2,8	4,3	0	1
Muerte por insuficiencia cardíaca,%	5,6	0	15,4	0,1238

Conclusiones: En nuestra serie podemos demostrar que fue posible el seguimiento de una población con ICAv durante la pandemia por COVID-19 a través de la telemedicina. Esta herramienta permitió mantener un seguimiento estrecho, mejorar la adherencia al tratamiento, detectar precozmente la progresión de la enfermedad y seleccionar de manera adecuada la necesidad de intervenciones presenciales, incluso en CF avanzadas, reduciendo la necesidad de traslado hasta el hospital y la exposición innecesaria al SARS-CoV-2. La limitación de nuestro trabajo es el tamaño de la muestra.

0386 - FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA UNIDAD CORONARIA: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO SEGÚN PRIMER EVENTO O ULTERIOR

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

VERNAVÁ MARIANI, Martín | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MAURO, Víctor Miguel | CHARASK, Adrian | RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina | FAIRMAN, Enrique | ABBATE, Natasha | BARRERO, Carlos Manuel

Clínica Bazterrica

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una condición frecuente que presentan los pacientes (pts) en la Unidad Coronaria (UC). Sus características y tratamiento pueden diferir del de los pacientes ambulatorios. Es escasa la información existente acerca de este subgrupo particular de pts.

Objetivos: describir las características de los pts internados con FA en la UC, riesgo embólico y tratamiento según primer episodio o ulterior.

Materiales y Métodos: en una base de 779 pts consecutivos hospitalizados por FA en la UC de dos centros de CABA entre 2015 y 2020, se analizaron las características clínicas y los tratamientos instituidos según fuera o no primer episodio de FA.

Resultados: sobre 779 pacientes incluidos, la media de edad fue 71.6 años (DS 14.9), 45% fueron mujeres y 61% ingresaron como primer evento de FA. El motivo de consulta más frecuente fue palpitations (39.1%) seguido por disnea (21.7%). El 8.8% se presentó con inestabilidad hemodinámica que requirió cardioversión eléctrica de urgencia. La forma clínica más prevalente fue la paroxística en el 52.5% seguida de FA de tiempo incierto en 33.5%. La condición más frecuente relacionada fue infecciosa (12.3%) y no fue posible identificar causa en la mayoría de los casos (74.7%). La FA fue de alta respuesta en el 76%. Se observó dilatación auricular de algún grado por ecocardiograma en el 73.4%. El 46% presentó péptidos natriuréticos elevados y el 41% Dímero D positivo. El 24% de los pacientes presentó alguna complicación intrahospitalaria siendo la más frecuente salvas de FA de alta respuesta (7.6%), seguido de enfermedad del nodo sinusal en el 6.2%. El 5.1% de los pacientes requirió marcapasos definitivo. Menos del 1% de los pacientes presentó algún evento hemorrágico o cardioembólico. La media de tiempo de internación fue de 3.8 días (DS 4.04 - 25%-75%: 2 a 5) y el 2.6% de los pacientes obitaron durante el período hospitalario.

Conclusiones: El principal motivo de consulta de ingreso a UC es palpitations. Las complicaciones tanto cardio embólicas como hemorrágicas son raras en la fase hospitalaria. En los pts que ingresan con primer evento de FA se intenta mayormente control de ritmo, presentan mayor tasa de reversión espontánea y de egreso en ritmo sinusal. Los pts con antecedente de FA egresan anticoagulados de la UC con mayor frecuencia y los anticoagulantes más utilizados son los DOAC.

CHA2DS2 Vasc total (n: 779)	Media 2.94 (DS 1.8) - (rango IC: 2 a 4)
HTA	259 (33.6%)
ICC	159 (20.5%)
Diabetes	154 (20%)
ACV	51 (6.3%)
Enf vascular periférica	90 (11.5%)

Variable	FA (n: 779)		P
	Primer evento n: 474 (%)	Ulterior n: 305 (%)	
Control de ritmo	337 (71.1%)	179 (58.7%)	0.006
Reversión espontánea	137 (28.9%)	50 (16.4%)	0.00004
RS al alta	348 (73.4%)	190 (62.3%)	0.0014
Dilatación de AI	236 (49.8%)	132 (43.2%)	0.047
Anticoagulación al alta	279 (58.9%)	231 (75.7%)	0.0001
HBPM	7/279 (2.5%)	6/231 (2.6%)	NS
DOACs	197/279 (70.6%)	157/231 (67.9%)	0.0065
Antagonistas de vit. K	75/279 (26.9%)	68/231 (29.4%)	NS

0388 - PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Unidad Temática: Enfermedad Cardiovascular

HERZKOVICH, Nicole | LILLO, Ezequiel | LAGORIA, Juan Ignacio | PEREZ PONSA, Mercedes | GARAGOLI, Fernando Damián | ARIAS, Aníbal Martín | PIZARRO, Rodolfo | BLURO, Ignacio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Existe una estrecha asociación entre la enfermedad cardiovascular y la disfunción eréctil (DE) y se sabe que la DE precede a la aparición de la enfermedad coronaria sintomática. Sin embargo, esta problemática no es investigada por los médicos ni manifestada por los pacientes.

Objetivos: Determinar la prevalencia de DE en pacientes internados por síndrome coronario agudo.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal en el cual se incluyó a pacientes consecutivos internados en unidad coronaria con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Tras firmar el consentimiento informado los pacientes contestaron el cuestionario IIEF-5 validado para la detección de DE. Se consideró que la presencia de DE en todo paciente con un puntaje menor a 22. Se determinó la prevalencia de DE y se realizó un análisis univariado y multivariado incluyendo en este último todas aquellas variables con $p < 0.1$, a fin de determinar las características asociadas a la presencia de DE.

Características	Sin D.E. (n= 31)	D.E. (n= 58)	p
Edad (mediana, I _Q ₂₅₋₇₅)	58 (49,65)	65 (58,71)	<0.001
Pareja estable (%)	18 (58)	44 (75)	0.08
Diabetes (%)	4 (13)	14 (24)	0.21
Tabaquismo activo (%)	9 (29)	12 (21)	0.38
Hipertensión arterial (%)	13 (42)	40 (69)	0.013
Dislipemia (%)	17 (55)	45 (78)	0.026
Minutos de ejercicio (mediana)	120 (30,180)	60 (0,200)	0.31
Obesidad (%)	3 (10)	18 (31)	0.024
Enfermedad coronaria previa (%)	8 (26)	22 (38)	0.25
Medicación			
Sildenafil (%)	4 (13)	12 (21)	0.36
Tadalafil (%)	2 (6)	2 (3)	0.51
Estatinas (%)	16 (51)	36 (62)	0.34
Betabloqueantes (%)	11 (35)	28 (48)	0.25
IECA/ARA II (%)	12 (39)	28 (48)	0.39
Hipoglucemiantes orales (%)	3 (10)	13 (22)	0.14
Diuréticos (%)	3 (10)	6 (10)	0.92
Insulina (%)	1 (3)	6 (10)	0.23
Antidepresivos (%)	1 (3)	4 (7)	0.47
Ansiolíticos	2 (6)	5 (9)	0.73



Resultados: Se incluyeron 89 pacientes, las características de la población se presentan en la tabla 1. Tan solo 4 pacientes (4,5%) alcanzaron el puntaje ideal (25 puntos) del cuestionario. El 65% de los pacientes incluidos presentaron algún grado de DE según el puntaje del IIEF-5: 27% presentaron DE leve, 27% moderada y 11% severa. La edad, la hipertensión arterial, la dislipemia y la obesidad se asociaron con la presencia de DE. La edad OR 1.08 (IC95: 1.02-1.14; $p=0.006$) y la obesidad (BMI >30) OR 4,97 (IC95: 1.12-21,0; $p=0.03$) resultaron las únicas variables que se asociaron en forma independiente a la presencia de DE. El uso de ningún fármaco ansiolíticos, beta bloqueantes, antidepresivos, hipoglucemiantes ni insulina se asoció con la presencia de DE.

Conclusiones: El 65% de los pacientes que se internan por un evento coronario presentan algún grado de DE. La edad y la presencia de factores de riesgo asociados con la presencia de disfunción endotelial se asociaron a la merma en el rendimiento sexual masculino

0399 - UTILIZACIÓN DEL MAPEO DE ALTA DENSIDAD EN EL AISLAMIENTO DE LA VCS DURANTE LA ABLACIÓN DE FA.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

REVOLLO, Gerson Ariel | ABOY, Juan Manuel | MANGANI, Nicolas Martin | BARJA, Luis Dante

Hospital Universitario Austral

Introducción: El aislamiento objetivo de las 4 venas pulmonares (AVP) es el end point final en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA), sobre todo en las paroxísticas. En este tipo de FA como también en las persistentes, existen otros gatillos extra pulmonares que pueden iniciar estas arritmias. La vena cava superior (VCS) es uno de estos gatillos con una incidencia del 2% a 12%, cuyo aislamiento nos da un porcentaje extra de efectividad.

Objetivos: Evaluar la efectividad y utilidad del catéter de alta densidad para el mapeo de la VCS. Tipo de aislamiento circunferencial o segmentario, su localización, relación con mapa de voltaje, ubicación del nervio frénico (NF) y bloqueo bidireccional.

Materiales y Métodos: Entre agosto de 2020 a febrero de 2021 se realizó estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó 8 pacientes de ambos sexos, 2 FA paroxística 6 FA persistente. En todos los casos se realizó aislamiento de VCS en asociación a AVP, líneas y otras técnicas según el tipo de FA. La misma fue realizada con sistema de navegación EnSite Precision, con catéter irrigado abierto con fuerza de contacto (Abott) a 41W 41G. A cada paciente se realizó reconstrucción anatómica de aurícula derecha (AD) y VCS, mapa de voltaje para la ubicación del gap de entrada AD-VCS en ritmo sinusal con catéter de alta densidad HD Grid y ubicación del NF por mapeo anatómico. Posteriormente se realizó ablación segmentaria del gap de entrada AD-VCS o ablación circunferencial. Una vez aislada la VCS se realizó nuevo mapa de voltaje para la confirmación del bloqueo efectivo. Las aplicaciones cercanas al NF se realizaron bajo estimulación a fin de evitar complicaciones.

TABLA 1	Nro	%
 AISLAMIENTO DE VCS		
SI	8	100
NO	0	0
 TIPO DE AISLAMIENTO		
SEGMENTARIA	7	87,5
CIRCUNFERENCIAL	1	12,5
 GAP AD-VCS		
POSTEROSEPTAL	3	37,5
ANTEROLATERAL	2	25
POSTERIOR	1	12,5
SEPTAL	1	12,5
 UBICACIÓN DEL NF		
ANTEROLATERAL	8	100
VCS	5	62,5
VCS-AD	3	37,5
 COMPLICACIONES	0	0

TABLA 1: Tipo de aislamiento de VCS, GAP AD-VCS. Ubicación del NF.

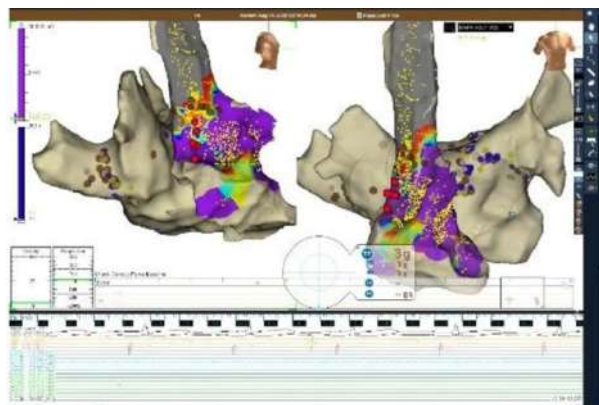


Figura 1: Reconstrucción anatómica con sistema de navegación EnSite Precision de VCS, AD, NF (puntos rojos), Gap AD-VCS Anterolateral coincidente con aislamiento segmentario (Puntos marrones) y mapeo de voltaje post aislamiento de VCS.

Resultados: De los 8 pacientes con aislamiento de VCS (Tabla1), se observó 1. Que el 87.5% de los casos (7 pacientes) necesito ablación segmentaria para el aislamiento de VCS y el 12.5% (1 paciente) ablación circunferencial con corte a nivel septal. El mapa LAT sirvió para la localización del gap de entrada AD-VCS coincidente con la ablación segmentaria cuyas zona más frecuentes fue, la región posteroseptal 37.5% (3 pacientes), anterolateral 25% (2 pacientes) y septal 12.5% (1 paciente). El 12.5% (1 paciente) necesito ablación circunferencial sin evidencia del gap de entrada con corte a nivel septal. 2. El sitio anatómico del nervio frénico en todos los pacientes se ubicó en la región anterolateral de la VCS. En su relación a la AD, el 62.5% (5 pacientes) se encontraba solo en VCS sin embargo en el 37.5% (3 pacientes) se ubicó hasta la región anterolateral de la AD (Figura 1).

Conclusiones: La utilización del catéter de alta densidad HD Grid útil y efectivo para reconocer rápidamente los gap de entrada AD-VCS, así como localizar el nervio frénico y la demostración del aislamiento a través de los mapas de voltaje.

0402 - RESULTADO DE PRUEBAS FUNCIONALES EN PACIENTES QUE CONCURREN A UN CENTRO DIAGNOSTICO PARA EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR POST COVID 19

Unidad Temática: Covid-19

MACIEL, Neiva(1) | REDRUELLO, Marcela(2) | BLANCO, Juan Manuel(2) | COLLAUD, Carlos(2) | PABSTLEBEN, Nadia(2) | CASTRO, Edgardo(2) | SAN MIGUEL, Lucas(2) | MASOLI, Osvaldo H.(2)

Clínica Bazterrica (1); TCba Salguero - Centro de Diagnóstico (2)

Introducción: La pandemia de COVID19 ha provocado millones de enfermos en todo el mundo. Muchos de ellos padecen compromiso cardiovascular además del respiratorio predominante. Los centros de diagnóstico cardiovascular comenzaron a recibir a los pacientes(p) post COVID para control debido al posible compromiso cardiológico en este grupo poblacional.

Objetivos: Evaluar los hallazgos en las pruebas funcionales cardiovasculares con imágenes (PM SPECT y Ecostress) de los p post COVID 19 que concurren a realizarse una evaluación rutinaria cardiovascular a un centro diagnóstico.

Materiales y Métodos: Se analizaron los estudios funcionales de p postinfección con SARS COV2, que concurren a nuestro centro desde el 20 de marzo del 2020 al 30 de abril del 2021 para realizarse un control cardiovascular solicitado por su médico de cabecera. Los estudios funcionales analizados fueron PM SPECT en reposo y post apremio y Ecostress ejercicio. Se interrogó el cuadro clínico que tuvieron en el momento de padecer la enfermedad y la presencia de enfermedad coronaria previa. Se analizaron los resultados de ambos métodos diagnósticos considerando como positivo la presencia de isquemia e infarto por ambos métodos (PM SPECT: Score de diferencia ≥ 3 y/o Score de reposo ≥ 3 . Ecostress ejercicio: aparición o nuevo trastorno de la motilidad parietal segmentaria al stress con respecto al basal.) Se compararon los hallazgos en ambos métodos diagnósticos.

	PM SPECT	ECOSTRESS	p
Pacientes	66	155	<0.001
Edad (años)	59	52	<0.001
Hombres	45	78	<0.05
Exceso de peso IMC >25	54(83%)	113(57%)	<0.001
Presentación clínica			
-Asintomático	30p	99p	
-Cuadro de vías aéreas superiores con y sin anosmia	15p	24p	
-Neumonía	15p	28p	
-Disnea post COVID	4p	4p	
-Dolor precordial	2p		
Antecedentes Cardiovasculares previos ATC-CRM-IAM	14p(21%)	4p(2,5%)	<0.001
Prueba positiva para Isquemia	12p(18%)	1p(<1%)	<0.001

Resultados: Se analizó una base de datos de 19339p que se estudiaron cardiológicamente en el lapso considerado. 2543p realizaron PM SPECT y 2945p Ecostress ejercicio. Los p post COVID en cada práctica fueron 66p (2,5%) y 155p(5,2%) respectivamente. De los 12p que tuvieron isquemia en el SPECT post COVID, 8p no eran coronarios previos y 2p eran coronarios crónicos previos y se inestabilizaron post COVID.

Conclusiones: El antecedente de COVID fue más frecuente en los pacientes derivados a Ecostress ejercicio, pero la prevalencia de estudios normales fue alta. En pacientes más añosos, con mayor IMC y antecedentes cardiovasculares previos, la PM SPECT debería ser el método de elección para evaluar a este grupo poblacional en la búsqueda de isquemia. La presencia de compromiso respiratorio en el curso agudo de la enfermedad por SARS COV2 fue muy prevalente en los p derivados a ambos métodos diagnósticos.

0407 - EVALUACION DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE DEPORTISTAS PROFESIONALES

Unidad Temática: Covid-19

BARBAGALLO, María Celeste | LAVALLE COBO, Augusto Maria | LIVOV, Javier David | GONZÁLEZ, Nicolás | ANTONIOLLI, Melisa | LEVI, Matias | LATORRAGA, Jorgelina | GONZÁLEZ, Miguel Angel

Sanatorio Finochietto

Introducción: La propagación vertiginosa de la pandemia de coronavirus obligó a la mayoría de los países del mundo a aplicar restricciones a la circulación y las actividades individuales. Nuestro país implementó dichas medidas de forma estricta desde marzo hasta noviembre de 2020. El impacto metabólico de la cuarentena en la población general fue evidente y el sedentarismo tuvo como consecuencia una disminución de la capacidad funcional (CF) a la hora de realizar ejercicio. Los métodos virtuales de entrenamiento a distancia fueron un recurso para mantener la condición física, sobre todo en deportistas, aunque los datos son escasos.

Objetivos: Evaluar el impacto de la cuarentena a través de las medidas antropométricas y la capacidad funcional de una población de deportistas que mantuvieron un entrenamiento virtual grupal.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal. Se incluyeron deportistas profesionales que realizan anualmente su examen de aptitud deportiva en un servicio de cardiología de alta complejidad (CABA). El período de evaluación pre-pandemia incluyó los meses de enero y febrero de 2020. Se reevaluaron entre febrero y marzo de 2021. El entrenamiento grupal consistió en clases virtuales dos veces por semana. Se reinició el entrenamiento presencial en noviembre 2020. La antropometría fue realizada por nutricionistas certificados. La CF fue evaluada a través de la prueba ergométrica graduada (PEG), realizada en bicicleta y con protocolos deportivos. Las variables antropométricas analizadas fueron: peso (kg), índice de masa corporal (IMC= peso/talla²), porcentaje de masa grasa (%MG) y masa

muscular (%MM). Las variables funcionales analizadas fueron: METs, frecuencia cardiaca (FC) máxima, presión arterial sistólica (TAS) máxima y FC en el primer minuto de recuperación.

VARIABLE	PRE RESTRICCIONES	POST RESTRICCIONES	P
METs	13.1	12.4	P=0.006
FC máxima (lat/min)	154	154	P=1
PAS máxima (mmHg)	184	182	P=0.37
FC en primer minuto de recuperación	121	120	P=0.53

Resultados: Se incluyeron 176 pacientes de sexo masculino con una media de edad de 36 años (+/- 6), con un peso promedio de 78,6 kg, IMC 25, %MG 24,3% y %MM 47,4. La TAS basal promedio fue de 113 mmHg y la FC basal 76 latidos/minuto. Las variables utilizadas para evaluar la CF se observan en la tabla 1. Se observó una menor intensidad en METs en el periodo postpademia (13,1 vs 12,4 p = 0,006) la cual no es clínicamente relevante, sin evidenciarse diferencias significativas entre el resto de las variables de la PEG. Respecto a las medidas antropométricas, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al peso (78.6 kg vs 78.2 kg P=0.65). El 37,7% aumentó al menos 1 kg de peso (55% entre 1-3 kg, 27% 3-5 y 18% > 5kg), con mínimos cambios respecto al porcentaje de masa grasa (24,3 +/- 3.2 vs 25,3 +/- 3.6 p=0,006) y muscular (47,7 +/- 2,6 vs 46,6 +/- 2,9 p=0,0002).

Conclusiones: Pese a los cambios antropométricos, los deportistas evaluados mantuvieron su capacidad funcional previa a la cuarentena, probablemente beneficiados por la implementación de un entrenamiento virtual grupal sistemático.

0411 - HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN DEPORTISTAS

Unidad Temática: Medicina Del Deporte

BLANCO, Juan Manuel | REDRUELLO, Marcela | COLLAUD, Carlos | ONETO, Adriana | ARANDA, Claudio | AYMARD, Adrian | THOMAS, Guillermo | MASOLI, Osvaldo H.

Tcba Salguero - Centro de Diagnóstico

Introducción: El entrenamiento de alta exigencia produce un agotamiento en la producción de hormona tiroidea que conduce a un hipotiroidismo subclínico cuyos síntomas son, básicamente, la disminución del rendimiento deportivo. Varios reportes asocian bajos niveles hormonales en situaciones de sobreentrenamiento o en períodos competitivos extensos. La existencia de un hipotiroidismo subclínico provocado por la exigencia de los entrenamientos exhaustivos se ha observado en los deportistas de élite.

Objetivos: Analizar en una cohorte de individuos derivados para apto físico a una institución de diagnóstico, la incidencia de valores elevados de TSH y su relación con la intensidad del entrenamiento (leve, moderado o intenso).

Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos de individuos que concurrieron a nuestro centro para realizarse un apto físico desde Enero de 2019 a Marzo de 2021, el valor de TSH obtenido en el dosaje de laboratorio. La muestra de suero de los deportistas fueron evaluadas dentro de la rutina diaria del laboratorio con Quimioluminiscencia en el Centaur XP Siemens. Los valores de referencia para los adultos son: 0.35 a 4.5 mUI/L y para menores de 18 años 0.5 a 5.8 mUI/L. Se excluyeron a todos aquellos que referían el antecedente de enfermedad tiroidea y los que manifestaron tomar Levotiroxina como tratamiento habitual.

Adultos con valores por encima del valor de referencia (4,5 mUI/L)					
	Leve	Moderada	Intensa	TOTAL por sexo	Porcentaje
Femenino	18	43	12	73	2.84%
Masculino	15	46	25	86	2.56%
TOTAL por intensidad	33	89	37	159	
Porcentaje	5.51%	3.81%	3.02%		

Menores con valores por encima del valor de referencia (5,8 mUI/L)					
	Leve	Moderada	Intensa	TOTAL por sexo	Porcentaje
Femenino	1	3	4	8	0.97%
Masculino	3	13	14	30	1.88%
TOTAL por intensidad	4	16	18	38	
Porcentaje	2.02%	1.57%	1.50%		

Resultados: De una base de datos de 20.400 individuos, se excluyeron 12.056 y se analizaron 8.344 sin medicación ni diagnóstico de enfermedad tiroidea, según edad, género e intensidad del entrenamiento. Tuvieron valores elevados de TSH un 2.3 % (197 individuos): Adultos 159 individuos y menores de 18 años: 38 individuos. Con respecto al género e intensidad: ver tablas.

Total de pacientes con valores de TSH sin medicación o diagnóstico			
Femino	3390	Masculino	4954
Menores	824	Menores	1692
Intensa	369	Intensa	828
Leve	95	Leve	103
Moderada	360	Moderada	661
Mayores	2566	Mayores	3262
Intensa	397	Intensa	869
Leve	496	Leve	449
Moderada	1673	Moderada	2044

Conclusiones: La incidencia de Hipotiroidismo subclínico se asocio a individuos que realizaban actividad física moderada o intensa y no hubo diferencias entre adultos y menores.

0417 - QUE HACER CON LOS VENTRICULOS BIPARTITOS EN LA ATRESIA PULMONAR CON SEPTUM INTEGRO

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

SIVORI, Gustavo Gaston | MASTRODOMENICO, Manuel | GARCIA DELUCIS, Pablo

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La atresia pulmonar con septum integro o intacto (AP-SI), representa el 1 % de todas las cardiopatías congénitas. Esta patología se asocia con un amplio espectro de morfologías ventricular , como así también de diferentes tipos de atresia pulmonar y anomalías coronarias con circulación coronaria ventrículo dependiente (CC-VD).

Objetivos: Esta bastante definido que la indicación terapéutica en aquellos pacientes con ventrículos unipartitos es la vía univentricular, como así también esta claro que la corrección biventricular en ventrículos tripartitos es una estrategia segura. Lo que no esta muy bien determinado es si los pacientes con ventrículos bipartitos , tienen indicación de circulación univentricular, ventrículo 1 ½ o corrección biventricular. El objetivo de este estudio es poder repasar los últimos 10 años de experiencia en un hospital público pediátrico .

Materiales y métodos: Se recabaron datos de 34 pacientes (19 femeninos , 15 masculinos) con AP – SI y ventrículos bipartitos, desde enero 2010 hasta diciembre 2020. Los dividimos en 3 grupos: grupo 1 corrección univentricular, grupo 2 corrección 1 ½ y grupo 3 corrección biventricular.

Resultados: En el grupo 1: 20 p (59%) todos presentaban CC-VD o un z score tricuspideo <-3. El total de ellos recibieron en etapa neonatal una anastomosis sistémico – pulmonar (ASP) o stent en el ductus (STD), para luego completar la reparación univentricular con glenn y fontan.

Conclusiones: Si bien la reparación biventricular es lo que todos anhelamos, la indicación quirúrgica de este tipo de pacientes debe ser individualizada, teniendo en cuenta la circulación coronaria ventrículo dependiente y el z score de la tricúspide. Pacientes con un z score <-3 o con CC-VD sugerimos optar por la circulación univentricular, en aquellos con z score de -3 o -2 creemos que es posible la corrección ventrículo 1 ½ y en pacientes con un z score > -2 es nuestra sugerencia intentar una reparación biventricular en estadios.

0423 - ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ADMITIDOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Unidad Temática: Cardio Oncología

BIVORT HAIEK, Mateo | LIUZZI, Mariano | RUBIO, Pablo Manuel | SANCHEZ, Agostina Antonella | DÍAZ, Sara | MELCHIORI, Renzo Eduardo | HITTA, Alejandro | RIZZO, Manglio Miguel

Hospital Austral

Introducción: La interpretación de las consultas por dolor torácico en la guardia externa son el pilar fundamental para que se inicie el protocolo diagnóstico de un posible síndrome coronario agudo. Es científicamente aceptado que los pacientes diabéticos, ancianos y mujeres pueden presentarse con mayor frecuencia con dolor precordial de características atípicas. Actualmente existe una creciente incidencia de pacientes antecedentes oncológicos que ingresan por un SCA, de la que no se poseen análisis semiológicos en ese contexto.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de pacientes oncológicos que ingresan por un SCA Evaluar las características clínicas en pacientes oncológicos que ingresan por un SCA

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte observacional retrospectivo de pacientes que ingresaron por síndrome coronario agudo a la Unidad Coronaria de un Hospital Universitario de 2008 a 2020. Se incluyeron pacientes que presentaban un interrogatorio realizado por un cardiólogo de guardia, solicitud de troponina y una descripción semiológica completa basada en 3 preguntas: localización, duración y síntomas asociados para dividir las características en 3 grupos:

	CONTROL n. 341	CANCER n.52	p
Edad	60 (IC 53-69)	65 (IC 61-75)	0.03
Sexo masculino	270 (79)	44 (84)	NS
DBT	87 (26)	18 (34)	NS
TBQ/ ex TBQ	205 (60)	29 (65)	NS
Dolor típico en curso	255 (75)	34 (66)	NS
Dolor atípico en curso	48 (14)	10 (19)	NS
Dolor atípico <24 hs	28 (8)	9(17)	0.03
Supre ST	163 (48)	21(43)	NS
Infra ST	73 (21)	10 (19)	NS
Ondas T negativas	61(18)	10 (19)	NS
Normal	63 (18.5)	16(32)	0.03

Dolor típico (definido como todo aquel dolor retroesternal opresivo con o sin irradiación y otros síntomas asociados) en curso, Dolor atípico (cualquier otro dolor que no sea opresivo retroesternal) en curso, dolor típico de menos de 24 hs Se los dividió a la población según la presencia o ausencia de enfermedad oncológica antes del evento coronario. Se realizó análisis poblacional con técnicas de uni y bivariado.

Resultados: De 1270 pacientes se incluyeron 393, oncológicos (n=52) y no oncológicos (n=341). La prevalencia de enfermedad oncológica fue del 14,4%. Los pacientes oncológicos tuvieron menor proporción de obesidad (25% vs 40.3 % p= 0.03). El resto de las características de nuestra población se muestra la tabla 1. La presentación clínica del SCA mostró que el dolor en curso al momento de características típicas fue el más frecuente sin hallar diferencias entre los grupos (75% y 66% respectivamente). La presentación con dolor atípico diferido fue más frecuente en pacientes oncológicos (17% vs 8%, p= 0.03). Al analizar los trazados de ECG, el supradesnivel del ST fue el hallazgo con mayor prevalencia en ambos grupos (48% y 43% respectivamente, p= NS). Sin embargo, el hallazgo de ECG normal fue significativamente superior en los pacientes con antecedentes oncológicos (32% vs 18.5%, p= 0.03)

Conclusiones: En nuestra población, la prevalente de pacientes oncológicos fue del 14.4 %. La presentación de SCA con dolor típico en curso y supradesnivel del ST fue el hallazgo mas frecuente en ambos grupos. Los pacientes oncológicos presentaron más eventos de dolor atípico diferido y ECG sin cambios en relación a paciente no oncológicos. Este hallazgo motiva a considerar una evaluación del SCA con especial precaución en pacientes oncológicos, Se necesitan más estudios para establecer si la presentación clínica y electrocardiográfica difiere entre pacientes con y sin antecedentes oncológicos y el porqué de esta asociación.

0424 - PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR EN PACIENTES CON SÍNDROME POST-COVID19

Unidad Temática: Covid-19

BARBAGELATA, Leandro Ezequiel | MASSON, Walter | IGLESIAS, Diego Esteban | LILLO, Ezequiel | MIGONE, Juan Francisco

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Es bien reconocida la utilidad de la prueba de esfuerzo cardiopulmonar para discriminar entre las limitaciones cardiovasculares, respiratorias y musculoesqueléticas; sin embargo su uso en el síndrome post-Covid 19 no ha sido explorado.

Objetivos: Analizar las características de la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) realizada en pacientes con antecedentes de COVID-19, comparando sujetos según la presencia o no de síndrome post-Covid19.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con antecedentes de infección por Covid 19 confirmada por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa y una PECP realizada entre los 45 y 120 días después del episodio viral. Se evaluó la asociación entre variables relacionadas con CPET y síndrome post-Covid19 mediante análisis univariante y multivariado.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes (edad media 48,8 ± 14,3 años, 51% hombres). Los pacientes con síndrome post-Covid19 mostraron un VO2 pico significativamente menor (25,8 ± 8,1 ml / min / kg frente a 28,8 ± 9,6 ml / min / kg, p = 0,017) en comparación con los sujetos asintomáticos. Además, los pacientes con síndrome post-Covid19 desarrollaron síntomas con mayor frecuencia durante la PECP (52,7% frente a 13,7%, p <0,001) y tenían menos probabilidades de alcanzar el umbral anaeróbico (50,9% frente a 72,7%, p = 0,002) en comparación con sujetos asintomáticos. Estos hallazgos no se modificaron al ajustar por factores de confusión.

Características	Sin síndrome post-Covid19 (n=88)	Con síndrome post-Covid19 (n=112)	p
Edad	50.0 (15.4)	47.9 (13.4)	0.296
Sexo masculino (%)	63.6	41.1	0.002
Índice de masa corporal, kg/m ²	26.6 (5.8)	26.3 (6.8)	0.694
Hipertensión (%)	30.7	26.1	0.478
Dislipemia (%)	29.1	20.2	0.150
Diabetes mellitus (%)	4.6	6.3	0.613
Fumador activo (%)	3.4	8.0	0.171
EPOC (%)	0	2.6	0.176
Medicación			
IECA / ARA II (%)	23.9	22.5	0.824
Betabloqueantes (%)	22.7	9.8	0.010
Estatinas (%)	27.3	16.1	0.054
Aspirina (%)	17.1	4.5	0.003
Bloqueantes cálcicos (%)	11.4	7.1	0.301
Requerimiento de hospitalización (%)			
Requerimiento de oxigenoterapia (%)	64.7	68.2	0.819
Requerimiento de terapia intensiva (%)	17.7	13.6	0.731

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que el síndrome post-Covid19 se asoció con un menor VO2 pico, una menor probabilidad de alcanzar el umbral anaeróbico y una mayor probabilidad de presentar síntomas durante la PECP. Se necesitan estudios futuros para determinar si estas anomalías durante la PECP tendrían valor pronóstico.

Características de PECP	Sin síndrome post-Covid19 (n=88)	Con síndrome post-Covid19 (n=112)	p
VO2 Pico, mL/min/Kg	28.8 (9.6)	25.8 (8.1)	0,017
Minutos de ejercicio	9.8 (2.6)	8.4 (3.0)	0,007
Umbral anaeróbico alcanzado (%)	72.7	50.9	0,002
Capacidad funcional preservada (%)	65.9	65.2	0,914
Síntomas en la prueba (%)	13.7	52.7	<0,001
Disnea (%)	75.0	96.6	0,008

0425 - VALORACIÓN INICIAL DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR EN EL SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO ASOCIADO A COVID19. SERIE DE CASOS

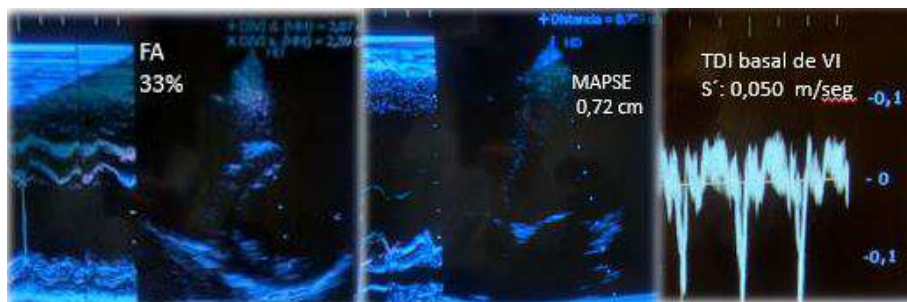
Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

ACKERMAN, Judith | CARUGATI, Romina | SCHVARTZ, Guillermo | OPEL, Diego | CHECCACCI, Edgardo | PRINGE, Alejandra | FLORES, Jose Enrique | DAMSKY BARBOSA, Jesús María

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: El síndrome inflamatorio asociado a COVID19 (SIMS) es una afección severa postinfecciosa en pediatría. El cuadro típico incluye fiebre, aumento de los reactantes de fase aguda y diversas manifestaciones clínicas, entre ellas la afectación cardiovascular. Esta última incluye la disfunción ventricular (DV), la afección valvular, pericárdica y/o de las arterias coronarias. El cuadro se solapa con los criterios de la enfermedad de Kawasaki. La valoración inicial por ecocardiograma transtorácico (ETT) en el SIMS se realiza bajo protocolo de contacto, debiendo ser un estudio rápido y expeditivo.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en los pacientes (p) con diagnóstico de SIMS en relación a los métodos ecocardiográficos básicos de valoración de la función sistólica ventricular izquierda y explorar su utilidad en el manejo clínico del SIMS.



Materiales y Métodos: Trabajo prospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron 22 p con diagnóstico de SIMS internados en nuestro hospital entre 07/2020 y 11/2020. Se registraron manifestaciones clínicas y tratamientos, parámetros de laboratorio (incluyendo dosaje de proBNP y Troponina I), electrocardiogramas y ETT realizados al ingreso (bajo protocolo de contacto). Por ETT se valoró la presencia de defecto estructural, insuficiencias valvulares, derrame pericárdico, alteración en arterias coronarias y la función ventricular. La función sistólica ventricular izquierda se valoró por Modo M (fracción de acortamiento, excursión valvular mitral) y por Doppler tisular. Se evaluó el requerimiento de inotrópicos en el tratamiento. Se realizó descripción de las variables registradas. Para explorar la utilidad en el manejo clínico se utilizó prueba de chi cuadrado con cálculo de OR y prueba de t. Valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, 9 niñas. Edad media 5,8 años + 3,25 años. Presentaron manifestaciones cardiovasculares 18/22. ETT: Presentaron insuficiencia valvular 12p, derrame pericárdico 7p, alteraciones coronarias 6p (dilatación, aneurisma, aumento de la refringencia) y DV 5p. La fracción de acortamiento fue normal en todos los p. De los 5p con DV, 3 tenían excursión lateral mitral (MAPSE) disminuida y 4 onda S´ disminuida en el Doppler tisular. Laboratorio: Aquellos p con DV presentaron valores de proBNP mayores (6233 vs. 21076 pg/ml $p = 0,037$). Requerimiento de inotrópicos: 4/5 pacientes con DV precisaron inotrópicos vs. 4/17 que no presentaron DV (OR 13 1,1-152,3 $p = 0,07$). Los 3 pacientes que presentaron MAPSE disminuida requirieron inotrópicos. 3/4 p que presentaron disminución en la onda S´ en el Doppler tisular de VI requirieron inotrópicos vs. 4/17 que no (OR 9,7 IC95% 0,7-121,1 $p = 1,6$).

Conclusiones: Las manifestaciones cardiovasculares en esta muestra fueron relevantes. MAPSE y onda S´ de TDI parecerían ser útiles para pesquisar DV en la etapa inicial de la enfermedad, no así la fracción de acortamiento. La presencia de DV podría orientar el manejo clínico, siendo relevante su pesquisa. Podría existir asociación entre algunos parámetros del ecocardiograma y el requerimiento de inotrópicos. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para comprobar estas asociaciones.

0432 - CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE. TERAPIAS APROPIADAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE MUERTE SÚBITA. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

RAMIREZ, Debora | GALIZIO, Néstor Oscar | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio Andres | TRONCONI, Alejo | ALVAREZ CORREA, Mariel | CATTANEO, Juan Pablo | GONZÁLEZ, José Luis

Fundación Favalaro

Introducción: En la actualidad está clara la indicación del cardiodesfibrilador implantable (CDI) para la reducción de muerte súbita (MS) tanto en carácter de prevención primaria (PP) como secundaria (PS), sin embargo, continúa habiendo interrogantes sobre la necesidad real de terapias apropiadas y los beneficios en cada grupo en el seguimiento a largo plazo.

Objetivos: Analizar la incidencia de terapias apropiadas y tiempo a la primera terapia en pacientes (pts.) portadores de CDI en PP y PS de MS por miocardiopatía isquémico-necrótica e idiopática durante un seguimiento a corto y largo plazo.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis observacional unicéntrico prospectivo, desde noviembre de 2001 a noviembre de 2020. Se incluyeron 608 pts. 447 (73%) con implante de CDI en carácter de PP y 161 (27%) en PS de muerte súbita, según indicación de las guías vigentes. Se definió como punto final primario la incidencia de terapias apropiadas (ATP o choque) y el tiempo a la primera terapia durante un seguimiento promedio de $4,75 \pm 3,24$ y $5,06 \pm 4,33$ años respectivamente en cada grupo. Se analizó el tiempo a la primera terapia a los 12, 24, 36 y más de 36 meses. Las características basales se describen en la (tabla 1). Para el análisis estadístico se utilizaron Test de Student y Chi Cuadrado, considerando un valor de P significativa <0.05 con un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: De los 608 pts. analizados, 128 tuvieron terapias apropiadas, 70/447 (15,7%) en PP y 58/161 (36%) en PS (P:0,001). En PP 27/447 pts. (6,04%) requirieron terapia en los primeros 12 meses y en PS 19/161 pts. (P: 0,01). En el seguimiento $>$ a 36 meses se registraron terapias en 26/447 (5,82%) pts. de PP y 18/161 (11,18%) de PS (P: 0,02) (tabla 2). Al analizar los grupos de causa isquémica (484 pts.) vs idiopática (124 pts.) no se observó diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de terapias apropiadas:

58/484 (11,98%) vs 12/124 (9,68%) pts. en PP (P 0,47), y 49/484 (10,12%) vs 9/124 (7,26%) pts. en PS (P 0,33). Tampoco hubo diferencia significativa en el tiempo a la primera terapia (tabla 2).

Conclusiones: En nuestra población en estudio la incidencia de terapias apropiadas y el tiempo más corto a la primera terapia fue significativamente mayor en el grupo de PS. En las poblaciones de causa isquémica e idiopática no se observó diferencia significativa en la incidencia de terapias apropiadas así como en el tiempo a la primera terapia (tabla 2).

Tabla 1. Características basales.

Total de pacientes: 608	PP 447 (n)	PS 161 (n)	Valor de P
Edad al implante	61,94 \pm 11,26	64,68 \pm 11,88	0,0093
Sexo masculino (n)	390 (87,2%)	142 (88,2%)	0,7545
Etiología:			
Idiopática (n)	90 (20,13%)	34 (21,11%)	0,7905
Isquémica (n)	357 (79,87%)	127 (78,89%)	0,7805
HTA (n)	306 (68,46%)	124 (77,02%)	0,0406
DBT (n)	106 (23,71%)	23 (14,29%)	0,0121
Clase Funcional II-III (n)	263 (58,84%)	64 (39,75%)	0,0000
FEVI (%)	26,33 \pm 7,16	32,15 \pm 11,28	0,0000
TVS o FV (n)	12 (2,68%)	125 (77,64%)	0,0000
TVNS (n)	156 (34,90%)	56 (34,78%)	0,9787

HTA: hipertensión arterial, DBT: diabetes, FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda, TVS: taquicardia ventricular sostenida, FV: fibrilación ventricular, TVNS: taquicardia ventricular no sostenida.

Tabla 2.

Total de pacientes: 608	PP (n/447)	PS (n/161)	Valor de P
Tiempo promedio de seguimiento en años	4,75 \pm 3,24	5,06 \pm 4,33	0,3439
Tipo de terapias apropiadas: 128/608 pacientes			
Total (número)	70 (15,66%)	58 (36,02%)	0,0001
ATP (n)	19 (27,14%)	12 (20,69%)	0,3962
Choque (n)	23 (32,86%)	22 (37,93%)	0,5495
ATP-Choque (n)	28 (40%)	24 (41,38%)	0,8743
Tiempo a la 1° terapia en meses:			
Pts. con terapias entre 0 a 12 meses	27 (6,04%)	19 (11,80%)	0,0177
Pts. con terapias entre 13 a 24 meses	10 (2,24%)	14 (8,70%)	0,0003
Pts. con terapias entre 24 a 36 meses	7 (1,57%)	7 (4,35%)	0,0436
Pts. con terapias entre $>$ 36 meses	26 (5,82%)	18 (11,18%)	0,0243
Tiempo a la 1° terapia en meses:			
T promedio total (m)	33,50 \pm 33,24	34,82 \pm 34,95	0,8274
T promedio en isquémicos (m)	32,61 \pm 31,01	33,72 \pm 34,92	0,8621
T promedio en idiopáticos (m)	37,77 \pm 29,28	40,71 \pm 36,65	0,8401

ATP: terapia antiataquicardia.

0445 - ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALON EN HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA "ENFOQUE TERAPEUTICO MULTIDISCIPLINARIO EN UN HOSPITAL PUBLICO EN RED DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES"

Unidad Temática: *Cardiología Intervencionista*

MILANESI, José María | SAABY, Noelia | HAUQUI, Agustin Ignacio | OSCOS, Martin | GRINFELD, Diego David | AIMONE, Daniel Eduardo | SOLERNO, Raúl | SARMIENTO, Ricardo Aquiles

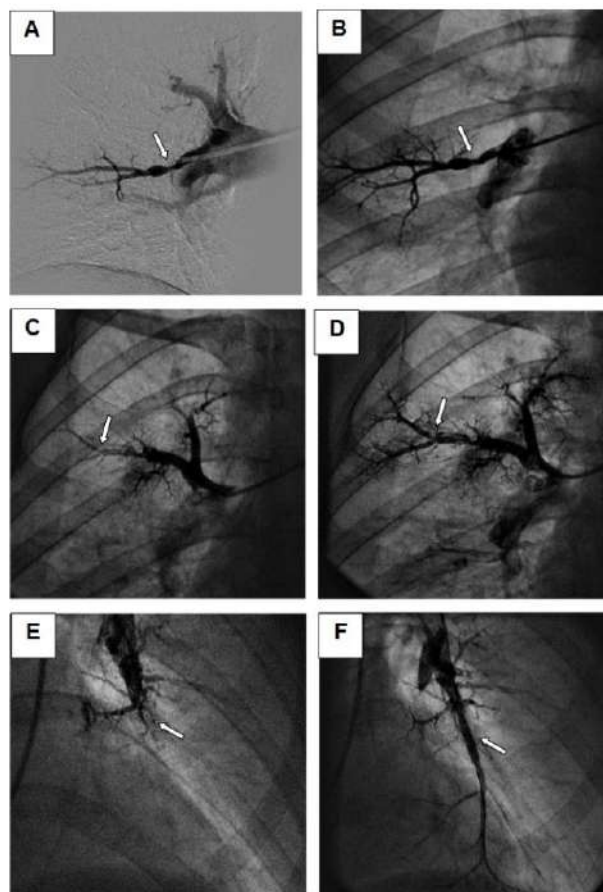
Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La Hipertensión Pulmonar Tromboembolica Crónica (HPTC) es una patología originada por la obstrucción del lecho vascular pulmonar por trombos organizados. El "gold estándar" de tratamiento para esta patología es la Tromboendarterectomía Quirúrgica (TEQ), sin embargo, el 36% de los pacientes no son pasibles de tratamiento quirúrgico por el elevado riesgo o porque son técnicamente inoperables. Es en estos casos donde cobran importancia otras alternativas terapéuticas como la angioplastia pulmonar con balón (APB).

Objetivos: Evaluar resultados hemodinámicos y el impacto en la clase funcional (CF) de la APB en pacientes con HPTC rechazados para TEQ.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes a los que se le realizó APB por HPTC desde 2018 a la actualidad.

Resultados: Desde el inicio del equipo multidisciplinario de HPTC hemos tratado 5 pacientes con APB que presentaban contraindicación para TEQ (3 por enfermedad pulmonar distal y 2 por alto riesgo quirúrgico). La edad media fue de 54,6 +/- 14,54 años. El 80% (n:4) era de sexo femenino. Se realizó un total de 29 sesiones. De los 5 pacientes, dos completaron tratamiento, uno óbito y los dos restantes se encuentran actualmente aun en tratamiento. El 60% (n: 3) se encontraban en CF IV. Hasta el momento hubo 2,44 +/- 0,65 segmentos tratados por sesión. En total se trataron 86 lesiones, de las cuales el 90.6% (n=78) correspondían a los tipos A y B de la clasificación Kawakami, y el resto 9.4% (n=8) tipo C. Como resultado parcial se obtuvo una mejoría de la CF a CF I-II en el 80% de los pacientes. Una sola paciente continua en la misma CF ya que discontinuó transitoriamente el tratamiento. Con respecto a los parámetros hemodinámicos, se comparó la mPAP, el volumen minuto medido por termodilución y las RVP, iniciales con los valores obtenidos en la última sesión realizada en cada paciente. En la mPAP hubo una reducción del 28,57% en el paciente 1; 34,78% en el paciente 2, 50 % en el paciente 3, un empeoramiento del 20,68% en el paciente 4 considerando que se realizó 2 sesiones de angioplastia con balón y discontinuó su tratamiento, y un valor neutro en el paciente 5, ya que se encuentra iniciando su tratamiento con 2 sesiones por el momento. Volumen Minuto: se objetivo mejoría del 36,6% en el paciente 1; 59,25 % en el paciente 2, 60,60% en paciente 3, empeoramiento del 3,83% en paciente 4 y mejoría del 3,12% del paciente 5. RVP: en el paciente 1 se evidencio reducción del 31,57%; 26,15% en el paciente 2; 38,46% en el paciente 3, empeoramiento del 17,85% en el paciente 4 y mejoría del 2,7% del paciente 5. Con respecto a las complicaciones se observó en el 13,7% del total de sesiones (4 sesiones) edema de reperusión. Se observaron 2 casos perforación vascular (6,89%), ambas cedieron durante el procedimiento con insuflación prolongada con balón. No se evidenciaron complicaciones mayores en los accesos vasculares. La mortalidad relacionada con el procedimiento fue del 3.44% (un paciente).



Conclusiones: La APB ha demostrado en pacientes inoperables, mejorar la clase funcional, los parámetros hemodinámicos y la función del ventrículo derecho. Nuestra primera experiencia en 5 pacientes y 86 lesiones tratadas, muestra que se trata de un tratamiento promisorio, no exento de complicaciones. La evaluación de cada caso en el seno de un equipo multidisciplinario y la experiencia de un centro de referencia garantizaran los mejores resultados.

Sesión	PACIENTE 1 (9 sesiones)		PACIENTE 2 (11 sesiones)		PACIENTE 3 (5 sesiones)		PACIENTE 4 (2 sesiones)		PACIENTE 5 (2 sesiones)	
	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA
ml-APB (mmHg)	42	30	46	30	60	30	29	36	36	36
RVP (mmHg)	7.6	5.2	6.5	4.8	13	8	2.8	3.3	7.5	7.3
VM (l/min)	3.9	5.33	4	6.37	3.3	5.3	6	5.77	3.2	3.3

0447 - ENCUESTAS IMPACTS-SAC 20: SUBANÁLISIS. DERIVACIÓN DE UN SCORE PARA PREDECIR DEPRESIÓN MAYOR EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

BATTIONI, Luciano(1) | SCATULARO, Cristhian Emmanuel(2) | BELLIA, Sebastián(3) | GIOGINI, Julio(4) | GODOY, Armando(1) | LESCANO, Adrian(5) | PEREIRO, Stella(6)

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC (1); Sanatorio Trinidad Palermo (2); Sanatorio Trinidad Mitre (3); Hospital Alemán (4); Sanatorio Trinidad de Quilmes (5); Hospital Churrucá - Visca (6)

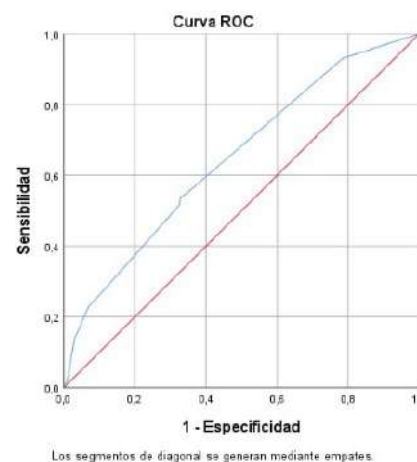
Introducción: La pandemia por SARS-COV2 ha generado efectos psicológicos y sociales negativos en el personal de salud según se evidencio en la encuesta IMPACTS-SAC20. En este estudio se observó una prevalencia de depresión mayor del 22.1%, el doble de la prevalencia reportada en estudios epidemiológicos fuera de la pandemia. La depresión aumenta la morbimortalidad de las personas que lo padecen. Por eso es necesario encontrar herramientas de screening que permitan clasificar grandes grupos de pacientes en aquellos que necesitan más análisis y aquellos con bajas chances de padecer depresión

Objetivos: generar un score que pueda utilizarse como screening para descartar depresión mayor en el personal de salud durante la pandemia

Materiales y Métodos: Sub estudio de la encuesta IMPACTS-SAC20, realizada en trabajadores de la salud de Argentina de junio a septiembre del 2020, que evaluó la presencia de depresión mayor mediante el cuestionario PHQ9, alteraciones en el estilo de vida y relaciones interpersonales. Se dividió la muestra total de 1221 encuestados de manera aleatoria en dos cohortes, la de derivación y la de validación. Mediante un análisis de regresión logística multivariado se detectaron las variables asociadas a depresión mayor. En base a los OR obtenidos se confeccionó un score que luego fue aplicado a la cohorte de validación obteniéndose la respectiva curva ROC. Se determinó un punto de corte balanceando sensibilidad y especificidad, se determinaron los valores predictivos negativos y positivos para toda la cohorte original

Resultados: La cohorte de derivación constó de 624 casos, de los cuales se excluyeron 55 (8.8%) por datos incompletos, quedaron de esta manera 569 casos. En el análisis multivariado (tabla 1) el sexo femenino OR 1.95 (IC95% 1.2-3 p=0.003), el sentirse discriminado OR 1.57 (IC95% 1.06-2.343 p=0.025), el uso de ansiolíticos OR 2.44 (IC95% 1.34-4.33 p=0.002) y fumar OR 2.9 (IC95% 1.20-7.23 p=0.018) presentaron asociación con el diagnóstico de depresión mayor. Se elaboró el siguiente score Femenino 2pts, discriminado 1.5pts, uso de ansiolíticos 2.5pts y fumar 3pts. El score (grafico 1) presentó una área bajo la curva de 0.65 (IC95% 0.60-0.70) para la cohorte de derivación. La cohorte de validación constó de 597 casos de los cuales 51 (8.5%) fueron excluidos del análisis, quedando 546 casos. El área bajo la curva fue de 0.66 (IC95% 0.62-0.7). Utilizando un punto de corte de >2 (tabla 1) en toda la cohorte se obtuvo una sensibilidad y especificidad del 56% y el 67% respectivamente. Un VPN del 84%. (tabla 2)

	OR (IC95%)	p	puntos	Características test >2pts
Edad	0.99 (0.97-1.01)	,212		
Femenino	1.96 (1.2-3.0)	,003	2pts	
Asistencial en Unidad de alta complejidad	1.3 (0.86-2.22)	,181		
Discriminado SI	1.58 (1.06-2.34)	,025	1.5pts	
Psicoterapia SI	1.7 (0.7-1.91)	,535		
Ansiolítico SI	2.44 (1.37-4.33)	,002	2.5pts	
Antidepresivos SI	1.45 (0.5-4.2)	,471		
Cigarrillos SI	2.9 (1.2-7.2)	,018	3 pts	
Alcohol SI	1.10 (0.5-2.40)	,825		
AUC				0.65
Sensibilidad				56%
Especificidad				67%
VPN				84%
VPP				33%
LHR+				1,69
LHR-				0,66
Youden				0.23



Conclusiones: el uso de un score clínico con 4 variables de fácil implementación como método de screening en un contexto de alta prevalencia permite excluir pacientes con bajo riesgo de padecer depresión mayor y ahondar en cuestionarios más exhaustivos en el resto

0458 - VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN LOS PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19. HALLAZGOS EN EL HOLTER DE 24 HORAS.

Unidad Temática: Covid-19

GARCIA RODRIGUEZ, Evelyn Mercedes(1) | YOO, Hyun Sok(1) | FERNANDEZ, Pablo Augusto(1) | ETCHEVERRY, Daniel(1) | GARRO, Hugo Ariel(1) | ALBINO, Ernesto(2) | RODRIGUEZ, Jose Maria(2) | CARBAJALES, Justo(1)

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía (1); Instituto Médico de Alta Tecnología - IMAT (2)

Introducción: Los pacientes con la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) persisten con los síntomas atribuibles a disautonomía como palpitaciones y taquicardia postural ortostática luego de la fase aguda de la enfermedad durante varios meses. La variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) es considerada como una herramienta objetiva y reproducible para evaluar la actividad autonómica cardíaca. La información sobre la utilización de los parámetros de VFC en Holter de 24 horas para evaluar la disfunción autonómica cardíaca en los individuos que padecieron COVID-19 es escasa.

Objetivos: Evaluar las diferencias de la frecuencia cardíaca y los parámetros de la VFC entre los pacientes (p) recuperados de COVID-19 y los individuos sanos controles (c).

Materiales y Métodos: Se incluyeron 63 p que padecieron COVID-19 en los últimos 60 días y 60 c de 18 - 60 años de edad. Se excluyeron a aquellos individuos con diabetes mellitus, antecedentes de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular y uso de betabloqueantes. En el Holter de 24 horas, se evaluaron las frecuencias cardíacas media, mínima y máxima, la cantidad de extrasístoles ventriculares y supraventriculares y los parámetros en el dominio del tiempo de la VFC que incluyen la desviación estándar de los intervalos NN (SDNN), la desviación estándar de la media de los intervalos NN medidos cada 5 min durante todo el registro (SDANN Index), la raíz cuadrada de media de las diferencias sucesivas del intervalo NN elevada al cuadrado (rMSSD) y el porcentaje de los intervalos NN adyacentes que varían por más de 50 mseg. (pNN50). Los variables fueron expresados en media \pm desvío estándar. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de la T de Student y de chi cuadrado según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 63 p (32 mujeres) con COVID-19 de 41 ± 8 años de edad y 60 c (36 mujeres) de 40 ± 11 años de edad. De ellos, 4 p (6%) y 5 c (8%) tenían antecedentes de hipertensión arterial. Doce p (19%) y 6 c (10%) tuvieron extrasístoles ventriculares ($p = NS$). Sólo 3 p (5%) y 2 c (3%) tuvieron más de 10 extrasístoles ventriculares/hora ($p = NS$). Tampoco hubo diferencias significativas en la aparición de extrasístoles supraventriculares (2 p vs. 4 c). Las frecuencias cardíacas medias del grupo p y del grupo c fueron de 86 ± 7 mseg vs. 80 ± 7 mseg ($p = 0,003$); las mínimas fueron de 60 ± 8 mseg vs. 56 ± 6 mseg ($p = 0,007$); y las máximas fueron de 134 ± 14 vs. 126 ± 13 mseg ($p = 0,004$), respectivamente. Tabla 1. En el análisis de la VFC, hubo una abreviación de SDANN index en el grupo COVID vs grupo control (105 ± 31 mseg vs. 120 ± 26 mseg. $p = 0,01$). El resto de los parámetros de la VFC (SDNN, rMSSD y pNN50) no mostraron diferencias significativas. Tabla 2.

Conclusiones: Los pacientes recuperados de COVID-19 tuvieron una frecuencia cardíaca levemente más alta que los individuos sanos. Este fenómeno puede ser debido a una disminución de la actividad parasimpática cardíaca evidenciable por la alteración de los parámetros de la VFC en el Holter de 24 horas.

Tabla 1

	COVID-19 n = 63	Control n = 60	p
Edad \pm DS	41 \pm 8	40 \pm 11	NS
Mujeres (%)	32 (51%)	36 (60)	NS
HTA (%)	4 (6%)	5 (8%)	NS
Holter			
FC med \pm DS	86 \pm 7	80 \pm 7	0,003
FC mín \pm DS	60 \pm 8	56 \pm 6	0,007
FC máx \pm DS	134 \pm 14	126 \pm 13	0,004
EV (%)	12 (19%)	6 (10%)	NS
ESV (%)	2 (3%)	4 (6%)	NS

Tabla 2

VFC	COVID-19 n = 63	Control n = 60	p
SDNN (mseg)	138 \pm 39	147 \pm 28	NS
SDANN Index (mseg)	105 \pm 31	120 \pm 26	0,01
rMSSD (mseg)	81 \pm 59	76 \pm 37	NS
pNN50 (%)	14 \pm 11	15 \pm 10	NS

0460 - SEGUIMIENTO ALEJADO DE LOS PACIENTES DEL REGISTRO POST-COVID-19: PERÍODO 6 A 12 MESES DESPUÉS DEL ALTA

Unidad Temática: Covid-19

RUIZ, Graciela Aurora | CARNUCCIO, María Teresa | MAKHOUL, Silvia Susana | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Por el tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia por COVID-19, todavía no hay información suficiente sobre las secuelas a largo plazo que puede dejar la enfermedad en distintos órganos. Dicha información puede recabarse a partir de un registro y del seguimiento de los pacientes (ptes) que se han recuperado de la etapa aguda.

Objetivos: Evaluar la situación clínica tardía de los pacientes incluidos en el Registro de Evaluación Cardiológica post COVID-19 del Servicio de Cardiología de un Hospital Público de la CABA.

Materiales y Métodos: Los ptes del Registro post-COVID-19 fueron contactados telefónicamente en un lapso de entre los 6 y 12 meses después de haber sido dados de alta. La información se completó a partir del Sistema Integrado de Historias Clínicas de la Ciudad y entrevistas presenciales. Los pacientes fueron interrogados acerca de: la presencia de síntomas y la medicación actuales, su reinserción en la actividad laboral y recreativa, la percepción de su capacidad funcional con respecto a la de la visita previa (1-3 meses post- COVID), la presencia de interurrencias clínicas y quirúrgicas, así como su demanda de atención por parte del sistema de salud.

Resultados: De los 115 ptes incluidos en el Registro hasta el 1 de abril de 2021, en 16 aún no se ha cumplido el lapso de 6 meses desde el alta. En el seguimiento se perdieron 24 pacientes por no asistir a los controles/imposibilidad de contactarlos, 3 ptes retornaron a sus países de origen. Trece ptes tienen una entrevista pendiente. Fueron evaluados 59 ptes (edad =x 49±13 años, 45.7% mujeres, 51% de etnia amerindia, 74% con sobrepeso u obesidad). Transitaron la enfermedad internados el 69%, en forma domiciliaria el 13% y de ambas formas el 17% de esta población. La enfermedad fue leve en el 41%, moderada en el 32% y grave en 27% de los ptes. Dieciséis ptes requirieron internación en UTI y 7 de ellos, ARM. Los hallazgos cardiológicos previos de esta población incluían: disfunción ventricular (3 ptes), arritmias (12 ptes), trastornos de conducción (3 ptes) e insuficiencia mitral (1 pte). La entrevista tardía ocurrió a los 275±40 días (mediana: 284 días). Los hallazgos clínicos del registro se detallan en la tabla. *: Con respecto a la entrevista previa

Percepción de status clínico*	
Mejor	55%
Igual	32%
Peor	16%
Retoman actividad Laboral	87%
Retoman actividad física	88%
Sintomáticos	75%
De novo (n:42)	38%
Síntomas generales	18%
Precordialgia	9%
Disnea	25%
Palpitaciones	7%
Medicación SI	66%
De novo	19%
Intercurrencias	
Re-infección COVID-19	1.6%
TEP	5%
Crisis asmáticas	3.3%
S. Neurológicos/psicológicos	25%
Nueva arritmia	1.6%
Reemplazo valvular mitral	1.6%
Otras interc. clínicas	47%
Otras interc quirúrgicas	3.3%
Contacto con Sistema de Salud	76%

Conclusiones: En una entrevista tardía post-COVID-19, más de dos tercios de la población persiste sintomática. Sin embargo, un bajo porcentaje refiere haber empeorado su status clínico y la mayor parte retomó sus actividades habituales pre-infección. En el periodo observado, fueron escasas las interurrencias cardiológicas. Estas observaciones deben confirmarse con un mayor número de pacientes.

0462 - VALIDACIÓN DE UN ALGORITMO PARA PREDECIR EL ORIGEN DE EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES. CORRELACIÓN CON EL MAPEO ELECTROANATÓMICO

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

VECCHIO, Nicolas | MILITELLO, Claudio | LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz | BASILE, Federico | SCHNETZER, María Natalia | DORADO, Jorgelina Nadia | CORONEL, Roberto | BOCHOEYER, Andrés

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: El electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG) es la herramienta inicial para predecir el sitio de origen de las extrasístoles ventriculares (EV) y de esta manera elegir una estrategia adecuada para la ablación. Existen múltiples algoritmos que mediante el análisis del ECG orientan al electrofisiólogo para diferenciar el origen entre sitios próximos,

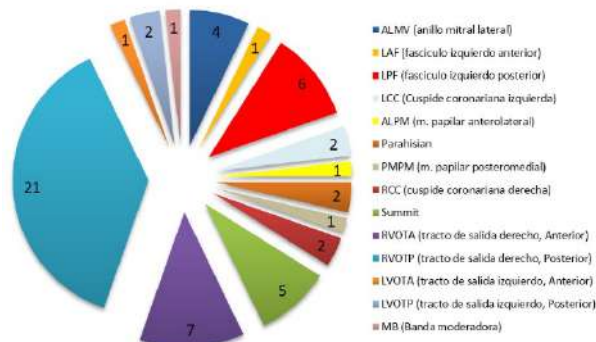
como en los tractos de salida derecho (TSVD) e izquierdo así como en otros sitios de ambos ventriculos. Recientemente Enriquez y cols. publicaron una revisión con un algoritmo escalonado de tres pasos que integra varios algoritmos con un novedoso enfoque anatómico. A la fecha no tenemos conocimiento de estudios publicados que determinen la exactitud diagnóstica de dicho algoritmo comparándolo con la localización electroanatómica confirmada luego de una ablación exitosa.

Objetivos: Determinar la exactitud diagnóstica del algoritmo comparándolo con el resultado del mapeo electroanatómico tridimensional

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis observacional y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con una primera ablación tridimensional de EV en el período comprendido entre enero 2017 y mayo de 2021. A todos los pacientes se les suspendió el tratamiento antiarrítmico previo a la intervención. En todos los casos se imprimieron los ECG registrados en el polígrafo (WorkMate™ System, Abbott) con una velocidad de 50mm/s. Se seleccionaron dos electrofisiólogos al azar para determinar el origen probable de cada EV según el algoritmo mencionado. En caso de discrepancia entre ambos, un tercer electrofisiólogo medió en el diagnóstico. Durante la ablación se consideró como origen de las EVs al sitio más precoz y exitoso en el mapa de activación tridimensional. Se definió éxito primario a la desaparición de las EV luego de la aplicación de radiofrecuencia. Se excluyeron pacientes con ablación fallida. Se registraron las características basales de la población, origen electrocardiográfico y electroanatómico de las EVs. Se determinó la sensibilidad (SE), especificidad (ESP), precisión (valor predictivo positivo)(VPP), f-score y exactitud global del algoritmo.

Resultados: Se incluyeron un total de 59 pacientes con ablación de EV frecuentes durante el período mencionado. Se excluyeron 3 pacientes con ablación de EV fallidas, dos de origen en el musculo papilar posteromedial y uno en el Summit. La edad promedio fue de 47 +/- 8.2 años y el 52% eran mujeres. Un paciente presentaba taquicardiomiopatía y otro paciente cardiopatía isquémico necrótica con deterioro moderado de la función ventricular. La fracción de eyección promedio fue de 62,3 +/- 8%. La carga arrítmica promedio en el registro Holter de 24hs fue de 19 +/- 6%. Dos pacientes presentaban antecedente de taquicardia ventricular. Tanto en el análisis del ECG como luego del mapeo electroanatómico el origen más frecuente fue la región posteroseptal del TSVD. (Figura 1) El análisis global del algoritmo arrojó una exactitud del 97,1% para predecir el origen de las EVs, con una SE del 83,6%; ESP 98,2%; VPP 78% y F-score 80,7%. (Tabla 1)

Origen de las EV (56 p)



	SE	ESP	VPP	f-score	Exactitud Global
Total (56 p)	83,64%	98,18%	77,97%	80,7%	97,14%
ALMV	100%	100%	100%	100%	100%
LAF	100%	100%	100%	100%	100%
LPF	66,67%	100%	100%	80%	96,36%
LCC	50%	100%	100%	66,67%	98,18%
ALPM	100%	94,44%	25%	40%	94,55%
Parahisian	100%	98,11%	66,67%	80%	98,18%
PMPM	100%	98,15%	50%	66,67%	98,18%
RCC	100%	94,44%	25%	40%	94,55%
Summit	100%	98%	83,33%	90,91%	98,18%
RVOT A	71,43%	97,92%	83,33%	76,92%	94,55%
RVOT P	80,95%	91,18%	85%	82,93%	87,27%
LVOT A	100%	100%	100%	100%	100%
LVOT P	100%	100%	100%	100%	100%
MB	100%	100%	100%	100%	100%

Conclusiones: El algoritmo propuesto por Enriquez y cols presentó un rendimiento diagnóstico muy confiable para la planificación de la ablación de extrasístoles ventriculares.

0463 - PROCEDIMIENTOS DE ELECTROFISIOLOGÍA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: EXPERIENCIA Y SEGURIDAD DURANTE EL PRIMER AÑO

Unidad Temática: Covid-19

VECCHIO, Nicolas | BOCHOEYER, Andrés | LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz | BASILE, Federico | PEREZ VILLCA, Veronica Virginia | SCHNETZER, Maria Natalia | CORONEL, Roberto | MILITELLO, Claudio

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: El avance de la pandemia por COVID-19 ha producido un cambio socioeconómico a nivel mundial, provocando una constante planificación y reestructuración del sistema de salud. Las instituciones médicas han reducido significativamente los servicios para pacientes ambulatorios y han retrasado las cirugías electivas para conservar los recursos sanitarios y limitar la exposición al virus. Diversos autores han publicado que suspender o retrasar cirugías

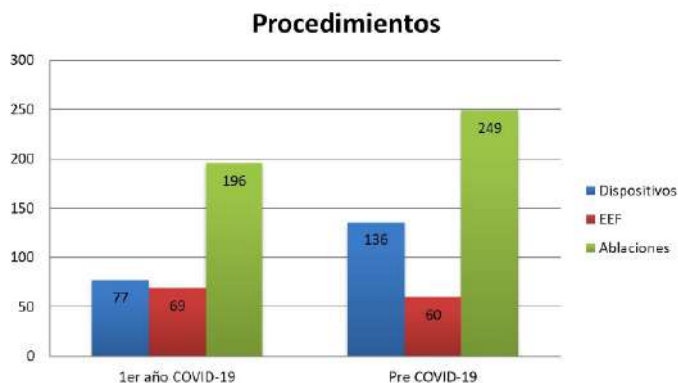
electivas podría aumentar las internaciones por urgencia. Por esto se desarrollaron distintos protocolos para reiniciar de forma segura las intervenciones programadas.

Objetivos: Evaluar los resultados y seguridad, de nuestro grupo de trabajo, en los procedimientos de electrofisiología (EF) durante el primer año de pandemia por SARS-CoV-2.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional realizado en cinco centros de CABA. Se incluyeron todos los pacientes (P) hospitalizados de manera electiva o urgente entre el 19 de marzo de 2020 y el 18 de marzo de 2021. Las medidas preventivas ya conocidas incluyeron identificación de P con contacto estrecho, síntomas sugestivos de infección por SARS-CoV-2, equipos de protección personal para los profesionales,

hisopado PCR negativo previo a la intervención, suspensión de visitas familiares, entre otras. La información fue obtenida de la base de datos colaborativa de nuestro grupo de EF. Se registraron las características basales, tipo de procedimiento realizado, urgencia y tasa de suspensión de la intervención por hisopado positivo previo o contacto estrecho. Para evaluar la seguridad se registró la tasa de infección asociada al procedimiento, definida como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 durante las primeras dos semanas post intervención. Se compararon los datos con las intervenciones realizadas el año previo, desde el 19 de marzo de 2019 al 18 de marzo de 2020.

Resultados: Durante el primer año de pandemia se intervinieron un total de 342 P. Se evidenció una disminución del 23,1% respecto al año anterior. (Figura 1) Los procedimientos de urgencia aumentaron del 23,02% al 28,36% (p 0,09). Esto se debió a una disminución en los implantes programados de dispositivos y a un aumento marcado en los estudios electrofisiológicos de urgencia. (Tabla 1) Ningún P presentó hisopado positivo previo y solo un procedimiento fue suspendido por contacto estrecho. Ningún P presentó infección por SARS-CoV-2 relacionada a la intervención. Tres P presentaron infección alejada por COVID-19. Dos fallecieron por neumonía por COVID-19 y una



	COVID-19 (342)	Pre COVID (445)	p
Edad	58,1 +/- 7.8 años	56,8 +/- 9.1 años	.91
Sexo masculino	64%	65,4%	.85
Cardiopatía previa	11,9%	9,8%	.87
Urgencia	28,4%	23%	.09
Procedimientos			.006
Implante dispositivos	22,5% (77)	30,5% (136)	.011
Est. Electrofisiológico	20,2% (69)	13,5% (60)	.015
Ablación	57,3% (196)	56% (249)	.75

P se recuperó de la infección pero falleció luego por insuficiencia cardíaca terminal. Solo dos médicos de nuestro grupo de EF contrajeron COVID-19 en diferentes momentos de la pandemia, ambos oligosintomáticos. Dichos casos no se relacionaron con infección de pacientes u otros miembros del grupo.

Conclusiones: El estudio mostró que las intervenciones en electrofisiología fueron seguras, sin registrarse durante el primer año de pandemia infecciones por SARS-CoV-2 relacionadas al procedimiento. Asimismo, la suspensión de intervenciones electivas aumentó significativamente el número de intervenciones de urgencia.

0464 - ARRITMIAS CARDIACAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Unidad Temática: Covid-19

PEREZ BAZTARRICA, Gabriel | ZAMAR, Sandra | GIL CORTES, Andres Felipe | LEVIN, Ricardo | SALVAGIO, Flavio | BARROS ORTIZ, Stephen

Hospital Universitario de la UAI

Introducción: Estudios sugieren que la infección por coronavirus 2019 (COVID-19) está asociada con una alta incidencia de arritmias cardíacas. Buscamos comprender mejor las manifestaciones cardíacas arrítmicas en pacientes con COVID-19 luego de su internación.

Objetivos: El propósito de este estudio fue evaluar la incidencia de arritmias supraventriculares y ventriculares de pacientes hospitalizados por COVID-19.

Materiales y Métodos: Estudio de diseño prospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron pacientes desde junio 2020 a marzo 2021. Se analizaron historias clínicas del Departamento de Cardiología, Clínica Médica y UTI (ECG, Monitoreo telemétricos, Holter). El análisis estadístico se realizó con el programa Microsoft Excel.

Resultados: 142 pacientes hospitalizados con diagnóstico de Covid-19 (Clínica que requirió internación + PCR). La edad media 66 ± 18 años; 69% hombres; 22% recibieron atención en la UCI. La arritmia supraventricular más frecuentes fue la taquicardia sinusal en el 78% y en cuanto a arritmias ventriculares fueron las extrasístoles en el 10%; resto de los hallazgos descriptos en tabla 2.

Conclusiones: La arritmia supraventricular más frecuentes fue la taquicardia sinusal y la ventricular fueron las extrasístoles, siendo mas probablemente consecuencia de una enfermedad sistémica mas que por los efectos directos del virus.

Características demográficas de la Población	N:142	%
Mujeres	44	31
Hombres	98	69
Edad	66 +/-18	
Hipertensión Arterial	82	58
Diabetes	41	29
Dislipemia	114	80
Tabaquismo	23	16
Enfermedad coronaria previa	25	18
Insuficiencia Cardíaca previa	21	15
IMC, kg / m ²	32 +/-6	
Enfermedad Pulmonar Crónica (en tratamiento)	31	22
Enfermedad Vascular previa	25	17
Enfermedad Renal Crónica (Cl Cr <50ml/min)	11	8
Neoplasia	16	11
Inmunodeficiencias	7	5
Arritmia previa que requirió tratamiento	7	5
Ingreso a UCI	31	22
Drogas Vasoactivas	13	9
Daños Miocárdico Agudo	2	1
ARM	25	17
Mortalidad Hospitalaria	6	4

Arritmias durante Internación	N:142	%
Supraventriculares		
Taquicardia Sinusal	111	78
Bradicardia Sinusal	13	9
ESV	38	27
FA/AA (nueva)	11	8
TPSV	3	2
Ventriculares		
EV	14	10
TVNS	2	1
TVS/FV	2	1

0465 - "APTITUD FÍSICA Y MARCADORES BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA CRÓNICA. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN TIEMPO LIBRE DE MINNESOTA"

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

HERRERA, Jorge Alberto

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA

Introducción: Las coronariopatías y la capacidad de prevenirlas siguen dominando los reportes de morbimortalidad en muchos países. La utilidad y validez de predictores y limitaciones para la práctica y dosificación de la actividad física, son aún materia de controversias. La utilización de herramientas estadísticas multivariadas ha permitido describir las complejas interacciones de variables cardiometabólicas consideradas biomarcadores de coronariopatías y la capacidad de prevenirlas, permitiendo dosificar la actividad física como práctica regular en la población.

Objetivos: Determinar el nivel de aptitud física (AF) aplicando el Cuestionario de Actividad Física en tiempo libre de Minnesota, su correlación con la presencia de marcadores cardiometabólicos, y con la capacidad funcional (CF) expresada en METS, en un subgrupo de pacientes coronarios crónicos, de la provincia de Catamarca.

Materiales y Métodos: Investigación aplicada de corte transversal, observacional y analítica. Muestreo no probabilístico, intencional. Se estudiaron 104 pacientes, 76 varones y 28 mujeres entre 40 y 65 años. Se cuantificaron variables antropométricas: masa muscular, masa grasa e índice de masa corporal; hemodinámicas: presión arterial sistólica y diastólica; niveles en sangre de creatinina, ácido úrico, proteína C reactiva ultra sensible (PCRhs), interleucina 6 (IL-6), lipoproteínas de baja densidad oxidadas (LDLox) y glutatión peroxidasa (GPX); se realizó una ergometría submáxima para la CF categorizada por METS. Determinada la normalidad de las variables (Kolmogorov-Smirnov), se realizó el Rank Sum Test. Luego se aplicaron Test no paramétricos: t Test (Tau b de Kendall). Test categóricos: Correlación canónica no lineal (OVERALS), Perceptrón Multicapa de Redes Neuronales (RN), Regresión Logística Multinomial (RLMN). Se utilizó el Programa SPSS v25. La hipótesis nula se rechazó al 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Se encontraron correlaciones significativas entre variables agrupadas. OVERALS determinó dos dimensiones: I-Biomarcadores Cardiometabólicos aptitudinarios-81%. II-Morfofuncionales-80%. RN (Perceptrón) mostró dependencia entre la AF, los marcadores y las variables cardiovasculares. La RLMN demostró la interacción múltiple de la categorización de PCRus con IL6, LDLox, GPX, AF y CF. La interacción de categorías 1 de PCRus y IL6, con 2 de LDLox y GPX y 4 de GE2sem (gasto energético 2 semanas) es 8 veces más probable que obtenga un valor entre 2-3.9 METS en el test

ergométrico. Si se considera la interacción de estos mismos biomarcadores pero con incremento a 2 en la categoría de PCRs, es sólo 2.3 veces más probable que obtenga 2-3.9 METS en el test ergométrico, pero es coincidente con el nivel más alto (4 = muy activo) de actividad física, registrada en el cuestionario.

Conclusiones: Existe una alta interrelación entre variables independientes (morfoantropométricas y biomarcadores), con los registros de actividad física y gasto energético, en este grupo de pacientes. Las interacciones enzimáticas-funcionales múltiples encontradas, son demostrativas de los complejos mecanismos bioquímicos de la masa muscular esquelética y cardíaca como resultado de la actividad física. El Cuestionario de Minnesota, sobreestima la capacidad funcional (calificada según lo reportado por estos pacientes, con enfermedad coronaria crónica), en relación a lo evaluado en la prueba de esfuerzo. La utilización de métodos estadísticos multivariados e Inteligencia Artificial (Redes Neuronales de estructura compleja), permiten visualizar de manera más objetiva las bondades; y salvar las limitaciones de los elementos de diagnóstico, que los métodos estadísticos tradicionales no siempre consiguen.

0466 - MODIFICACIONES ANATOMO-FUNCIONALES DEL CORAZÓN EN NIÑOS QUE REALIZAN ACTIVIDAD DEPORTIVA DE MODERADA A VIGOROSA INTENSIDAD

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

LÓPEZ, Celeste Raquel | KRISKOVICH JURE, Jorge | PASETTO, Raul Ignacio | DELBALLE, María Fernanda | MARTINEZ, Luisa Elba | RETAMOZO, Fabricio Adrián | RAMÍREZ, Luis Antonio

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La actividad física de moderada a alta intensidad realizada en forma sistemática puede generar modificaciones cardiovasculares en niños entre 6 y 17 años, independientemente de la edad y las modificaciones puberales

Objetivos: Observar características basales de una población infantil referidas al servicio de ergometría de nuestra institución para valoración cardiovascular y Determinar si hay cambios morfológicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos y ergométricos separadas según realicen actividad física deportiva sistemática y según sean o no púberes

Materiales y Métodos: Entre 03/2019 y 09/ 2020 fueron evaluados 1682 ptes. 818 pacientes fueron excluidos. Quedaron 864 pacientes (población en estudio). De esos, 187 pacientes (21.6%) realizaban actividad física competitiva (G1). Los otros 677 ptes (78,4%) Fueron (G2). Las variables cualitativas son expresadas en porcentaje y comparadas con el test de chi cuadrado o el test exacto de Fisher. Las variables cuantitativas con expresadas en medias y desvío estándar o medianas y comparadas con el test de ANOVA . Significancia cuando $P < 0.05$

Resultados: Características generales: Sexo masculino 65 % Edad media $12 \pm 2,7$ años Peso 51 ± 17 kg. Altura $1,55 \pm 0.20$ mts. IMC $21,88 \pm 6$ KG/M2. Obesidad 7,6 % TAS 98 ± 14 mm Hg TAD 67 ± 7 mm Hg FC: 78 ± 15 Latidos por minuto. El promedio de actividad deportiva semanal del G1 fue de 6 ± 2 horas y mediana de inicio de la actividad 2 años. De pacientes G1, 65 eran menores de 12 años (prepuberales) y 122 niños tenían ≥ 12 años (puberales). Del G2, fueron 242 prepuberales y 435 puberales. Las diferencias entre púberes según sean o no deportistas y prepúberes deportistas o no , se observan en el cuadro comparativo

Conclusiones: Existen diferencias en los parámetros evaluados entre pediátricos deportistas y no deportistas independiente del empuje puberal aunque se intensifican en la pubertad .

Variable	DEPORTISTA	NO DEPORTISTAS	VALOR P
PUBER	65,2 %	68,6 %	NS
Sexo masculino	69%	61,8 %	0,05
Altura	$1,56 (\pm 0,16)$	$1,53 (\pm 0,17)$	0,04
ERGOMETRIA			
FC	68 ± 7	75 ± 6	0,038
TAD MAX	$53,5 \pm 5$	98 ± 16	0,007
CAP FUNCIONAL	$15,0 \pm 2$ Mets	12 ± 5 Mets	0,01
ECG			
Pt	$145 (\pm 10)$ ms	$138 (\pm 6)$ ms	0,001
QT m	$395 (\pm 7)$ ms	$383 (\pm 10)$ ms	0,02
FC	70 ± 4	79 ± 5	0,009
Blog. incompleto rama derecha	18 %	7 %	0,001
Alt de la repolarización	13 %	7 %	0,03
ECCARDIOGRAFIA			
AI	30 ± 3	26 ± 2	0,01
VIDd	$47 (\pm 2)$	42 ± 3	0,001
VIDs	$29 (\pm 2)$	25 ± 2	0,001
SIV	$8,3 \pm 0,5$	$7,5 \pm 0,4$	0,04
PP	$9,0 \pm 0,3$	$71 \pm 0,5$	0,02

Variable	NO PUBERALES	DEPORTISTA	NO DEPORTISTAS	VALOR P
Sexo masculino	86 %	68%		0,06
ERGOMETRIA				
ECG				
Pt	$145 (\pm 10)$	$138 (\pm 6)$		0,001
QT m	$395 (\pm 7)$	$383 (\pm 10)$		0,02
FC	70 ± 4	79 ± 5		0,009
Blog. incompleto rama derecha	18 %	7 %		0,001
Alt de la repolarización	13 %	7 %		0,03
ECCARDIOGRAFIA				
AI	30 ± 3	26 ± 2		0,01
VIDd	$47 (\pm 2)$	42 ± 3		0,001
VIDs	$29 (\pm 2)$	25 ± 2		0,001
SIV	$8,3 \pm 0,5$	$7,5 \pm 0,4$		0,04
PP	$9,0 \pm 0,3$	$71 \pm 0,5$		0,02

0468 - ¿CÓMO PERCIBEN LOS MÉDICOS CARDIÓLOGOS Y RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA SU ESTADO Y HÁBITOS NUTRICIONALES? SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO EHNUTRICAR

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

LAVALLE COBO, Augusto Maria | HARWICZ, Paola S. | FORTE, Ezequiel Hernán | CONSEJO, Cardiometabolismo

Consejo Cardio-Metabolismo SAC

Introducción: La mayoría de las guías de prevención y tratamiento de enfermedades CV recomiendan como primera línea terapéutica la implementación de cambios en estilo de vida dentro de los que se incluye la alimentación. Existe evidencia sobre un déficit en educación sobre aspectos nutricionales en otros países. Por otro lado, existen autoreportes de factores de riesgo en médicos no encontrándose a la fecha información sobre la autopercepción de la calidad nutricional en residentes y médicos cardiólogos.

Objetivos: Evaluar la autopercepción del estado nutricional de médicos cardiólogos y residentes de cardiología de la RA.

Materiales y Métodos: El estudio EHNUTRICAR es un estudio observacional que evaluó la percepción de la Educación y Hábitos NUTRICIONALES en médicos CARDIÓLOGOS y residentes de cardiología de la República Argentina. Se desarrolló un cuestionario en la plataforma Google Forms para registro voluntario y anónimo compuesto por enunciados agrupados en tres áreas: 1) Grado de formación en nutrición, 2) Desempeño profesional en la materia 3) Autopercepción del estado nutricional. En este subanálisis se presenta un análisis descriptivo del punto 3.

Resultados: Se incluyeron 864 encuestas, 115 (13,3%) completadas por médicos residentes. La mediana de edad de los encuestados fue de 42 años, predominando el sexo masculino, 57,8%. El 62% de los encuestados refirió un IMC normal, 34% sobrepeso y 4% obesidad. Respecto a la percepción de la calidad nutricional independientemente del peso, 69,7% considera que lleva una alimentación saludable. Respecto a la cantidad de porciones diarias de frutas y verduras, 9,1% consume 5 o más porciones de fruta/verdura por día. 44,3% agrega sal a los alimentos al cocinar y 13,4% durante y posterior a la cocción. En cuanto al consumo de alcohol 30% reportó el consumo de 1 a 2 medidas diarias en los 30 días previos a la encuesta.

Conclusiones: La mayoría de los encuestados refirió un IMC normal y percibe sus hábitos nutricionales como saludables. Sin embargo, el consumo de las 5 porciones de frutas o verduras recomendadas fue muy bajo, más de la mitad agrega sal a la comida durante o luego de la cocción y se reportó un consumo de alcohol elevado.

0469 - EDUCACIÓN Y HÁBITOS NUTRICIONALES EN MÉDICOS CARDIÓLOGOS Y RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. ESTUDIO EHNUTRICAR.

Unidad Temática: Educación Médica

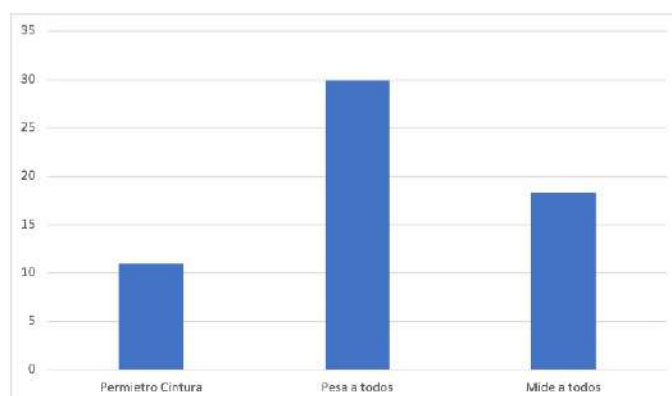
LAVALLE COBO, Augusto Maria | HARWICZ, Paola S. | FORTE, Ezequiel Hernán | CONSEJO, Cardiometabolismo

Consejo Cardio-Metabolismo SAC

Introducción: La mayoría de las guías de prevención y tratamiento de enfermedades CV recomiendan como primera línea terapéutica la implementación de cambios en estilo de vida dentro de los que se incluye la alimentación. Existe evidencia sobre un déficit en educación sobre aspectos nutricionales en otros países.

Objetivos: Evaluar la percepción de la educación y formación en aspectos nutricionales, así como su implementación en la consulta clínica, en médicos y residentes de cardiología de la República Argentina

Materiales y Métodos: El estudio EHNUTRICAR es un estudio observacional que evaluó la percepción de la educación y hábitos nutricionales en médicos cardiólogos y residentes de cardiología de Argentina. Se desarrolló un cuestionario para registro voluntario y anónimo compuesto por enunciados agrupados en tres áreas: 1) Grado de formación en nutrición, 2) implementación de



este tópico en la práctica clínica 3) Autopercepción de calidad nutricional En este subanálisis se presentan un análisis descriptivo de los puntos 1 y 2.

Resultados: Se incluyeron 864 encuestas, 115 (13,3%) completadas por médicos residentes. La mediana de edad de los encuestados fue de 42 años, predominando el sexo masculino, 57,8%. Respecto al primer punto de la encuesta, 55,1% presentaba más de 10 años de ejercicio de la especialidad y 27,5% menos de 5. Más de la mitad trabaja la mayor parte del tiempo en centros con programas de educación médica (55,1%). 36,9% no recibió o no recordaba haber recibido durante su etapa de grado y solo el 5,3 durante su postgrado en cardiología, educación que le permitieran obtener habilidades técnicas para aconsejar y manejar aspectos nutricionales. 7,3% realizó un curso o postgrado en nutrición y 70% no suele asistir a eventos en congresos relacionados a este tópico. Respecto al segundo punto 55,4% refiere dedicar nada, poco o muy poco tiempo en sus consultas a recomendaciones nutricionales. El 11,6% mide el perímetro de cintura, 29,9% y 18,3% pesan y miden a todos los pacientes respectivamente. 92,5% cree que la alimentación proporciona un beneficio adicional a las medidas farmacológicas. 83,3% considera la dieta mediterránea como la de mayor beneficio cardiovascular. Respecto al rol del consejo nutricional el 53,8% considera que debe brindar a sus pacientes consejos básicos y 40% información detallada. El 28% utiliza tratamiento farmacológico para la obesidad (5% en forma frecuente y 23% en forma ocasional).

Conclusiones: La determinación de medidas antropométricas y la capacitación en temas relacionados al manejo nutricional de los pacientes con enfermedad CV es bajo entre los residentes y cardiólogos encuestados pese a que la mayoría considera que la misma proporciona un gran beneficio adicional a las medidas farmacológicas.

0470 - UTILIZACIÓN DE ASPIRINA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

LAVALLE COBO, Augusto Maria(1) | FORTE, Ezequiel Hernán(1) | BUSO, Carlos Javier(1) | SANABRIA, Hugo Daniel(1) | HARWICZ, Paola S.(1) | LYNCH, Santiago(2) | GRUPO DE INVESTIGACIÓN, Cardiometabolismo(1)

Consejo Cardio-Metabolismo SAC (1); Sanatorio Las Lomas (2)

Introducción: En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sin enfermedad cardiovascular (ECV) las recomendaciones respecto a la indicación de Aspirina (AAS) han cambiado en los últimos años, pudiendo recomendarse su uso solo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular (RCV), quedando desaconsejada su utilización en forma generalizada.

Objetivos: Evaluar la utilización de AAS en una población de pacientes con DM2 sin ECV (prevención primaria).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal, y multicéntrico. Se registraron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de DM2 asistidos en consultorios de

	AAS (N=145)	No AAS (N=210)	P
EDAD, media +/- DS	64 (58-70)	60,5 (53-69)	<0,0001
EDAD ≥ 65 años, %	43,4	39,5	0,4
GENERO FEMENINO, %	49,7	55,2	0,3
DURACIÓN DM2 (años), media +/- DS	10,5 +/- 8,3	8,16 +/- 7	0,004
0 Factor de riesgo, %	2	3,8	0,33
1 Factor de riesgo, %	4,8	13,8	0,005
2 Factor de riesgo, %	40,7	34,7	0,2
3 Factor de riesgo, %	52,5	47,6	0,3
Complicaciones microvasculares, %	31,7	25,2	0,17
Estatinas, %	69	53,8	0,004
GLP-1/ISLGT2, %	10,3	7,14	0,29
Clearance Creatinina < 60 ml/min, %	13	12,8	0,95
Inhibidores de bomba de protones	8,2 %	6,1%	0,44

cardiología de mayo a julio de 2019 en 17 provincias de la República Argentina. De los 649 pacientes incluidos se seleccionaron aquellos sin ECV (definida como historia de accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica o enfermedad vascular periférica). Se estratificó el RCV de la población según la recomendación de la Sociedad Europea de Cardiología (2020) en moderado, alto y muy alto riesgo cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 355 pacientes con DM2 sin ECV. 94,6% presentaba muy alto RCV, 3,4% alto RCV y 2% moderado RCV. 40,8% de la población recibía AAS. Acorde al RCV, recibía AAS el 42% de los pacientes de muy alto RCV, 16,6% de alto riesgo y 28,5% de moderado RCV. Los pacientes que recibieron AAS eran de mayor edad, presentaban mayor tiempo de evolución de su DM2 y mayor uso de estatinas mientras que presentaban con menor frecuencia 1 solo factor de riesgo cardiovascular asociado (TABLA 1). El uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en el grupo que recibía AAS fue de 8,2%. En el análisis multivariado la edad (OR 1,02 IC95% 1-1,05 p 0,01) y el uso de estatinas (OR 1,59 IC95% 1 - 2,52 p = 0,04) se asociaron a una mayor posibilidad de recibir AAS, mientras que la presencia de un único factor de riesgo cardiovascular adicional se asoció a la no utilización de la misma (OR 0,33 IC95% 0,14-0,81 p=0,01).

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con DM2 sin ECV, la utilización de AAS fue variable en todo el espectro de riesgo cardiovascular. Pese a asociarse a un incremento del riesgo de sangrados gastrointestinales la utilización de IBP para reducir ese riesgo fue bajo. Observamos que los pacientes que reciben estatinas presentan mayor utilización de AAS.

0484 - EVIDENCIA DE QUE EL MIOCARDIO ES UN MÚSCULO HELICOIDAL CONTINUO CON UNA INSERCIÓN

Unidad Temática: Investigación Básica

TRAININI, Alejandro(1) | DR BERAUDO, Mario(2) | DR WERNICKE, Mario(2) | BASTARRICA, Maria Elena(2) | LOWENSTEIN, Jorge A.(3) | TRAININI, Jorge(1)

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón (1); Clínica Guemes de Luján (2); Investigaciones Médicas - Centro de Diagnóstico (3)

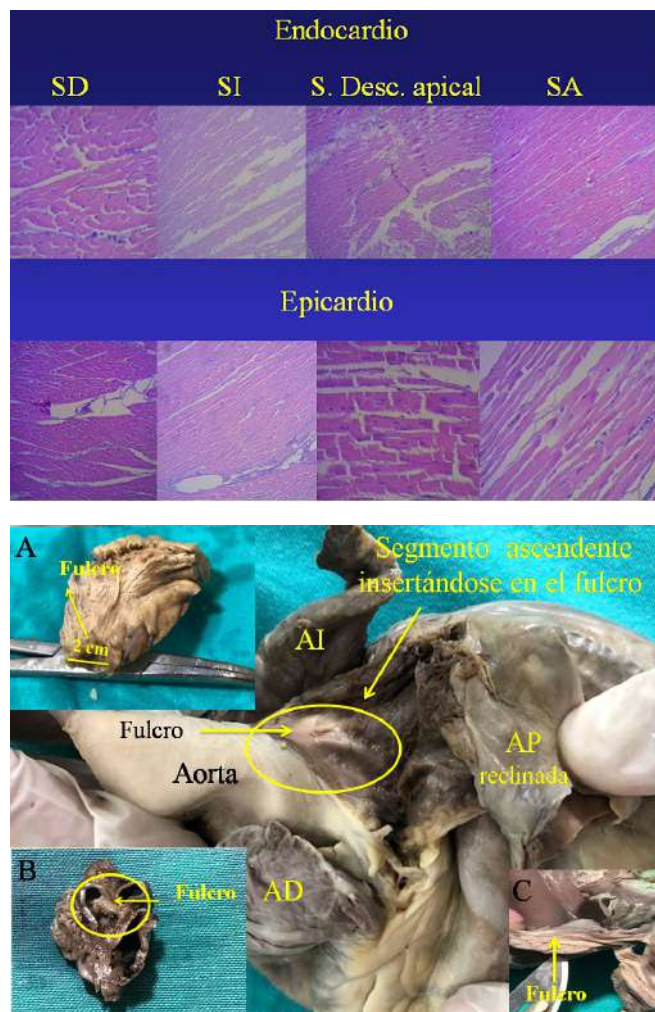
Introducción: La función del corazón tiene una capacidad mecánica que debe analizarse en términos de su estructura. El patrón de disposición anatómica espacial del miocardio está relacionado con los movimientos de propagación eléctrica y torsión-detorsión. (1) Este análisis nos ha llevado a estudiar su integridad orgánico-funcional. Este supuesto se basó en la hipótesis de que para cumplir su función, el músculo cardíaco debe tener continuidad estructural y un punto de apoyo para aplicar su potencia. Anatómicamente, el corazón no puede quedar suspendido en el tórax sin continuidad estructural del músculo cardíaco para bombear sangre a una velocidad de 200 cm / s con una eficacia que permite expulsar el 70% del volumen del ventrículo izquierdo con solo un 12% de acortamiento de su unidad contráctil, el sarcómero.

Objetivos: Investigar si el miocardio es: a) un músculo continuo, único y de disposición helicoidal; b) el inicio y el fin del mismo; c) la posibilidad que el deslizamiento entre los segmentos de su helicoides, con sus movimientos detorsion-detorsion, conste de un mecanismo de antifricción.

Materiales y Métodos: Dieciocho corazones 1)Dissección cardíaca de 10 corazones bovinos jóvenes (2 años) (800-1000g).2) Dissección cardíaca de 8 corazones humanos: uno de un embrión de gestación de 23 semanas; uno de un paciente de 10 años (250 g) y 6 corazones adultos (peso medio: 300 gr). Análisis histológico e histoquímico de muestras anatómicas. La tinción con azul alcian también se utilizó como marcador fiable para identificar la presencia de ácido hialurónico como mecanismo antifricción e incluso proporcionar una evaluación semicuantitativa.

Resultados: El miocardio puede ser definido como un músculo continuo, único y helicoidal insertado en sus extremos (origen y fin) a un núcleo osteo-condroide-tendinoso de acuerdo a los especímenes analizados, denominado fulcro cardíaco. De esta manera delimita las dos cavidades ventriculares. Acido hialurónico fue hallado en los planos de fricción entre los segmentos del miocardio.

Conclusiones: El miocardio en su continuidad longitudinal adopta una conformación espacial espiralada. Se halla inserto en sus extremos a un núcleo denominado fulcro cardíaco. Las venas de Thebesio y el ácido hialurónico podrían tener un papel preponderante como mecanismo antifricción debido a la fricción entre sus superficies de deslizamiento en sus movimientos de torsión (sístole) y destorsión (succión).



0486 - INJURIA MIOCÁRDICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD CORONARIA. CAUSAS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONOSTICO

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

MACIN, Stella Maris | ONOCKO, Mariela | PERNA, Eduardo R | CORONEL, María Lorena | PICCHIO, Diego | TOROSI, Eugenia | SOSA ERRO, Florencia | HORAK, Francisco

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La importancia pronóstica de la injuria miocárdica en pacientes hospitalizados en Unidad coronaria es objeto de debate.

Objetivos: Evaluar prevalencia, características clínicas y pronóstico de la Injuria miocárdica en pacientes hospitalizados en Unidad Coronaria

Materiales y Métodos: Analizamos datos del registro de pacientes hospitalizados en Unidad coronaria desde el 14 de mayo del 2020 al 14 de mayo del 2021. Sobre un total de 590 pacientes admitidos, 17.12% (101 ptes) presentaron injuria miocárdica (IM) y fueron objeto de estudio. Fueron excluidos los infartos del Grupo I según la 4ta definición de infarto, 260 pacientes. Se evaluaron las causas de injuria miocárdica, las características demográficas y variables al ingreso- Se utilizó un modelo multivariado para predecir mortalidad. Se doso TnTC alta sensibilidad (hs-cTn) a la admisión y 3 horas.

Resultados: La IM estuvo presente en 11.9% del infarto tipo II(12ptes), 10.9% (11 ptes) con MINOCA, 20.8% (21 ptes) con IC con FE preservada, 11.9% (12 ptes) con IC con FE deteriorada, 3% en TEP (3 pes), 2% de neumonía (2ptes), 2% en sepsis (2 ptes), 22.8% IRC con clearance de >30-60 mL/min/1,73 m2 (23 ptes), 11.9% en IRC con clearance =30 mL/min/1,73 m2 (12 ptes) y 2.8% de pacientes tuvieron otras causas. La mortalidad hospitalaria en este grupo de pacientes fue de 5% (5 ptes). Los pacientes que fallecieron presentaron mayor edad 68.3 vs 58.4% p<0.001, mayor nivel de TnTus máxima 547 vs 1760 ng/L p<0.001, mayor valor de glucemia 210 vs 155 mg/dl p=0.001). En el análisis multivariado mostro que las variables predictivas de mortalidad fueron: IC con FE deteriorada OR=4.2(IC 95% 2.4-7.6), edad OR 1.82 (IC 95% 1.1-2.6), y valor máximo de TnTus OR=2.15(IC 95% 1.3-3.5).

Conclusiones: La injuria miocárdica estuvo presente en dos de cada diez pacientes admitidos en unidad coronaria. Incremento la mortalidad hospitalaria. Fueron variables predictivas independientes de mortalidad hospitalaria la injuria miocárdica en pacientes con IC con FE deteriorada, la edad y TnTus máxima.

0494 - IMPACTO DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA EN LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN SEVERA.

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

COSTANTINI, Ricardo Andrés | PEREZ CACERES, Nicolas Emanuel | KRAUSE, Sofia | TELAYNA (H), Juan Manuel | SANTUCCI, Jose Carlos | TELAYNA, Juan Manuel

Hospital Universitario Austral

Introducción: El deterioro severo de la función ventricular izquierda (FEy < 40%) es uno de los principales predictores de mortalidad junto a la enfermedad coronaria multivaso. La revascularización quirúrgica ha demostrado ser superior respecto de eventos cardiovasculares mayores frente el tratamiento médico óptimo y frente a angioplastia coronaria en pacientes con anatomías coronarias complejas. Sin embargo, en el proceso de decisión el Heart Team puede recomendar la revascularización percutánea, siendo importante determinar y conocer sus resultados en este escenario clínico.

Objetivos: Objetivos: evaluar los resultados clínicos y del procedimiento de angioplastia coronaria en pacientes con síntomas o signos clínicos de insuficiencia cardiaca.

Materiales y Métodos: Entre noviembre de 2008 a noviembre de 2020 se realizaron 98 procedimientos de angioplastia coronaria en pacientes que ingresaron con signos y síntomas de insuficiencia cardiaca sin antecedentes de cardiopatía isquémica, que requirieron angiografía coronaria para determinar origen de enfermedad. Para este análisis fueron excluidos los pacientes con cuadro de IAM SST, síndrome coronario agudo no ST o SCA como epifenómeno; shock cardiogénico o pacientes reanimados de paro cardiorrespiratorio y aquellos con revascularización coronaria previa. Se constituyeron dos grupos: grupo A (n=56 / 57%): pacientes con ICC y FEy > 40% y el grupo B (n=42 / 43%): pacientes con ICC y FEy < 40%. Las siguientes fueron las características basales; grupos A y B n(%), respectivamente: edad 69,6 ± 11 vs

66 ± 13 años; mujeres 21(37) vs 13(31); diabetes 14(25) vs 17(40); FEy promedio 62.1 ± 5 vs 27.6 ± 7 (p=0.001); compromiso de dos vasos coronarios 18(32) vs 15(36); compromiso de tres vasos coronarios 9(16) vs 4(9); lesión de TCI 6(11) vs 1(2); presencia de al menos un vaso con oclusión total crónica 3(5) vs 3(7); acceso radial 38(68) vs 20(48) p=0.04; revascularización completa 46(82) vs 32(76); implante de DES 54(96) vs 34(81) p=0.01.

Resultados: Se definieron como eventos cardiovasculares mayores a los siguientes: muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, reinfarto y oclusión coronaria temprana (aguda y subaguda). Se definió como sangrado mayor relacionado al acceso vascular aquel que ocurre con tamaño mayor a 10 cm para el acceso inguinal o grado IV (que alcanza el codo) para el acceso radial, o que requiera transfusión de GR o reparación quirúrgica; grupos A y B n(%), respectivamente: éxito técnico 56(100) vs 42(100); éxito clínico 55(98) vs 42(100); muerte no cardiovascular 1(2) vs 0. En el seguimiento promedio a 24 meses de los pacientes se constataron los siguientes eventos cardiovasculares mayores; grupos A y B n(%), respectivamente: muerte cardiovascular 0 vs 1(3); reintervención por lesiones de novo 3(8) vs 2(6). Además, se registraron los siguientes cambios en la función ventricular izquierda del grupo B: FEy basal 28.7 ± 7 vs FEy seguimiento 40.9 ± 12 p=0.3.

Conclusiones: Los resultados clínicos y del procedimiento de angioplastia coronaria en pacientes disfunción ventricular fueron favorables. Se evidenció una mejora relativa de la fracción de eyección en los pacientes con deterioro severo de la función ventricular sin alcanzar significación estadística, sirviendo dichos datos como evidencia preliminar para la valoración de la eficacia de la revascularización percutánea en dichos pacientes de alto riesgo clínico.

0496 - INGRESO TARDÍO DE LOS PACIENTES CON IAMCEST. CARACTERÍSTICAS, MODALIDADES DE TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

GAGLIARDI, Juan Alberto | D' IMPERIO, Heraldo | CHARASK, Adrian | MACIN, Stella Maris | LACUSANT, Jeanette | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | LOMBARDO, Roberto | TAJER, Carlos D.

Registro Argen-IAM-ST

Introducción: En los pacientes con IAMCEST el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario es uno de los predictores de mortalidad más importantes. Sin embargo, un número importante de pacientes aún son admitidos con tiempos prolongados de evolución de sus síntomas.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, modalidades de tratamiento y evolución de los pacientes con IAMCEST que ingresan con más de 12 hs de evolución desde el inicio de los síntomas.

Materiales y Métodos: Se analizaron 5572 pacientes incluidos en el Registro ARGEN-IAM-ST desde diciembre de 2014 hasta diciembre de 2020, con datos completos del tiempo de evolución de los síntomas. Se consideró "ingreso tardío" a la demora inicio de los síntomas-ingreso hospitalario > 12 hs. Se comparó este grupo de pacientes con aquellos que ingresaron con < 12 hs de evolución. Los datos continuos se expresan como media y desvío estándar (DE), o como mediana e intervalo intercuartílico (IIC 25-75), según corresponda. Los datos categóricos se expresan como valores absolutos y/o porcentajes. Se utilizó el test de t de Student, o Kruskal-Wallis para comparar variables continuas según corresponda; y el test de Chi2 para comparar variables categóricas. Se consideró significativa una p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 5572 pacientes, 3443 hombres (61,8%), edad 60,9 ± 11,8 años. La demora inicio de los síntomas-ingreso institucional fue de 150 minutos (70-360). Los pacientes con ingreso tardío fueron 647 (11.8%). Estos eran más añosos (p<0,0001), más mujeres (p=0,017), tenían mayor prevalencia de diabetes (p<0,0001) y menos antecedentes de infarto previo (p<0,0001). El 71,3% de los pacientes tardíos recibió tratamiento de reperfusión vs 91,5% de los pacientes con <12 hs de evolución (<0,0001). De los pacientes tardíos reperfundidos, el 14,9% recibió fibrinolíticos

Variable	<= 12 hs	> 12 hs	P
N (%)	4825 (88.2)	647 (11,8)	
Demora dolor-ingreso	120 (60-248)	1260 (956-1950)	
Sexo Femenino	1824 (37.8)	276 (42,7)	0.017
Edad	60.8 ± 11.7	62.6 ± 12.7	<0.001
HTA	2797 (58.7)	376 (58.8)	0.97
DBT	1044 (22.1)	185 (29.3)	<0.001
TBQ Activo	1812 (37.9)	229 (35.7)	0.27
Dislipidemia	1982 (42.1)	247 (39.9)	0.31
Infarto previo	537 (11.7)	42 (6.9)	<0.001
Localiz Anterior	1878 (38.9)	302 (46.7)	<0.0001
Localiz Inferior	1673 (34.7)	151 (23.3)	<0.0001
Reperusión	4417 (91.5)	461 (71.3)	<0.0001
Fibrinolíticos	824 (18.6)	69 (14.1)	<0.0001
Tiempo Puerta-Aguja	60 (30 - 120)	75 (30 - 180)	0.46
ATC Primaria	3450 (78.1)	327 (70.9)	<0.0001
Tiempo Puerta-Balón	97 (58 - 171)	120 (70 - 240)	<0.0001
Otras ATC	143 (3.2)	65 (14.1)	<0.0001
KK II-III-IV	1043 (22.2)	169 (27.1)	0.007
Ev Hospitalarios	857 (27.8)	157 (39.2)	<0.0001
Mortalidad	402 (8.3)	71 (10.9)	0.02

y el 70,9% fue tratado con ATC primaria con un tiempo puerta balón significativamente más prolongado 97 vs 120 minutos ($p < 0,0001$). El tiempo puerta-aguja similar en ambos grupos ($p = 0,46$). El 14,1% restante fue tratado con otros tipos de ATC. Se observó una mayor incidencia de eventos hospitalarios (39,2% vs 27,8%; $p < 0,0001$) y mortalidad (10,9% vs 8,3%; $p = 0,02$). (Tabla)

Conclusiones: Los pacientes que ingresan con más de 12 hs de evolución tienen un perfil de mayor riesgo a pesar de lo cual reciben menos terapia de reperfusión. Más allá de hacer hincapié en la importancia de la consulta precoz debemos resaltar que estos pacientes podrían beneficiarse con un tratamiento de reperfusión más intensivo.

0497 - TRATAMIENTO DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR EN DIABETES: LESIONES COMPLEJAS VS NO COMPLEJAS

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

TELAYNA (H), Juan Manuel | SOFÍA, Krause | COSTANTINI, Ricardo Andrés | TELAYNA, Juan Manuel

Hospital Universitario Austral

Introducción: Tanto la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) como la angioplastia transluminal coronaria con stent (ATC) han demostrado mejoría clínica y funcional en pacientes con enfermedad severa de arteria descendente anterior (ADA) como único vaso comprometido comparado al tratamiento médico.

Objetivos: Evaluar eventos cardiovasculares mayores de angioplastia coronaria en pacientes diabéticos con ADA como único vaso enfermo, tanto para lesiones complejas como no complejas

Materiales y Métodos: Desde mayo de 2000 a noviembre de 2020 se realizaron 4254 procedimientos consecutivos de ATC, de los cuales 1024 presentaban lesión única de ADA. Se excluyeron pacientes con CRM o ATC previa, y síndrome coronario agudo como epifenómeno. La muestra a evaluar fue de 633 pacientes. La cantidad de diabéticos en la población definida fue de 139. Definimos como complejas aquellas lesiones que presentaban al menos una de las siguientes características: 1) severa calcificación; 2) bifurcación tratada; 3) longitud de la lesión mayor a 38 mm; 4) diámetro menor a 2.25 mm 5) CTO

Resultados: Los resultados fueron grupo A vs grupo B n (%) respectivamente: Éxito técnico 51(100) vs 88(100); éxito clínico 50(98) vs 87(99); muerte intrahospitalaria cardiovascular 1(2) vs 2(2) $p = 0,9$; oclusión coronaria aguda/subaguda 1(2) vs 1(1); ACV 0 vs 0; complicación del acceso vascular 0 vs 3(3); seguimiento promedio en meses 31.8±25.6 vs 45.1±40 $p = 0,03$; muerte cardiovascular extrahospitalaria 1(2) vs 1(1); reintervención 4(8) vs 14(16); TLR 2(4) vs 5(6); TVR-de novo 2(4) vs 9(10).

Conclusiones: La angioplastia de ADA como único vaso enfermo en pacientes diabéticos en lesiones complejas mostró similares eventos cardiovasculares mayores que en lesiones no complejas.

0500 - RESOLUCION ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL. ¿EVOLUCIONAN IGUAL LOS CASOS SIMPLES Y LOS COMPLEJOS?

Unidad Temática: Patología de La Aorta

MON NOBOA, Matias Rafael | GABILONDO, Ivan | NUÑEZ, Pablo | GIACHELLO, Carlos Federico | PASCUA, Julio Andrés

Hospital Italiano de La Plata

Introducción: Las limitaciones anatómicas pueden restringir la reparación endovascular de los aneurismas de aorta abdominal (AAA). El cuello hostil y el compromiso ilíaco pueden aumentar la complejidad del procedimiento.

Objetivos: Comparar la evolución de los pacientes (p) tras la reparación endovascular de los AAA considerados simples y complejos.

Materiales y Métodos: Desde 2007 a 2020, se trataron por vía endovascular 174 p con AAA. Los p con cuello hostil o afectación ilíaca se consideraron "complejos" y los demás "simples". Se compararon datos demográficos de los pacientes, imágenes, técnicas empleadas y evolución. Se evaluaron complicaciones (fugas, oclusiones, rupturas y reintervenciones) y mortalidad (muerte relacionada y no relacionada). Realizamos control clínico y tomográfico a los pacientes desde el procedimiento hasta el presente.

Resultados: Los datos demográficos de los pacientes fueron similares entre los grupos. 108 (62,1%) fueron simples y 66 (37,9%) procedimientos complejos. Las complicaciones fueron similares tanto en el grupo simple como complejo: fugas 12% vs 12,1% (p: 0,48), oclusión 2,7% vs 6,1% (p: 0,16%), ruptura 1,9% vs 3% (p: 0,32%), reintervención 9,2% vs 12% (p: 0,27%). La mortalidad también fue similar en ambos grupos: muerte relacionada 2,7% vs 7,5% (p: 0,08) y muerte no relacionada 11,1% vs 6,06% (p: 0,13).

Conclusiones: La evolución de los pacientes con reparación endovascular de casos simples y complejos fue similar cuando consideramos complicaciones y mortalidad.

0503 - COMPARACIÓN SEGÚN EL GÉNERO DE LA EPIDEMIOLOGÍA, FORMAS DE PRESENTACIÓN, ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y MORTALIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTES INGRESADOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

LLOIS, Susana Claudia | CARREGA, Máximo | MILLES HONORES, Joselyn Olaya | FRANCO CAMACHO, Mijail Ivan | COBOS, Silvia Karina | TARRAGA, Miguel Elvis | FRACCHIA, Norberto Raul | MIGLIORE, Ricardo

Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin

Introducción: Es motivo de investigación determinar si hay diferencias significativas según el género en variables clínicas y de atención médica en pacientes que ingresan a Unidad Coronaria con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Objetivos: Evaluar si hay diferencias significativas en características epidemiológicas, formas de presentación, indicación de estrategias de reperfusión, cinecoronariografía y mortalidad hospitalaria en pacientes asistidos en hospital del conurbano bonaerense que cuenta con médico cardiólogo de guardia, Sala de Cuidados Intensivos Cardiovasculares y residencia de Cardiología sin Hemodinamia.

Materiales y Métodos: Es un trabajo observacional, retrospectivo de pacientes ingresados en forma sucesiva con SCA desde Mayo 2014 a Septiembre 2018. Para analizar las variables continuas se utilizó la media y DE. Las variables categóricas se describieron utilizando números absolutos y porcentajes. Para comparar las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson con eventual corrección de Yates, considerándose un valor de P < 0.05 como indicador de significación estadística.

Resultados: De un total de 267 p, 217 fueron hombres (h) 81.27% y 50 mujeres (m) 18.72%. La edad promedio global fue de 66.14 años. La edad promedio en m fue de 68.94 años (40-88) y en los h 63.34 (38-93). 55.4% del total-148 p- fueron Síndromes Coronarios Agudos sin Elevación del ST (SCASEST) y 44.6%- 119 p- Síndromes Coronarios Agudos con Elevación del ST (SCACEST). En la población de m 32% (16/50) ingresaron con SCACEST y 68% (34/50) con SCASEST. En la población de h, 47.46% -103 p- ingresaron con SCACEST y 52.54%-114 p- con SCASEST. En la población con SCACEST se observó mayor prevalencia de h, $\chi^2 = 3.93$, P: 0.047 (Yates 3.33, P=0.067). De los 119 p con SCACEST, 89 recibieron estrategia de reperfusión:74.78%. En el grupo de m 8/16- 50%- recibieron estreptoquinasa. No hubo casos de angioplastia primaria. En el grupo de h 66/103 recibieron estreptoquinasa -64.08%- y15/103 angioplastia primaria-14.56%, Total : 81/103= 78.64%. La diferencia tuvo significación estadística con $\chi^2 = 6.02$, P=0.01. De los 148 p con SCASEST, 34 fueron m y 20/34 tuvieron infarto (58.82%) y 114 h, 99/114 fueron infarto(86.84%). La diferencia fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 13.05$ P=0.00003. Se indicó cinecoronariografía a 174/267 (65.16%), 29 m y 145 h. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos. El tabaquismo fue prevalente en el h, $\chi^2 = 19.38$ P=0.00001 y la obesidad en la m, $\chi^2 = 4.73$ P=0.029. La mortalidad hospitalaria fue del 2.38% y no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Conclusiones: En esta población el género m fue prevalente en el 81.27% de los casos y a edad más temprana que en la m. El SCASEST fue más frecuente como forma de presentación global y en ambos grupos . En los h con SCASEST hubo mayor proporción de infarto. En el grupo con SCACEST prevaleció el género masculino, se aplicó estrategia de reperfusión a un porcentaje elevado de pacientes -74.78%- fundamentalmente con estreptoquinasa por falta de hemodinamia. Cabe destacar que se aplicó estrategia de reperfusión a una proporción de h mayor q a m . El tabaquismo fue prevalente en el h y la obesidad en la m. Estos resultados evidencian la necesidad de seguir investigando el tratamiento del SCA entre géneros, fortalecer la formación médica y la organización sanitaria local para tener acceso a hemodinamia de urgencia.

0506 - LA OTRA CARA DE LA PANDEMIA, ¿CÓMO LES FUE A NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS?

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

VARGAS, Jesica | IGLESIAS, Ariel | ORELLANO, Héctor Alejo | OBRANOVICH, Barbara

Hospital Aeronáutico Central

Introducción: La Hipertensión arterial (HTA) continúa siendo la principal causa de muerte a nivel mundial. A finales del 2019 dio inicio la pandemia por SARS-CoV-2 lo cual provocó una disminución en las consultas ambulatorias cardiológicas. Realizamos este trabajo para evaluar el impacto en los controles de tensión arterial transcurrido un año del inicio de la pandemia.

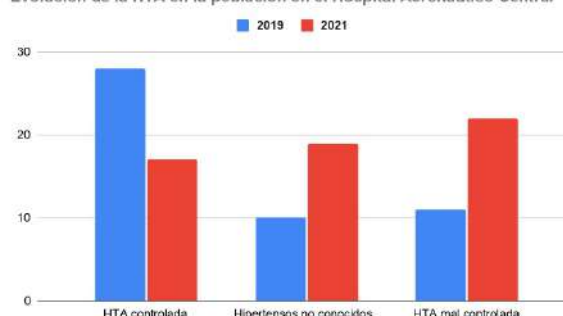
Objetivos: El objetivo primario de dicho estudio fue evaluar la prevalencia e incidencia de HTA en nuestra población, comparando 2 muestras de datos recolectados en el año 2019 y 2021. Como objetivo secundario evaluar el adecuado control de valores tensionales en los pacientes bajo tratamiento por hipertensión arterial en pre e intra pandemia.

Tabla 2.

	Hombres			Mujeres		
	2019	2021	Valor de p	2019	2021	Valor de p
Total	41 (30.6)	36 (41.9)	0.04	94 (68.6)	50 (58.1)	0.958
Promedio de edad	49.59	56.22		50.48	55.68	
Sanos	26 (19.3)	4 (4.6)	0.99	60 (44.4)	14 (16.3)	1.0
Hipertensos	15 (11.1)	32 (37.2)	0.00001	34 (25.2)	36 (41.9)	0.0082
HTA controlada	6 (4.4)	5 (5.8)	0.32	22 (16.3)	12 (13.9)	0.683
Hipertensos no conocidos	8 (5.9)	10 (11.6)	0.07	7 (1.5)	9 (10.5)	0.0047
HTA mal controlada	1 (0.7)	17 (19.8)	0.00001	10 (7.4)	5 (5.8)	0.681
HTA sistólica	3 (2.2)	9 (10.5)	0.0099	6 (4.4)	12 (13.9)	0.0106
HTA diastólica	1 (0.7)	3 (3.5)	0.096	2 (1.5)	1 (1.2)	0.581
HTA sistodiastólica	5 (3.7)	15 (17.4)	0.0009	4 (3.0)	11 (12.8)	0.0087
Hipertensos con IMC mayor a 25	11 (8.2)	27 (31.4)	0.00001	27 (20.0)	23 (26.7)	0.125
Hipertensos con IMC menor a 25	4 (3.0)	5 (5.8)	0.164	7 (5.2)	13 (15.1)	0.0106
IMC >25 con HTA	6 (4.4)	27 (31.4)	0.000001	12 (8.9)	18 (20.9)	0.0083
IMC >25 sin HTA	22 (16.3)	2 (2.3)	0.339	43 (31.8)	8 (9.3)	0.956

Materiales y Métodos: En el marco del día de concientización mundial sobre la Hipertensión Arterial (HTA) celebrado el 17 de mayo, en el Hospital Aeronáutico Central, se realizaron mediciones voluntarias de tensión arterial, de acuerdo a las recomendaciones internacionales, a los pacientes que ingresaron al nosocomio el día 17 de mayo del año 2019 y 2021. Se interrogó además sobre el peso, talla, uso de antihipertensivos y el conocimiento del padecimiento de la patología. Posteriormente se realizó el análisis estadístico pertinente, se aplicó el test de Student de acuerdo al n de muestras.

Evolución de la HTA en la población en el Hospital Aeronáutico Central



Resultados: Participó de la actividad un total de 135 personas en el año 2019 y 86 individuos en el 2021, un 37% menos. De esta población el 79.1% estaban enfermos. En los hombres, se evidenció un peor control de los valores tensionales, y solo el 25% de ellos tuvo un control adecuado posterior al inicio de la pandemia. Cuando en el 2019, el 57% de los enfermos tenía valores controlados con el tratamiento. En cuanto al tipo de HTA se observó un aumento importante luego de transcurrido un año de pandemia SARV-CoV-2, habiendo triplicado su presencia en ambos sexos, demostrado en el análisis de subpoblación con valores de $p < 0.05$. La mayoría de trabajos cardiológicos están realizados en poblaciones con predominio masculino, en el RENATA 2 demostraron que la prevalencia de valores elevados de presión arterial era más frecuente en el sexo masculino. Este trabajo no fue la excepción ya que los hombres fueron los más hipertensos, a pesar de que nuestras poblaciones estuvieran compuestas por mayor número de mujeres. De las 55 personas que presentaron algún grado de sobrepeso (IMC mayor a 25), el 81.8% tenían HTA de algún tipo.

Conclusiones: Con el registro se pudo observar en primera instancia el aumento tanto de la incidencia, como de la prevalencia de hipertensión en nuestra población. Se observó mayor prevalencia de HTA en la población masculina, mayor sobrepeso y peores controles de los valores tensionales en ellos en pandemia. La población femenina también se vio afectada por HTA. Esto se puede atribuir a diferentes factores que favorecieron su incremento, como la falta de controles, el mayor sedentarismo, estrés, alimentación inadecuada, depresión, entre otros. Para finalizar proponemos redoblar esfuerzos para promover hábitos de vida saludable y concientizar sobre la importancia de los controles de salud para el adecuado tratamiento y diagnóstico de esta patología tan prevalente en la población.

0509 - EVALUACIÓN DE APTITUD CARDIOLÓGICA PARA RETOMAR O COMENZAR ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS POST COVID 19.

Unidad Temática: Medicina Del Deporte

PEIDRO, Roberto Maximino(1) | BRION BARREIRO, Graciela Beatriz(2) | MAURO, Sergio Oscar(1)

Universidad Favaloro (1); Centro Cardiológico Salud de Lanús. (2)

Introducción: Existen múltiples guías para el retorno al deporte en pacientes post COVID 19. La prevalencia de afecciones cardíacas secundarias al SARS Cov 2 no está claramente determinada en pacientes que cursaron la enfermedad asintomáticos o con síntomas leves.

Objetivos: Evaluar aptitud cardiológica para la práctica de actividades físicas y deportivas (AD) en pacientes post COVID 19 que cursaron la enfermedad asintomáticos o con síntomas leves o moderados.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional y descriptivo de cohorte. Pacientes consecutivos que concurren a consultorio ambulatorio para retomar o comenzar AD post COVID-19 cursado en forma asintomática o con síntomas leves o moderados. Se realizaron examen físico, electrocardiograma (ECG), Ecocardiograma Doppler (Eco) y prueba ergométrica graduada con protocolo de Bruce (PEG). Se consideró síntomas leves a la presencia de cefaleas, odinofagia, anosmia, ageusia, mialgias, diarreas. Moderados, cuando se agregaron síntomas respiratorios: disnea, tos persistente, neumonía, internación en sala común. Síntomas persistentes: duración mayor a 30 días.

Resultados: Se incorporaron 93 pacientes consecutivos que cursaron COVID - 19 entre setiembre 2020 y abril 2021; 88 completaron el examen físico, ECG, Eco y PEG; 52 hombres y 36 mujeres. Edad: 38,8 años (entre 8 y 70). Setenta y nueve tuvieron síntomas leves durante el COVID; 5 fueron asintomáticos; 4 con síntomas moderados; 7 tuvieron síntomas persistentes. Días desde el alta epidemiológica del COVID: 67,7 (entre 12 y 268 días). Deportistas: 37 (15 competitivos; 22 recreativos). Activos no deportistas: 25; Sedentarios: 31. Catorce tenían cardiopatía previa (8 con enfermedad coronaria, 2 miocardiopatía hipertrófica, 1 bicúspide aórtica, 1 estenosis vena pulmonar, 1 ablación taquicardia supraventricular). Cuarenta y ocho tenían las mismas evaluaciones en etapa pre COVID; 4 (8,3%) tuvieron cambios en la nueva evaluación: 1 aleteo auricular de reposo; 1 con hipoquinesia global leve de ventrículo izquierdo y 2 con extrasístoles ventriculares en esfuerzo y recuperación de PEG. De los 88 pacientes, en 7 se detectaron anomalías (7,9%); 4 en ECG (aleteo auricular e infradesnivel del ST cara inferior: ambos con Eco normal); 4 en PEG con extrasístoles ventriculares en esfuerzo (todos con eco normal); 1 en Eco (hipoquinesia parietal). Dos (aleteo auricular e hipoquinesia parietal) requirieron tratamientos posteriores (2,27%). Ambos eran deportistas recreativos, tenían enfermedad coronaria previa y habían cursado la enfermedad con síntomas leves, aunque persistentes. Los restantes 5 pacientes retrasaron 15 días el comienzo de la AD después de repetir ECG y PEG. Dos de 14 pacientes con cardiopatía (14,3%) tenían anomalías. De los 74 sin cardiopatía previa, 5 (6,75%) tenían alguna anomalía (que no requirió tratamiento específico).

Conclusiones: Una minoría de pacientes que cursaron COVID 19 asintomáticos o con síntomas leves o moderados puede presentar alteraciones detectadas en exámenes cardiológicos que retrasen el comienzo de la AD y/o requieran tratamiento especial. En esta serie, el antecedente de cardiopatía y los síntomas prolongados fueron variables presentes en los casos que requirieron tratamiento específico.

0510 - SCORE DETECT EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA EN ARGENTINA

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

SORASIO, Guillermina(1) | BEJARANO, Vanesa(1) | VARGAS MIELES, Paul(2) | HIRSCHSON PRADO, Alfredo(1) | PRINCICH, Lilia Gabriela(2) | ROMANINI, Felix(1) | SECCO, Anastasia(1) | LESCANO, Adrian(1)

Hospital General de Agudos B. Rivadavia (1); Red de Clínicas Santa Clara (2)

Introducción: La esclerosis sistémica limitada es una entidad compleja que presenta un elevado riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) y mayor mortalidad, por tanto la aplicación precoz del score DETECT permite un diagnóstico y tratamiento precoz y mejora la evolución de los pacientes.

Objetivos: Determinar las características de una población de pacientes con Esclerosis sistémica limitada y la correlación del score DETECT con diagnóstico de HAP.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo (septiembre 2018 a abril 2021) que incluyó pacientes con diagnóstico de Esclerosis sistémica limitada. Se calculó el Score DETECT, paso 1 (relación Capacidad vital forzada(CVF esp.) /difusión de monóxido de carbono en espiración (DLCO esp.), anticuerpos anticentrómero, ácido úrico, telangiectasias y ECG con desviación a la derecha, y paso 2 (área de la Aurícula Derecha (cm²) y velocidad de regurgitación tricuspídea (VTR) m/seg. Se analizó adicionalmente el test de caminata de 6 minutos (TC6M) y la capiloscopía. En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney y la significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes con diagnóstico de Esclerodermia con evolución media de 8.4 años. La edad media fue de 53.8 años (DS 13), sexo femenino de 95.1% y solo 9.7% accedió a una obra social. El 92.6% presentó enfermedad de Raynaud (evolución media de 9.2 años), 9.7% Artritis Reumatoidea, 14.6% Sjögren y 12.1% Lupus eritematoso sistémico. El 39.9 % presentó compromiso orgánico (pulmonar 19.5%) Fue mas frecuente la disnea CF I-II (19.5% Y 56.1%% respectivamente), el 21.9 % se encontró asintomático y 4.8% con signos de insuficiencia cardiaca derecha. En el paso 1 del score se observó una CVF media de 84.8%(DS 18.8), DLCO medio de 62.1% (DS 14) (relación de 1.37), anticuerpos anticentrómero positivos en el 12.8%, media de ácido úrico 4.4 mg/dl (DS 1.14), telangiectasias en el 24.4% y ECG desviado a la derecha en el 4.9%. En el paso 2, la media del área de la aurícula derecha fue de 16.2 cm² (DS 2.38) y VTR de 2.93 m/seg. (DS 0.59). Adicionalmente se observó una presión sistólica de la arteria pulmonar media de 34.6 mm Hg (DS 11.8) y excursión sistólica del anillo tricuspídeo de 23.5 mm (DS 3.3). Al 43.9% se les realizo TC6M, con una media de 410 metros, desaturación en 38.8% y score de Borg de 2.76. La capiloscopía se valoró en el 73.2%, y fue patológica en el 65.8% con mayor porcentaje de SD pattern tardío (74.8 %) Se aplicó el score DETECT al 90% de la población en el paso 1 (puntaje medio de 299.6, DS 20.6) y 82.9% en el paso 2 (puntaje medio de 36.4, DS 10). El 54% presentó valor mayor a 300 en el paso 1 y 44.1 mayor a 35 en el paso 2. El cateterismo derecho se realizó en el 12.2% con una presión media de arteria pulmonar de 25.6 mm Hg (DS 7.16) y se diagnosticó HAP en el 9.7% de los pacientes

Conclusiones: Se observó una población de Esclerodermia de evolución prolongada, sin acceso a obra social, compromiso orgánico elevado y DLCO reducida. Con la aplicación del score DETECT, la indicación de Ecocardiograma Doppler fue elevada, con un bajo porcentaje de realización de cateterismo derecho a pesar del puntaje valorado. La correlación del score DETECT con el diagnóstico de HAP no fue significativa, dado el bajo número de pacientes.

0515 - LEVOSIMENDÁN PREQUIRÚRGICO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR SEVERA.

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

GARCIA TORO, Sol | FANILLA, Martin Ernesto | DIAZ, Fernanda | VENTURA, Angeles | PEREZ, Juan Manuel | BERTOLOTTI, Alejandro | CICCOLINI, Alejandro

Fundación Favalaro

Introducción: Hoy en día la infusión de Levosimendán como agente inotrópico en pacientes con disfunción ventricular severa es una práctica ampliamente utilizada en el preoperatorio de la cirugía cardiovascular. Sin embargo la bibliografía actual no ha logrado demostrar beneficios claros.

Objetivos: Evaluar tasa de eventos en pacientes que se someten a cirugía cardiovascular con deterioro severo de la función ventricular, con o sin infusión de levosimendán prequirúrgico.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional, incluyó 997 pacientes que se operaron de forma programada en nuestra institución entre 01/2019 y 05/2021. De ellos, 63 fueron cirugías en pacientes con disfunción ventricular severa (FEY<35%).

Resultados: Durante el seguimiento de los pacientes, de los 63 pacientes analizados, 18 (28,5%) recibió levosimendán preoperatorio. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a FEY (31,04 vs 27,7, $p < 0,05$) y BMI (28,9 vs 25, $p < 0,05$) para los grupos sin

	Levosimendán	Sin levosimendán	Valor de P
Sangrado significativo (%)	39,9	8,9	<0,05
ARM prolongada (%)	66,6	33,3	<0,05
Vasoplejía (%)	66,6	22,2	<0,05
Dias área crítica, media (DS)	12,17 (5,22)	5 (1,07)	0,1
Fibrilación auricular (%)	52,9	20,4	<0,05
IRA (%)	64,7	30,2	<0,05
Muerte (%)	35,3	4,5	<0,05

infusión y con infusión de levosimendán prequirúrgico, respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a edad, sexo, presencia de diabetes, tabaquismo, EPOC, hipertensión arterial, tiempo de bomba prolongado o requerimiento de hemoderivados en quirófano. En el grupo con levosimendán prequirúrgico se observó mayor vasoplejía (66,6% vs 22,2%, $p < 0,05$), sangrado significativo (38,9% vs. 8,9%, $p < 0,05$), FA postoperatoria (52,9% vs 20,4%, $p < 0,05$), insuficiencia renal aguda (64,7% vs 30,2%, $p < 0,05$), mayor tasa de ARM prolongado (> 6 hs, 66,6% vs 33,3%, $p < 0,05$) y mayor mortalidad (35,3% vs 4,5%, $p < 0,05$). No se observaron diferencias significativas en cuanto a requerimiento de asistencia circulatoria mecánica, días de internación en área crítica o shock cardiogénico. Se realizó además un modelo de regresión logística multivariado, donde la infusión de levosimendán previo, mostró un OR de mortalidad de 5.78 ($P < 0.05$), luego de ajustar por otras variables (Edad, Fey, EuroScore II, tiempo de bomba prolongado).

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con disfunción ventricular severa e infusión de levosimendán prequirúrgico, no se observaron beneficios respecto a los pacientes que no recibieron este tratamiento. Si se pudo observar mayor tasa de eventos adversos, incluida la muerte. Este trabajo se suma al cuerpo de evidencia que no apoya la utilización de este recurso en contexto preoperatorio.

0516 - ¿LA ESTRATEGIA DIURÉTICA MODIFICA EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA?

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

CARUSO, Nicolas(1) | BENAİM, Leonel(1) | CORONEL, María Lorena(2) | BORTMAN, Guillermo(1) | PORTILLO, Meiber(1) | SANCHEZ, Diego Daniel(1) | FERNANDEZ, Alberto(1) | LESCANO, Adrián José(1)

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC (1); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (2)

Tabla 1. Características basales de la población en base a la dosis de furosemida

	Dosis baja furosemida (≤ 80 mg/día)	Dosis alta furosemida (> 80 mg/día)	P
Edad (años)	72.8 (± 13.8)	71.2 (± 14.6)	0.11
Sexo masculino (%)	58.1	63.6	0.10
HTA (%)	75.5	72.1	0.26
Diabetes (%)	31.3	34.4	0.39
FA (%)	30.4	31.4	0.76
IRC previa (%)	11.6	28.1	< 0.001
FE previa (%)	44.4 (± 14.4)	41.3 (± 15.2)	0.14
Uso previo de furosemida (%)	39.2	59.7	< 0.001
Creatinina al ingreso (mg/dl)	1.1 (0.9-1.4)	1.3 (1-1.8)	< 0.001
IFG al ingreso (%)	56.2 (41.4-74.9)	46.6 (30.7-67.2)	< 0.001

HTA: hipertensión arterial; FA: fibrilación auricular; IRC: insuficiencia renal crónica; FE: fracción de eyección; IFG: índice de filtrado glomerular.

Introducción: La insuficiencia cardiaca representa un síndrome clínico caracterizado por elevada morbimortalidad y gran impacto en costos en salud. Diversos tratamientos demostraron reducir mortalidad e internaciones, particularmente con fracción de eyección (FE) reducida, en pacientes con IC crónica. En cambio, en la IC aguda, donde el cuadro predominante es la congestión, la evidencia con la que contamos sobre la principal alternativa terapéutica como los diuréticos, carece del nivel de evidencia de otras drogas.

Objetivos: Valorar prevalencia y dosis en la prescripción de furosemida en la internación por IC aguda. Establecer el perfil clínico de ingreso de los pacientes en relación a la prescripción y definir el impacto en términos de morbimortalidad de la misma.

Materiales y Métodos: Se realizó el presente análisis a partir del Registro Argen IC. Se valoraron las características de los pacientes en función de la indicación previa de furosemida y según dosis utilizada. Se estableció 80 mg/día como valor de corte para definir dosis alta de furosemida. Las variables con distribución normal se presentan como media \pm desvío estándar (DE), mientras que aquellas con distribución anormal como mediana en intervalos intercuartiles (IIC). Para el análisis estadístico se utilizó test de t, de Mann Whitney o Chi cuadrado en función del tipo de variable analizada.

Tabla 2. Evolución clínica en función de la dosis de furosemida

	Dosis baja furosemida (≤ 80 mg/día)	Dosis alta furosemida (> 80 mg/día)	P
Vasodilatadores EV (%)	33.8	46.0	< 0.001
Inotrópicos / vasopresores (%)	7.9	22.5	< 0.001
Insuficiencia renal	57.4	68.5	0.003
Eventos (%)	20.8	36.9	< 0.001
IFG al egreso (mg/dl)	58.9 (± 21.9)	51.1 (± 24.4)	< 0.001
Tiempo internación (días)	8 (5-11)	8 (5-12)	0.87
Mortalidad total	4.8	10.4	0.001

EV: endovenosos; IFG: índice de filtrado glomerular.

Resultados: Se analizaron 909 pacientes internados por IC aguda. El 46.6% (424 p) se encontraban recibiendo furosemida. Al ingreso se indicaron diuréticos al 90.7% de los pacientes (825 p), con un tiempo hasta el inicio de 30 minutos (15-60), mientras que los tiempos al inicio de vasodilatadores e inotrópicos fueron de 20 (15-40) y 60 minutos (20-120), respectivamente. El 15.8% de los p se presentó con edema agudo de pulmón y el 3.4% shock cardiogénico. El índice de filtrado glomerular (IFG) al ingreso fue 53 ml/min (35-71,2) y la prevalencia de insuficiencia renal (IFG menor de 60 ml/min) 65,6%. Durante la internación se utilizó furosemida en el 99.6% de los pacientes y en el 81.3% mediante bolos. El 2.9% requirió ultrafiltración y el 39.9% cambio en la estrategia diurética (duplicar la furosemida, rotar a infusión continua o ultrafiltración). La dosis máxima por paciente fue 80 mg/día (60-160). El tiempo de internación fue de 8 días (5-12), con una mortalidad del 7,9% y con 20,1% de eventos (arritmias ventriculares, shock cardiogénico, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal aguda, tromboembolismo de pulmón, FA de novo o sepsis). El requerimiento de ARM fue 6,3% y VNI 20,1%. No se observaron diferencias significativas entre el tiempo hasta el diurético y la mortalidad (p = 0,69), los requerimientos de ARM (p = 0,68) o los eventos combinados (p = 0,61). Sin embargo, sí observamos correlación entre la dosis máxima de furosemida y eventos combinados (p < 0.001), IRA, ARM, shock cardiogénico y mortalidad (odds ratio para mortalidad de 2.3, p = 0.001, para eventos combinados de 1.8, p < 0,001 y para IRA en la internación de 4.19, p < 0.001). Finalmente, quienes requirieron dosis altas de furosemida egresaron con peor filtrado glomerular (p < 0.001).

Conclusiones: Observamos una elevada utilización de furosemida en la internación. Adicionalmente, los requerimientos de altas dosis se asociaron a peor evolución durante la ésta. Probablemente, más que un factor de riesgo, los requerimientos de altas dosis representan un marcador de mayor gravedad de los pacientes al ingreso. Se necesitan nuevos estudios para aportar mayor información sobre este tema.

0518 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SEGÚN LA PRESENCIA DE FERROPENIA AL INGRESO HOSPITALARIO. ANÁLISIS DEL REGISTRO ARGENIC

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Transplante

VARGAS MIELES, Paul | CARUSO, Nicolas | VILLA ETCHEGOYEN, Cecilia | NICOLOSI, Liliana Noemí | TAQUICHIRI ACUÑA, Noemi | BISUTTI, Julio | PADILLA, Liliana | LESCANO, Adrián José

Consejo Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" SAC

Introducción: Tanto la insuficiencia cardíaca (IC) como otras enfermedades crónicas se asocian con elevada prevalencia de anemia y/o ferropenia. Adicionalmente, el déficit de hierro per se demostró tener impacto negativo en la evolución de la IC, independientemente de la asociación con anemia. En este contexto, diferentes recomendaciones internacionales sugieren valorar el perfil férrico de los pacientes, dado el efecto beneficioso de la infusión intravenosa de hierro, tanto en pacientes con ferropenia absoluta, como relativa.

	Total (n = 265)	Ferropénicos (n = 167)	No Ferropénicos (n = 98)	P
Sexo femenino (%)	57.2	61.5	50.6	0.17
Edad (años)	73,3 (± 14.1)	74.1 (± 14.0)	71.9 (± 14.3)	0.40
HTA (%)	76.3	74.8	79.6	0.37
Diabetes (%)	26.7	28.1	24.5	0.51
Insuficiencia renal (%)	26.7	27.5	24.5	0.58
Hematocrito (%)	36.2 (± 7.3)	35.7 (± 7.4)	37.2 (± 7.1)	0.30
Hemoglobina (mg/dl)	11.9 (± 2.8)	11.7 (± 2.9)	12.2 (± 2.4)	0.20
Anemia (%)	64.5	70.5	55.1	0.014
Ferritina (µg/L)	130 (59-307)	70 (49-111)	651.5	< 0.001
Saturación de Transferrina (%)	14.2 (10.1-21)	12 (8.4-16)	20.5 (15-27)	< 0.001

HTA: hipertensión arterial.

Tabla 1. Características de la población en función del perfil férrico.

Tabla 2. Evolución clínicas y eventos en función del perfil férrico

	Total (n = 265)	Ferropénicos (n = 167)	No ferropénicos (n = 98)	p
Requerimiento de inotrópicos (%)	16.2	14.4	18.6	0.38
Requerimiento de VNI/ARM (%)	16.9	16.8	16.3	0.92
Disfunción renal (%)	18.2	16.7	24.5	0.12
Días de internación (días)	9 (5-14)	8 (5-14)	9 (5.5-16-5)	0.56
Muerte en internación (%)	6.0	4.8	8.2	0.26
Internación a 30 días (%)	21.4	18.4	22.5	0.45
Muerte a 30 días (%)	4.2	2.7	6.2	0.19
Internación a 1 año (%)	42.9	42.0	43.9	0.77
Muerte a 1 año (%)	22.5	23.2	21.5	0.76

VNI: ventilación no invasiva, ARM: asistencia respiratoria mecánica.

Objetivos: Conocer la prevalencia de ferropenia y las características clínicas de los pacientes, así como su evolución clínica, en pacientes internados por IC aguda en la República Argentina.

Materiales y Métodos: Análisis del registro Argen I, multicéntrico, prospectivo, desde agosto de 2018, de pacientes internados por IC aguda en la República Argentina. Se definió ferropenia absoluta a una concentración de ferritina < 100 µg/L y ferropenia relativa a una concentración de ferritina entre 100 y 300 µg/L, con saturación de transferrina < 20%. Se consideró anemia a un valor de hemoglobina < 13 mg/dl. Las variables continuas con distribución normal se expresan como media ± desvío estándar (SD) y aquellas con distribución no normal como mediana e intervalos intercuartiles (IIC). Para el análisis estadístico se utilizó test de t, de Mann Whitney o Chi cuadrado en función del tipo de variable analizada.

Resultados: De un total de 1572 pacientes (p) incorporados en las 2 etapas del Registro Argen IC, se obtuvo la información sobre perfil férrico en 265 pacientes (16.8 %). De los p analizados, 43.8% (116 p) presentaron ferropenia absoluta al ingreso, 19.2% (51 p) ferropenia relativa y 37.0% (98 p) no presentaban ferropenia. La tabla 1 muestra las características basales de la población. Tanto la distribución de sexos, la edad, como la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue similar en pacientes ferropénicos como no ferropénicos. Adicionalmente, los pacientes ferropénicos presentaron similares valores de hematocrito y hemoglobina al ingreso, aunque la que la prevalencia de anemia fue mayor en los pacientes con déficit de hierro. (55.1 vs 70.5; p = 0.014) Los eventos adversos fueron similares en ambos grupos (tabla 2). En este sentido, la utilización de inotrópicos, requerimientos de ventilación mecánica o disfunción renal (elevación de la creatinina x 2 o caída del filtrado glomerular a menos del 50%) no presentó diferencias entre los p ferropénicos y no ferropénicos. Finalmente observamos que la presencia de ferropenia no impactó en el tiempo de estadía hospitalaria o en los eventos (muerte, reinternaciones) tanto en la internación como en el seguimiento a 30 días y 1 año.

Conclusiones: La cuantificación del perfil férrico en los pacientes con ICA se utiliza en forma escasa (16.8%) y en nuestro registro no demostró una asociación con los eventos nosocomiales y al año de seguimiento. Este hecho puede deberse a ciertas limitaciones, como el escaso número de pacientes a los que se les valoró el perfil férrico al ingreso y la no estimación de causas que puedan incrementar los valores de ferritina (inflamación, insuficiencia renal, síndrome metabólico, malignidad), que puedan actuar como confundidores. Necesitamos nuevos estudios, a mayor escala, que aporten evidencia sobre cómo interpretar el perfil férrico de ingreso de nuestros pacientes.

0519 - CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE DOBLE ANTIGREGACION EN PANDEMIA COVID 19 EN PACIENTES DEL CONURBANO BONAERENSE

Unidad Temática: Covid-19

MATUS DE LA PARRA, Eugenia Macarena | MILANESI, Josè María | SAABY, Noelia | ACEVEDO, Ramiro | GIACHELLO, Carlos Federico | DR. PEDRONI, Pablo | SCAGLIA, Juan Andres | SARMIENTO, Ricardo

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: El hospital El Cruce Néstor Kirchner es un centro de derivación de alta complejidad de la red sanitaria pública del conurbano bonaerense. El servicio de hemodinamia recibe pacientes de hospitales de la red y de diferentes centros sanitarios de la provincia. Durante los meses de pandemia se priorizó la atención de los pacientes internados,

cateterismos no urgentes a pacientes hospitalizados para el alta precoz y difirió procedimientos electivos. Se brinda asesoramiento y acompañamiento a pacientes que no pueden afrontar económicamente tratamientos médicos como la doble antiagregación post angioplastia. Considerando la experiencia internacional en pandemia, donde se detecta una reducción y demora en las consultas por infartos, con un consecuente aumento de la mortalidad, y la dependencia al soporte de medicación crónica que tiene nuestra población, el servicio decidió contactar telefónicamente a los pacientes tratados con angioplastia durante los últimos 10 meses para detectar el incumplimiento del tratamiento médico.

Objetivos: Determinar si la situación de pandemia por COVID 19 comprometió el cumplimiento de la doble antiagregación en los pacientes que recibieron angioplastia con stent en el servicio de hemodinamia del Hospital El Cruce.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con angioplastia coronaria realizadas en el periodo comprendido entre julio de 2019 y abril de 2020. Se contactó telefónicamente a todos los pacientes que fueron dados de alta luego de una intervención percutánea coronaria con stent coronario. Se incluyeron 236 pacientes consecutivos con diagnóstico de síndrome coronario agudo o cardiopatía isquémica. Se interrogó sobre el cumplimiento del tratamiento con doble antiagregación (aspirina + clopidogrel) pautado al alta, si dicho tratamiento se había suspendido, cuál era el motivo. Se preguntó sobre la existencia de síntomas y eventos cardiovasculares.

Pacientes con angioplastia contactados	N 169
Tratados con STENT DES	72.2% (n122)
Tratados con STEN BMS	27.8%(n47)
Suspendieron la medicacion	10% (n17)
Clopidogrel-aspirina	41.2%(n7)
Solo clopidogrel	29.4%(n5)
Solo aspirina	29.4%(n5)
Motivos de suspensión del tratamiento	N 47
Razones económicas	58.8% (n10)
Indicación medica	11,8% (n2)
Sin causa clara	17,6% (n3)
Entendió mal la indicación	5,8% (n1)
Falta de adherencia	5,8% (n1)

Resultados: Se contactó al 71,6 % (n: 169) de los pacientes. Se utilizaron 47 (27,8%) stents metálicos y 122 (72,2%) stents liberadores de drogas . El 100% de los pacientes fue dado de alta con aspirina y clopidogrel. Se detectó la suspensión del tratamiento vía oral en 17 (10%) pacientes (p) (7 pacientes suspendieron la doble antiagregación, 5 pacientes solo clopidogrel y 5 solo aspirina). Motivos de la suspensión: 58,8%(10 p) por razones económicas, 5,8% (1 p) falta de adherencia, 5,8% (1 p) incorrecta interpretación de las indicaciones, 17,6% (3 p) sin causa específica y 11,8% por indicaciones médica. De los que suspendieron el clopidogrel, 83,3% no llegaban a los 6 meses de tratamiento, siendo el 91,6% (11 p) tratados con stent DES. Un paciente presentó ángor CFIII. La mortalidad extra hospitalaria al mes, detectó 3 (1,2%) muertes, 2 de causa no cardiovascular y 1 de causa no especificada.

Conclusiones: En los meses de inicio de la pandemia COVID-19 se detectó un aumento de la suspensión de antiagregación plaquetaria comparada con los meses previos a la pandemia. Se observó una dependencia a organismos asistenciales para mantener la medicación crónica ya que los pacientes adjudican la suspensión a la imposibilidad económica de afrontarlo. No se detectaron episodios de trombosis aguda confirmada del stent. Nuestro sistema de referencia genera la pérdida de información e imposibilidad de contactar pacientes. Se necesitan más estudios para determinar si esta misma condición se prolonga luego de la pandemia.

0522 - EVALUACIÓN DEL PUNTAJE MADIT-II EN UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE CDI COMO PREVENCIÓN PRIMARIA.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | ZAIDEL, Ezequiel José | BOBADILLA, Julio Leandro | MANSILLA, Juan Pablo | MAZUQUÍN, Andrés | DE LA VEGA, Alejandro | OROSCO, Agustín | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes

Introducción: El puntaje de riesgo MADIT-II se ha utilizado para identificar a los pacientes con alto riesgo de muerte por cualquier causa a pesar del implante de un cardio desfibrilador implantable (CDI), en estos pacientes con pronóstico adverso el implantar un dispositivo de alto costo en prevención primaria (PP) tendría poco beneficio.

Objetivos: Evaluar el desempeño del puntaje de riesgo MADIT-II en sujetos con indicación de CDI como PP de muerte súbita (MS) en la ciudad de buenos aires, quienes presentan diferencias con respecto a la población con que fue validado inicialmente el puntaje

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, incluyó todos los pacientes en quienes se implantó un CDI como PP de MS entre los años 2009 y 2018 en un hospital de alta complejidad, se clasificaron los pacientes en 3 grupos según el

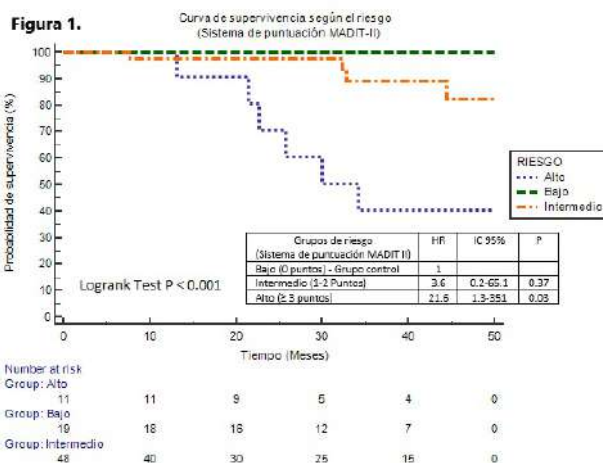
score de MADIT-II (Bajo riesgo 0 puntos; riesgo intermedio 1 o 2 puntos y alto riesgo 3 o más puntos), el cual evalúa variables como la edad, la anchura del QRS, presencia de fibrilación auricular, clase funcional y nitrógeno ureico, el criterio de valoración principal fue la mortalidad por todas las causas.

Resultados: Se incluyeron un total de 78 pacientes y se realizó un seguimiento a 50 meses, las características basales de la población se detallan en la tabla 1. Como principal hallazgo, 6 pacientes (54.5%) del grupo de alto riesgo, 4 pacientes del grupo de riesgo intermedio (8.3%) y ningún paciente del grupo de bajo riesgo murieron durante el seguimiento ($p < 0.001$) (figura 1), el promedio de supervivencia de los sujetos de alto riesgo fue de 34 meses (IC95% 26-43). El 16.8% de la población total del estudio experimentó choques apropiados durante el seguimiento, siendo la población de bajo riesgo la que más tasa de choques presentó 21% en comparación con los de moderado (14.5%) y bajo riesgo (9%), correspondientes a 4, 7 y 1 evento respectivamente ($p = 0,7$).

Conclusiones: Determinar este puntaje podría potencialmente ayudar a identificar y limitar el uso de CDI en los paciente con puntaje de alto riesgo al tratarse de una población con pocos evento de descargas efectivas y una mortalidad por todas las causas superior al 50% en los primero 34 meses.

Tabla 1. Características basales de la población.

	Riesgo bajo (%) N: 19 (24.3)	Riesgo intermedio (%) N: 48 (61.5)	Riesgo alto (%) N: 11 (14.1)	p
Sexo Masculino (%)	16 (84.2)	39 (81.2)	9 (81.2)	0.9
Edad (rIQ)	55 (48-64)	63.5 (55-71)	70 (65-74)	0.3
FEY % (os)	29.7 ±4.9	27.5 ±6.4	25.9 ±4.5	0.6
NYHA >II	0	16 (33.3)	9 (81.8)	<0.001
Fibrilación auricular	0	9 (18.7)	7 (63.6)	<0.001
Choques apr. CDI	4 (21)	7 (14.5)	1 (9)	0.7
Isquémicos (%)	8 (42.11)	28 (58.3)	5 (45.4)	0.4
Chagásicos (%)	4 (21)	6 (12.5%)	1 (9)	0.6
Diabetes (%)	5 (26.3)	15 (31.2)	6 (54.5)	0.2
Creatinina mg/dl (rIQ)	0.94 (0.83-1.15)	1 (0.89-1.28)	1.3(1.1-1.8)	0.32
BUN mg/dl (rIQ)	17.2 (14.8-19.7)	20.8 (17.7-26.5)	33.2 (21.9-35)	0.2
QRS msg (rIQ)	90 (80-120)	120 (100-145)	150 (120-160)	0.03
Betabloqueantes (%)	15 (78.9)	39 (81.2)	9 (81.8)	0.9
Amiodarona (%)	7 (36.8)	18 (37.5)	4 (36.3)	0.9
IECA/ARA (%)	11 (57.8)	36 (75)	6 (54.5)	0.23
Inh aldosterona (%)	12 (63.1)	36 (75)	8 (72.7)	0.6



0523 - USO DE ASPIRINA Y SU ASOCIACIÓN CON RIESGO DE SANGRADO EN CIRUGÍA CARDIACA VALVULAR

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

RAZZINI BURON, Sofia | FANILLA, Martin Ernesto | PEREZ, Juan Manuel | DIAZ, Fernanda | BERLOTTI, Alejandro | CICCOLINI, Alejandro

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: Hoy en día se suspende la aspirina (AAS) previo a la cirugía valvular aislada. Sin embargo, se ha demostrado que el uso de aspirina disminuye mortalidad cardiovascular. Por este motivo, se decide evaluar las diferencias entre los pacientes que se someten a cirugía valvular aislada con o sin tratamiento con AAS.

Objetivos: Evaluar el riesgo de sangrado en pacientes que se someten a cirugía cardíaca valvular aislada con AAS vs pacientes sin AAS. respiratoria mecánica prolongada.

	Con AAS (n=66)	Sin AAS (n=277)	Valor de p
Edad, media (DS)	66,5 (1,3)	56,1 (1)	<0,05
Femenino (%)	34,9	39,3	0,5
IMC, media (DS)	28,5 (0,5)	26,7 (0,3)	<0,05
Diabetes (%)	25,7	8,3	<0,05
Antecedentes TBQ (%)	39,4	32,5	0,2
Enfermedad Coronaria (%)	30,3	8,6	<0,05
Angina Inestable (%)	0	0,3	0,6
IAM reciente (%)	0	0,1	0,4
HTA (%)	75,7	51,3	<0,05
Tiempo de CEC prolongado (%)	53	64,6	0,08
Sangrado significativo (%)	15,1	14,4	0,8

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional, incluyó 997 pacientes que se operaron de forma programada en nuestra institución entre 01/2019 y 05/2021. De ellos, 343 fueron cirugías valvulares aisladas (314 única válvula, 27 combinadas y 3 válvulas en una oportunidad). De ellos, 66 (19,2%) fueron operados bajo tratamiento con AAS. Se definió como sangrado significativo: sangrado aumentado, transfusión de >5 unidades de glóbulos rojos en 48 hs o taponamiento cardíaco.

Resultados: Durante el seguimiento de los pacientes, se observó una edad promedio en años en el grupo sin AAS de 56,1 vs 66,5 en el grupo con AAS ($p < 0,001$); un IMC 26,76 en grupo sin AAS vs IMC 28,46 con AAS ($p < 0,001$), presencia de

diabetes 8,30% sin AAS vs 25,75% con AAS ($p < 0,001$) e HTA 51,26% sin AAS vs 75,75% con AAS ($p < 0,05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, tabaquismo o tiempo de bomba de circulación extracorpórea o infarto perioperatorio. Se observó en grupo sin AAS un riesgo de sangrado significativo de 14,44% vs un riesgo de 15,15% en el grupo con AAS.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con cirugía cardíaca valvular aislada, no se observó aumento del riesgo de sangrado mayor en pacientes que eran sometidos al procedimiento bajo tratamiento antiagregante con AAS, incluso tratándose de una población con mayores predictores de sangrado. Este resultado ayuda a esclarecer la relación riesgo beneficio del tratamiento con AAS en este subgrupo de pacientes, y así tomar mejores decisiones individualizadas.

0525 - FACTORES PREDISONENTES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS DEL DELIRIUM EN POST-OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

FANILLA, Martin Ernesto | PEREZ, Juan Manuel | BANCHIO DAL BÓ, María Josefina | PEREZ, María Florencia | BERTOLOTTI, Alejandro | CICOLINI, Alejandro Enrique

Fundación Favalaro

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes en el post-operatorio de cirugía cardíaca es el síndrome confusional agudo o delirium. La identificación de pacientes en riesgo es fundamental para la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado, primordialmente porque el delirium indica la presencia de una alteración orgánica subyacente que debe resolverse.

Objetivos: Identificar los predictores clínicos de aquellos pacientes en riesgo de desarrollar delirium para realizar una correcta prevención así como un precoz tratamiento.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional, incluyó 940 pacientes que se operaron de forma programada en nuestra institución entre 01/2019 y 05/2021. El diagnóstico de delirium se realizó en base al Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU).

	Delirium	Sin Delirium	Valor de p
ACV POP (%)	10,2	2,8	<0,05
FA POP (%)	45,5	17,8	<0,05
Status Convulsivo (%)	8,5	1,4	<0,05
ARM prolongada (%)	69,2	28	<0,05
Infección (%)	26,6	3,4	<0,05
Días área crítica, media (DS)	11,7 (1,5)	2,5 (0,8)	<0,05
Días internación, media (DS)	19,5 (1,7)	7,4 (0,3)	<0,05
Reintubación (%)	19,8	1,3	<0,05
Muerte (%)	10,3	3,9	<0,05

Resultados: Durante el seguimiento, se observó una prevalencia de delirium en el post-operatorio de cirugía cardíaca de 12.77% (120 p). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sin delirium y con delirium respectivamente en cuanto a edad (61,2 años vs 68,29 años, $p < 0,05$), tiempo de circulación extracorpórea (131.8 minutos vs 160.6 minutos, $p < 0,05$), transfusiones de unidades de glóbulos rojos en sala de recuperación cardiovascular (Media de 1.7 unidades vs 5.1 unidades, $p < 0,05$), asistencia respiratoria mecánica prolongada (>6 hs, 28.04% vs 69.1%, $p < 0,05$), insuficiencia renal aguda post-quirúrgica (24.7% vs 46.1%, $p < 0,05$) y días en área crítica (Media de 2.5 días vs 11.6 días en grupo con delirium, $p < 0,05$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a sexo, hipertensión arterial, índice de masa corporal, tabaquismo, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, riesgo quirúrgico (Euroscore) ni síndrome de bajo volumen minuto post-quirúrgico. Se realizó un test de regresión logística y se observaron las siguientes variables predictoras de delirium: para grupos según edad, el grupo 1 (entre 60-69 años) OR 2.1 (IC 1.3-4.7, $p < 0,05$), grupo 2 (entre 70-79 años) OR 3.9 (IC 2.1-7.2, $p < 0,05$) y grupo 3 (entre 80-89 años) OR 6.4 (IC 2.4-16.9, $p < 0,05$); asistencia respiratoria mecánica prolongada OR 5.7 (IC 3.7-8.9, $p < 0,05$) y el tiempo de circulación extracorpórea en minutos (OR 1.01, $p < 0,05$).

Conclusiones: La presencia de delirium en el post-operatorio de cirugía cardíaca se asocia a mayor morbimortalidad, riesgo de complicaciones médicas y estadía hospitalaria prolongada, entre otras. Los predictores independientes del mismo fueron edad, tiempo de circulación extracorpórea y asistencia respiratoria mecánica prolongada.

0527 - ARBOL DE DECISION: IMPACTO EN LA EXPECTATIVA DE VIDA TEÓRICO, DE LA DECISIÓN DE CONSULTAR O NO A GUARDIA POR DOLOR TORÁCICO EN PANDEMIA COVID - 19.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

VIVAS, Martín Federico | RIZNYK, Laura Mariana | VILLAGRA, José Maximiliano | BOTTO, Fernando Osvaldo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

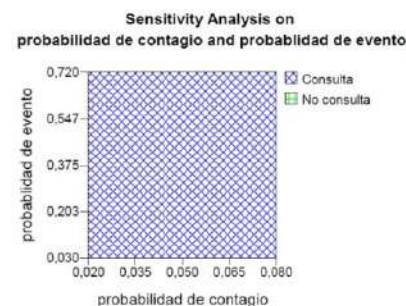
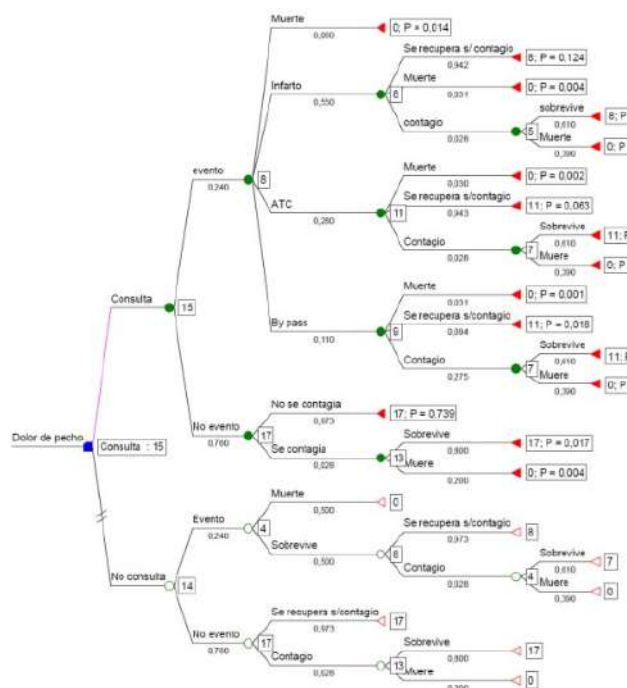
Introducción: El objetivo de este trabajo es utilizar un modelo de análisis de decisiones, que consiste en desagregar en forma secuenciada todos los posibles eventos que pueden ocurrirle a un paciente con dolor torácico, en el contexto de la pandemia, de acuerdo decida a no consultar al departamento de Emergencias.

Objetivos: Valorar las probabilidades de los eventos clínicos, que puede tener cada decisión, incorporándole como utilidades años ajustado a calidad (QALY), para estimar el impacto teórico sobre la expectativa de vida de cada decisión.

Materiales y Métodos: Se utilizó el software Data treeage pro. La edad promedio representada en este análisis fue de 60 años. Se estableció como horizonte temporal 17 años. Para determinar las frecuencias de eventos y los rangos de las mismas, se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline y Cochrane database. Se ajustó la tasa de mortalidad específica en cada grupo mediante el método DEALE (Declining Exponential Approximation of Life Expentancy), asignándole a cada nodo terminal el impacto de mortalidad de los eventos correspondientes a cada rama. Los valores obtenidos fueron ponderados por calidad de vida (QALY). Se múltiplo la Expectativa de vida obtenida en cada nodo terminal por el coeficiente QALY correspondiente al evento de cada rama.

Resultados: Al desplegar el árbol, se concluye que el escenario de consultar a guardia con dolor de pecho, presenta una expectativa de vida en un hombre de 60 años de 15 QALY y en el escenario de no consultar de 13.9 QALY. El análisis de sensibilidad (Pcontagio/Pevento) mantiene las conclusiones.

Conclusiones: Los pacientes con dolor torácico que consultan a guardia en época de Covid ganan un año de vida ajustado a calidad, con respecto a los que no consultan. Esto es independiente del riesgo cardiovascular (bajo- medio - alto) y a la probabilidad de contagio actual o incluso si esta se multiplicara por cuatro.



0530 - PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

Unidad Temática: *Cardiología Del Ejercicio*

BIZZOZERO PERONI, Bruno | DÍAZ GOÑI, Valentina

Instituto Superior de Educación Física. Universidad de la República

Introducción: Los programas de ejercicio físico (PEF) se incluyen como un elemento fundamental en la la rehabilitación cardíaca (RC) de pacientes con enfermedad de las arterias coronarias (EAC). Sin embargo, no hay un consenso establecido sobre qué tipos de PEF plantean mayores beneficios y son los más adecuados para esta población.

Objetivos: Conocer la influencia de PEF y sus características de prescripción sobre la RC en pacientes con EAC.

Materiales y Métodos: Realizamos una revisión de revisiones sistemáticas y meta-análisis de acuerdo con las recomendaciones de la Colaboración Cochrane. Se buscaron artículos publicados en las bases de datos PubMed y Web of Science hasta el 1 de setiembre de 2020. Al realizar la estrategia de búsqueda se utilizaron los términos MeSH ('Medical Subject Heading') y plaabras clave para definir la patología cardíaca y la intervención mediante ejercicio físico. Como criterios de inclusión, debían ser estudios que analizaran la influencia de PEF y sus características de prescripción en la prevención secundaria de la RC, publicados en inglés o español en las bases de datos seleccionadas. La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó utilizando la herramienta 'Assessment of Multiple Systematic Reviews 2'.

Resultados: De los 4 estudios, 3 presentaron nivel de confianza alto y 1 presentó nivel de confianza moderado. Todos los estudios incluidos analizaron los efectos del PEF y al menos una de sus características de prescripción en pacientes con EAC con un rango de edad media entre 52 y 76 años. Se encontraron resultados sobre características de prescripción del PEF para el entrenamiento por intervalos de alta intensidad (EIAI) y para el entrenamiento aeróbico de intensidad moderada (EAIM). Para el EIAI, se encontró que programas de intervención entre 7-12 semanas o mayores a 12 semanas presentaron mejoras significativas sobre la capacidad aeróbica (0.32-0.43 vs 0.19 mL/kg/min VO₂pico) en comparación a programas de intervención menor a 6 semanas en pacientes con EAC. Para el EAIM, se observó que programas de intervención con las siguientes características de prescripción presentaron mejores resultados significativos sobre la capacidad aeróbica de pacientes con EAC: una duración entre 6 y 12 meses en comparación a una duración menor a 6 meses (0.94 vs 0.41 mL/kg/min VO₂pico), un inicio en los primeros 3 meses luego de un evento cardíaco en comparación a un inicio posterior a los 3 meses (0.77 vs 0.28 mL/kg/min VO₂pico), una intensidad del 79% VO₂pico en comparación a una intensidad del 45% VO₂pico (por cada aumento del 10%, mejoras de 0.61 mL/kg/min VO₂pico), una frecuencia de 5 sesiones semanales en comparación a una frecuencia de 2 sesiones semanales (por cada aumento de 1 sesión, mejoras de 0.61 mL/kg/min VO₂pico), y un tiempo de sesión de 45 minutos en comparación a un tiempo de sesión de 20 minutos (por cada aumento de 10 minutos, mejoras de 0.61 mL/kg/min VO₂pico).

Conclusiones: Se encontró evidencia sobre los mejores rangos de la duración del EIAI, y de la frecuencia, duración, inicio, intensidad y tiempo de sesión del EAIM. Las mejoras de un PEF dependen de diversos elementos como las características del entrenamiento, edad de los pacientes, severidad de la enfermedad, preferencia del paciente al PEF, o tratamiento médico, entre otros. Los estudios incluidos presentaron gran variabilidad en estos elementos, sin analizar su incidencia en los efectos del PEF. Son necesarios más estudios para llegar a conclusiones consistentes que permitan identificar la prescripción del PEF más beneficiosa en esta población, integrando diferentes elementos como la adherencia al entrenamiento o la severidad de la enfermedad en el análisis de los efectos del PEF

0534 - NUEVA PROPUESTA DE DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

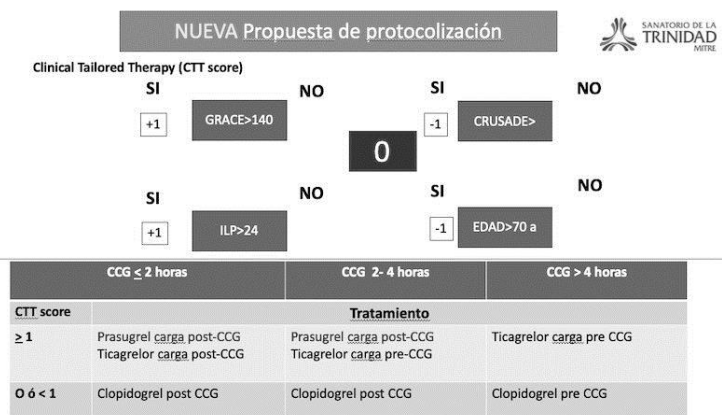
MRAD, Sebastián Juan Bautista(1) | VIDAURRETA, Joaquin Manuel(1) | COHEN ARAZI, Hernán(1) | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín(2) | PULMARI, Camilo Ariel(3) | DE BRAHI, Juan Pablo(1) | POCOVÍ, Antonio Alberto(1) | PALACIOS, Alejandro(1)

Sanatorio Trinidad Mitre (1); Sanatorio Franchín (2); CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE PERON. MALVINAS ARGENTINAS (3)

Introducción: El score GRACE y el score CRUSADE se utilizan para balancear el riesgo isquémico y hemorrágico en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCAnoST). Sin embargo, no permiten tomar decisiones diferenciales cuando coinciden puntajes altos en ambos.

Materiales y Métodos: Se evaluaron pacientes ingresados en 5 centros con diagnóstico de SCAnoST para determinar el porcentaje (%) que presentaban de alto riesgo isquémico y de sangrado mediante los score GRACE y CRUSADE. Con los resultados de estudios actuales, se elaboró un algoritmo para sub-estratificar a los pacientes utilizando además la edad y el índice leucoplaquetario (ILP) (ver figura 1), y definir conducta de acuerdo al puntaje obtenido. Se reportan los datos preliminares de los primeros pacientes tratados en uno de los centros. Se definió como evento isquémico: muerte cardiovascular, infarto, ACV, trombosis intrastent, angina refractaria, insuficiencia cardíaca.

Por su parte sangrado se definió según la escala BARC. Se analizaron según correspondiera con t test, wilcoxon y chi² según correspondiera. Se presentaron las variables numéricas continuas como mediana, rangos intercuartil (RIC), y porcentajes según correspondiera.



Resultados: Se incluyeron 893 pacientes, con una mediana de 67 años de edad (RIC 25-75: 58-75), 33% de sexo femenino, 78% hipertensos, 31% diabéticos. De los SCAnoST el 46% fueron ingresados por angina inestable y 54% por Infarto sin elevación del ST (IAMnoST). En el 26% de los pacientes el score GRACE fue mayor a 140, y en el 47% el score CRUSADE fue mayor a 40; 11% tenían ambos scores elevados (ALTO/ALTO), lo que se asoció a mayor riesgo de eventos isquémicos (OR: 11; IC 95% 6-19; p= 0.0001) y a mayor tasa de sangrado (OR 3.3, IC95% 1.5-7; p=0.002). Todos los pacientes con CRUSADE mayor a 40 recibieron clopidogrel como segundo antiagregante. Realizando una nueva estratificación según el nuevo algoritmo, de los 99 pacientes que mostraban scores elevados (ALTO/ALTO), el 29% tenían un puntaje +1, 15% tenían puntaje 0 y el resto puntaje -1. Prospectivamente se inició la evaluación del resultado del nuevo algoritmo en 110 pacientes con SCAnoST. En este grupo el 25% tenían puntaje ALTO/ALTO y hubieran recibido tratamiento con clopidogrel. Sin embargo, utilizando el nuevo puntaje, el 30% tenía puntaje + 1 y en ellos 25% recibió tratamiento con ticagrelor y el 10% con Prasugrel. La tasa total de sangrado entre los pacientes tratados con el nuevo algoritmo fue de 4% (ningún sangrado mayor), solamente 1 paciente tratado con nuevos antiagregantes presentó sangrado menor.

Conclusiones: Entre 11 y 25% de pacientes con SCAnoST tienen coincidentemente alto riesgo isquémico y de sangrado a su ingreso hospitalario. El riesgo de sangrado es determinante en la selección del tratamiento antiagregante. El nuevo algoritmo permite reasignar a un tratamiento antiplaquetario más intensivo, sin evidencias de sangrado grave.

0545 - ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS ANGIOGRÁFICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA. ESTUDIO DE UNA COHORTE” .

Unidad Temática: Cardio Oncología

SANCHEZ, Agostina Antonella | RUBIO, Pablo Manuel | BIVORT HAIEK, Mateo | DR. RIZZO, Manglio | DIAZ, Sara | MELCHIORI, Renzo Eduardo | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | HITA, Alejandro

Hospital Austral

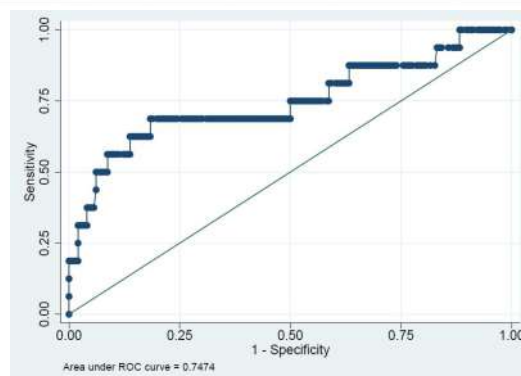
Introducción: Los mecanismos pro inflamatorios de la enfermedad oncológica y su tratamiento están estrechamente relacionados a las condiciones fisiopatológicas que favorece la creación y evolución de la placa de ateroma. Existe poca información que demuestre las características y el compromiso angiográfico en el contexto de un evento coronario agudo.

Objetivos: Analizar las características angiográficas de los pacientes oncológicos que ingresaron por síndrome coronario agudo (SCA) y evaluar si el cáncer es un factor de riesgo independiente para mayor afectación angiográfica.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional retrospectivo de pacientes que ingresaron por SCA a la Unidad Coronaria en Hospital Universitario de 2008-2020. Se dividió la población en dos grupos: con cáncer y sin cáncer que se sometieron a angiografía coronaria como parte de estrategia diagnóstica/terapéutica. Se excluyó neoplasia cutánea. Las variables angiográficas fueron extraídas de los informes angiográficos realizados por el servicio de hemodinamia en la historia clínica. Se confeccionó manualmente un modelo de predicción para evaluar la relación del cáncer con los hallazgos angiográficos.

Características	Oncológicos (N= 62)	No Oncológicos (N=427)	P Value
Acceso Femoral	24 (40%)	106 (26.4%)	0.02
Descendente anterior	37 (67.3%)	260 (66.8%)	NS
Tronco coronario	3 (5.5%)	15 (3.89%)	NS
Coronaria derecha	29 (54%)	200 (51%)	NS
Circunfleja	26 (49%)	164 (42%)	NS
Bifurcacion	6 (15%)	26 (8.78%)	NS
Trombo agudo	23 (41%)	173 (45%)	NS
DES (>4)	15 (27.3%)	56 (14.78%)	0.01
Calcificación severa	13 (26.5%)	36 (9.9 %)	0.001

Resultados: Se incluyeron 489 pacientes, oncológicos (n=62) y no oncológicos (n=427). La prevalencia de enfermedad oncológica fue de 12.7%. Los resultados se muestran en la tabla 1. El análisis multivariado evidenció que el cáncer es un factor de riesgo independiente para la presencia de calcificación severa, ajustado por los clásicos factores de riesgo cardiovasculares con un OR 5.47 (IC 95% 1.5 a 20 p= 0.01), la capacidad de predicción fue evaluado por curva ROC con un valor de 0.74 (IC 68-77). Gráfico 1



Conclusiones: Las características angiográficas halladas muestran similar número de lesiones severas, pero mayor requerimiento de stent liberador de drogas (DES). En los pacientes oncológicos la calcificación severa fue estadísticamente superior y se comporta como un factor de riesgo independiente para la misma. Se necesitan más estudios para saber si el cáncer es un factor independiente de peor pronóstico y mayor enfermedad coronaria.

0551 - ECOCARDIOGRAMA DOPPLER ¿UNA HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR?

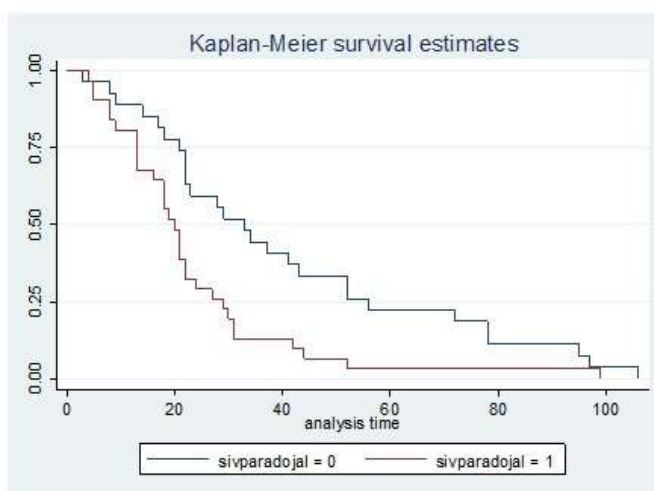
Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

VARGAS MIELES, Paul | SORASIO, Guillermina | VERGARA, Nadia | PRINCICH, Lilia Gabriela | BESMALINOVICH, Ezequiel | MUSANTE, Christian | CAPRINI, Romina Laura | LESCANO, Adrián José

Sanatorio Trinidad de Quilmes

Introducción: En la hipertensión pulmonar (HP) la valoración pronóstica y la estratificación de riesgo de mortalidad de los pacientes constituyen el primer paso para definir las estrategias terapéuticas y de seguimiento. En la actualidad disponemos de diferentes escalas de riesgos validadas y utilizadas en el seguimiento de esta población. Sin embargo, el ecocardiograma Doppler representa la técnica de imágenes más utilizada para la evaluación del ventrículo derecho (VD) y no se encuentra incluido en dichas escalas.

Objetivos: Determinar los parámetros cuantificados a través de ecocardiograma Doppler y valorar su asociación con el pronóstico en nuestra población con HP.



Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, analítico, prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo derecho entre enero de 2012 y marzo de 2021. Se recolectaron los datos demográficos, características clínicas, subgrupos de HP y las variables riesgo. Entre los parámetros ecocardiográficos se analizó: valor de TAPSE (excursión longitudinal de la pared lateral del anillo tricúspideo); movimiento paradojal del septum interventricular, dilatación del VD, Strain de la pared libre del VD (para las guías internacionales el valor de < -20% es anormal) y Fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo. Se aplicó el test de t o Chi2 según la variable continua o categórica. Se utilizó análisis de tiempo al evento definiendo la variable dependiente pronóstica como mortalidad global. Se presentan las curvas Kaplan-Meier con sus respectivos IC 95% y p-valores de log-rank test. Se realizó un modelo predictivo para determinar el impacto de estas variables en la mortalidad y para integrarlo con los factores de riesgo establecidos en un análisis multivariado. Se adjudicó significancia estadística a un valor $p < 0.05$

Resultados: Se incluyeron 212 pacientes, con una media de edad de 62 años (DE ± 18) y con mayor prevalencia del sexo femenino (69%) y del grupo 1 de HP (69.80%). La mortalidad total a los 2 años fue de 31%. Se observó que el 20% de los pacientes presentan función severa del VD; 65% con VD dilatado (media de 44.5 mm DE ± 5.8). El 30.9% presentan TAPSE < 16 mm; el movimiento paradojal del septum interventricular en un 34.8%. El Strain de la Pared libre del VD 78% de los pacientes presentaban un valor anormal, con una media de -14% DE ± 6.1 . En el análisis univariado se asoció en forma significativa con mortalidad: VD dilatado (OR: 2.1, IC95% 1.0- 4.8; $p < 0.03$); TAPSE < 16 mm (OR 3.03 IC95% 1.4-6.19; $p < 0.0008$); movimiento paradojal del septum interventricular (OR 3.4 IC95% 1.76-6.82; $p < 0.0001$); caída de la fracción de eyección del VI (OR: 0.28 IC 95% 1.4 - 5.8; $p < 0.0015$) y derrame pericárdico (OR 4.4 IC95% 1.8-10.8 $p < 0.0001$).

Conclusiones: Diversos parámetros ecocardiográficos (TAPSE, movimiento paradojal del septum interventricular, Fey del VI anormal; dilatación del ventrículo derecho y DP) se asociaron significativamente con mayor riesgo de mortalidad en nuestros pacientes con diagnóstico reciente de HP.

0552 - PERFIL DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

SORASIO, Guillermina(1) | VARGAS MIELES, Paul(2) | BEJARANO, Vanesa(1) | SECCO, Anastasia(1) | PRINCICH, Lilia Gabriela(2) | DOMINE, Enrique(1) | HIRSCHSON PRADO, Alfredo(1) | LESCANO, Adrian(1)

Hospital General de Agudos B. Rivadavia (1); Red de Clínicas Santa Clara (2)

Introducción: La Hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación frecuente y severa en las enfermedades del tejido conectivo (ETC) que conlleva a una evolución tórpida y elevada mortalidad. La Esclerosis sistémica es la más frecuentemente asociada (30%) y en menor medida, el Lupus Eritematoso Sistémico (2.8-4.2%), la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) (2%), la Artritis Reumatoidea y el síndrome de Sjögren (0.9%)

Objetivos: Analizar las características de pacientes con enfermedad del tejido conectivo con riesgo de desarrollar HAP.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y descriptivo (septiembre 2018 a abril 2021) que incluyó pacientes con diagnóstico de ETC. Se realizó Ecocardiograma Doppler para detección de HAP, con medición del área de la aurícula derecha, velocidad de regurgitación tricuspídea (VTR) presión sistólica de la arteria pulmonar y excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo y se aplicó el score DETECT solo a la población con Esclerodermia. Adicionalmente, se analizaron variables como la caminata de 6 minutos (TC6M), capacidad vital forzada y difusión de monóxido de carbono, ECG y capiloscopía. El cateterismo derecho se realizó en base al puntaje validado de score DETECT en Esclerodermia y por variables ecocardiográficas en el resto de la población. Se aplicó el test de t o Chi2 según la variable continua o categórica y se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes con ETC. La edad media fue de 53.7 años y el 93.2% sexo femenino. El 72.8% tenía diagnóstico de Esclerosis sistémica limitada (43 pacientes) con una media de evolución de 8.4 años, el 79.6% enfermedad de Raynaud (media de evolución 11.3 años), 22% Artritis Reumatoidea, 18.6% Lupus Eritematoso Sistémico, 18.6% Sjögren y 9.3% EMTC. El 40% presentó compromiso orgánico, el pulmonar fue el más frecuente (22%) y en segundo lugar gastrointestinal (12.2%) Al examen físico el mayor porcentaje presentó disnea clase funcional II (52.5%), el 27.1% ingurgitación yugular, 11.8% edemas en miembros inferiores y 1.7% signos de disfunción ventricular derecha. La presencia de telangiectasias se observó en el 16.9% y el 5.2% presentó ECG con desviación a la derecha. En el Ecocardiograma Doppler la media del área de la aurícula derecha fue de 16.6 cm², VRT de 2.80 m/seg, presión sistólica de la arteria pulmonar de 33.9 mm Hg y excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo de 22.4 mm. Al 35% de los pacientes se les realizó test de caminata de 6 minutos, con media de 406 metros y desaturación en el 47.3% de los casos. Las variables espirométricas se realizaron en el 50.8%, con una media de difusión de monóxido de carbono de 61.5% y, capacidad vital forzada de 83.3%. La capiloscopía fue patológica en el 82.2% con SD pattern tardío como predominante (64.7%) En relación al tratamiento basal el 35.5% recibía nifedipina, 25.7% inhibidores de fosfodiesterasa III (24% sildenafil) y 3.5% antagonistas de los receptores de endotelinas. El cateterismo derecho se realizó en el 12.2% de la población y el diagnóstico de HAP fue del 6.8%.

Conclusiones: Se describe una población con mayor proporción de Esclerodermia, compromiso orgánico a predominio pulmonar, alto porcentaje de enfermedad de Raynaud severo sin tratamiento adecuado y difusión de monóxido de carbono reducida que desarrollan HAP en un bajo porcentaje confirmado por cateterismo derecho.

0556 - MACITENTAN EN EL MUNDO REAL DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN ARGENTINA

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

VARGAS MIELES, Paul(1) | CARUSO, Nicolas(2) | ALVARADO, Alejandra(2) | COHEN ARAZI, Hernán(1) | SORASIO, Guillermina(3) | PRINCICH, Lilia Gabriela(1) | DR. BORTMAN, Guillermo(1) | LESCANO, Adrián José(1)

Sanatorio Trinidad de Quilmes (1); Sanatorio Trinidad Mitre (2); Sanatorio Ramón Cereijo (3)

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por un aumento de la presión pulmonar y de las resistencias vasculares pulmonares que conduce a una alta morbilidad y mortalidad. Macitentan es un antagonista del receptor de endotelina (ERA), que ha mostrado beneficio en cuanto a

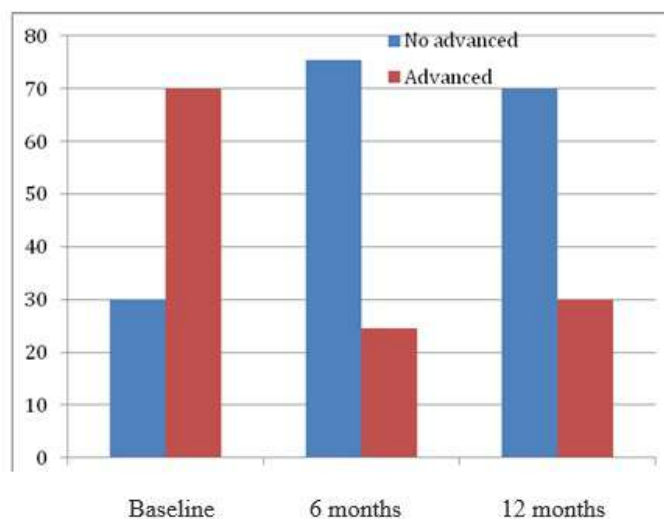
morbilidad y mortalidad en ensayos clínicos aleatorizados, pero la información sobre el uso de este fármaco en la práctica clínica diaria es limitada en nuestra región.

Objetivos: Describir las características clínicas de eficacia en pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar (PH) tratados con Macitentan en Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y observacional incluyendo pacientes con diagnóstico de HP, confirmado por cateterismo cardiaco derecho, que fueron tratados con Macitentan en Argentina entre marzo de 2015 y de marzo de 2020. Se incluyeron pacientes que recibieron Macitentan durante al menos 12 meses y el resultado clínico se definió como mejoría en la clase funcional (CF) avanzada (III / IV), no avanzada (I / II) y en la prueba de caminata de 6 minutos (TC6M).

Resultados: Un total de 142 se incluyeron pacientes con diagnóstico de PH (98% PAH y 2% PH tromboembólica), con edad media de 46 años (± 15), predominio al sexo femenino (76%). Antes de iniciar Macitentan, el 78,9% de los pacientes tenían CF avanzada y la media de caminata de los 6 min (TC6M) era de 311 mts (D.E. 121 mts). A los seis y doce meses, el porcentaje de pacientes en CF avanzada se redujo significativamente y la distancia 6MWT aumentó a 360 y 361 metros respectivamente, ambos resultados con beneficio estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra pacientes, el tratamiento con Macitentan se asoció con una clínica significativa eficacias y beneficio tanto en la clase funcional, como en el TC6M a los 6 y 12 meses. Esta información es consistente con los resultados del estudio SERAPHIN, y es el primer aporte sobre el uso de este fármaco en un escenario real en nuestra región.



0559 - EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO POR INTERVALOS VS ENTRENAMIENTO CONTINUO SOBRE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: UNA REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS

Unidad Temática: Cardiología Del Ejercicio

BIZZOZERO PERONI, Bruno | DÍAZ GOÑI, Valentina

Instituto Superior de Educación Física. Universidad de la República

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) presenta una prevalencia mundial mayor a 37 millones de personas. La rehabilitación cardíaca (RC) es el tratamiento y prevención secundaria de enfermedades cardíacas, siendo recomendable la inclusión de un programa de ejercicio físico como factor principal para el éxito de la RC y la prevención en la recurrencia de eventos cardíacos. Los estudios que comparan efectos del entrenamiento por intervalos de alta intensidad (EIAI) con el entrenamiento continuo de moderada intensidad (ECMI) sobre variables relevantes en la RC han crecido rápidamente. Sin embargo, los resultados sobre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con IC son contradictorios y los estudios de revisiones sistemáticas no se han comparado.

Objetivos: Comparar la influencia del EIAI con el ECMI sobre la FEVI en pacientes con IC.

Materiales y Métodos: Realizamos una revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis en PubMed hasta el 27 de abril de 2020. Se incluyeron revisiones sistemáticas y/o metaanálisis que compararan los efectos del EIAI con el ECMI sobre la FEVI en personas con IC. Al realizar la búsqueda en PubMed se utilizaron los términos MeSH (Medical Subject Heading) para definir la patología cardíaca y la intervención mediante ejercicio físico. La combinación fue la siguiente: 'heart failure' [MeSH] AND 'exercise' [MeSH] OR 'exercise therapy' [MeSH] OR 'cardiac rehabilitation' [MeSH] OR 'high-intensity interval training' [MeSH]. Se utilizó la herramienta 'Assessment of Multiple Systematic Reviews 2' para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Resultados: Se identificaron un total de 74 artículos, de los cuales 5 se seleccionaron finalmente para esta revisión. La

calidad general de los estudios incluidos fue moderada-alta. Todos los estudios analizaron resultados en pacientes adultos (45-76 años) con IC y FEVI reducida (<40%). El EIAI se asoció con mejoras significativas (+ 2.76% - 3.39%, $p < 0.05$) y no significativas (+ 2.18% - 3.29%, $p > 0.05$) sobre la FEVI en comparación al ECMI. Junto al tratamiento médico adecuado, la magnitud de estas mejoras resulta importante para el pronóstico de la IC y para la recuperación de la FEVI a un porcentaje normal (>50%).

Conclusiones: Esta revisión confirma que el EIAI resultó más beneficioso en comparación al ECMI sobre la FEVI en pacientes adultos con IC y FEVI reducida. Se establecen diferentes protocolos del EIAI siendo difícil establecer un consenso, lo que también dificulta su comparación con otros entrenamientos. La prescripción del EIAI puede tener muchas variantes que modifiquen los resultados sobre la FEVI en estos pacientes: intensidad del intervalo, intensidad del período de recuperación, duración de los intervalos o tipo de ejercicio físico, entre otros. Además, es imprescindible la supervisión, prescripción y progresión del EIAI de forma individual según las características clínicas y personales de cada individuo, ya que no todos los pacientes con IC y FEVI reducida toleran entrenar a intensidades altas. Por lo tanto, son necesarios más estudios con una correcta metodología que analicen y comparen diferentes protocolos del EIAI para establecer la prescripción más eficiente en la RC de pacientes con IC.

0560 - VARIABLES CARDIOVASCULARES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN LA MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL DE TUCUMAN

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

HLOWNIA, Damian(1) | GALDEANO, Ricardo Sebastián(2) | SAGRA, Marcelo(3) | ABREGÚ, José Daniel(2) | RIVAS JORDAN, María Silvina(2) | MARANON, Rodrigo(3) | JOO TURONI, Claudio(3)

Actividad Clínica Privada (1); Sanatorio Racedo (Monteros - Tucumán) (2); Universidad Nacional de Tucumán (3)

Introducción: Las afectaciones cardiovasculares representan un problema de salud a nivel mundial. Existen algunos trabajos en la actualidad donde aparecen dichas afectaciones en trabajadores del sistema Público. Los trabajadores públicos representan cerca del 18% de ocupados de la Argentina.

Objetivos: Evaluar variables cardiovasculares en una población de mujeres que trabajan en la Municipalidad de san Miguel de Tucumán (MSMT) en tareas de oficina.

Materiales y Métodos: En Setiembre del 2019 se registró en una población voluntaria de mujeres que realizan tareas de oficina en la MSMT ($n=112$) grado de escolaridad, antecedentes de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), edad, peso, talla, presión arterial (PA) sistólica (PAS) y diastólica (PAD), frecuencia cardíaca, saturación de O₂, circunferencia de cintura y cuello. Con los datos se calculó índice de masa corporal (IMC), PA media y PA de pulso. Los valores se expresaron como $\text{media} \pm \text{error standard}$. Se realizó test de correlación de Pearson.

Resultados: Los valores de las variables hemodinámicas y antropométricas se encuentran en la Tabla 1. En cuanto al nivel de estudios 46,4% tenían secundario completo y 50,8% presentaban nivel de estudios superior. En cuanto a la presencia de FRCV: 24,1% presentaban hipertensión arterial, 4,4% diabetes, 28,6% dislipemia, 33,9% tabaquismo y 59,8% sedentarismo. Cuando se correlacionaron las variables entre sí, se encontró una correlación positiva de edad con PAS y PAD (Figura 1) y una correlación negativa con la saturación de O₂ (Pearson R: -0,2358; IC95%:-0,4038 a -0,05253; $p < 0,05$).

Conclusiones: Las mujeres que trabajan en tareas de oficina en la MSMT presentan obesidad asociada a otros FRCV, en el cual el más preponderante es el sedentarismo. Llama la atención esta alta incidencia de FRCV en una población con estudios secundarios o superior. Además con la edad los valores de PA se elevan y la saturación de O₂ disminuye, situación que hipotetizamos que se ha agravado debido a la actual condición de aislamiento que se asocia a mayor sedentarismo y estilos de vida no saludables. Proponemos, por lo tanto la incorporación de pautas saludables para modificar los hábitos de esta población.

0561 - AFECCION DEL VD Y DE LA VALVULA PULMONAR EN CARDIOPATIAS CONGENITAS DEL ADULTO. DATOS DEL REGISTRO GUTI-GUCH 2021

Unidad Temática: Cardiopatías Congénitas Del Adulto

MOROS, Claudio Gabriel(1) | PACHECO OTERO, Marisa(2) | NICOLOSI, Liliana Noemí(3) | FALIVA MAI, Gianina Andrea(4) | MARDZIN, Brenda(4) | ZANINOVICH, Mirka Amelia(5) | SOSA LIPRANDI, Alvaro(6) | GRIPPO, María Del C.(1)

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez (1); CENTRO JONAS SALK OSECAC (2); Hospital Español (3); HOSPITAL SAN MARTÍN LA PLATA (4); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (5); Sanatorio Güemes (6)

Introducción: A diferencia de las cardiopatías adquiridas las cardiopatías congénitas afectan frecuentemente al lado derecho del corazón. El aumento de la sobrevivencia de los pacientes (p) pediátricos determina que alcancen la adultez con problemas en el tracto de salida del VD y/o la válvula pulmonar. Se han desarrollado nuevas opciones terapéuticas como las válvulas pulmonares percutáneas que podrían solucionar este problema y evitar una nueva cirugía cardíaca.

Objetivos: Determinar la prevalencia de cardiopatías que afectan al lado derecho del corazón y comprometan su tracto de salida (TSVD) y/o la válvula pulmonar (VPUL). Conocer el tratamiento que estos pacientes reciben.

Materiales y Métodos: Se utilizó el registro multiinstitucional GUTI-GUCH creado en el año 2006. Se clasificaron los p según la complejidad de su cardiopatía en leves, moderadas y severas basados en las Guías de Manejo de Adultos con Cardiopatías Congénitas de la AHA/ACCA 2008 y se determinaron las cardiopatías que pueden afectar al VD (CAVD) y las que afectan su tracto de salida y/o válvula pulmonar. (CATSVD-VP). Se excluyeron los p con ventrículos únicos. El análisis estadístico se utilizó el programa SPSS20.

Resultados: Se registraron en total 2772 P, mujeres 55,1% (1527) hombres 44,9 (1244), Transexual 0.01% (1), edad media 34,7 años \pm 13,2 años. Seguimiento 6,3 años \pm 3,6 años (1 a 15 años) Fueron de Complejidad Leve: 32,4% (899); Complejidad Moderada: 46,4% (1287) y Complejidad Severa: 21,1% (586). El 55% (1525) presenta cardiopatías que afectan al VD y un 22% (609) cardiopatías que afectan directamente al TSVD y/o VPUL que representan 39,7% de las que afectan al VD. CAVD: Las más frecuentes fueron: Comunicación Interauricular (CIA) 36,5% (554), Tetralogía de Fallot 20,6% (313), Enfermedad valvular pulmonar (EVP) 7,1% (109), Transposición de los Grandes Vasos 6,2% (94), Atresia pulmonar 5,9% (90) y enfermedad valvular tricúspidea 5,8% (89). CATSVD-VP: Las más frecuentes fueron: Tetralogía de Fallot 51,4% (313), Enfermedad de la válvula pulmonar 17,9% (109), Atresia pulmonar 14,8% (90) y Doble salida de VD 7,4% (45). Procedimientos quirúrgicos pulmonares: valvulotomía o valvuloplastia 61,9% (277), recambio valvular pulmonar 9,5% (58) y Colocación Tubo VD-AP 8% (49). Procedimientos percutáneos: Valvuloplastia pulmonar: 9% (55) valvuloplastia del Tubo VD-AP 3,3% (20), colocación de válvula pulmonar percutánea 0,8% (5) y angioplastia de ramas pulmonares 8,2% (50)

Conclusiones: Mas de la mitad de los pacientes del registro presenta cardiopatías que afectan al lado derecho del corazón siendo la CIA la patología más frecuente. Uno de cada cinco pacientes tiene afectado el Tracto de salida del VD y/o la válvula pulmonar. Dentro de este último grupo la tetralogía de Fallot representa la mitad de la población. En la etapa pediátrica predomina el tratamiento quirúrgico del tracto de salida y/o válvula pulmonar. Las complicaciones en la evolución se tratan principalmente con recambio valvular pulmonar y recambio del Tubo VD-AP. Se observa una baja utilización de la válvula percutánea pulmonar al compararlos con datos internacionales.

0563 - MASA VENTRICULAR IZQUIERDA EN SUJETOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

RISSO, Gustavo Daniel(1) | KHOURY, Marina(1) | CORTI, Marcelo(2)

Hospital de Clínicas UBA (1); Hospital Muñiz (2)

Introducción: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con su distribución mundial, representa una de las infecciones más importantes en la historia de la humanidad y en la actualidad se mantiene como una pandemia con casi 30 años de evolución. El advenimiento y la difusión en el uso de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha logrado prolongar la supervivencia de estos pacientes, lo que favoreció el desarrollo de patologías crónicas que antes no se manifestaban, entre ellas la enfermedad cardiovascular. El riesgo cardiovascular es mayor en pacientes infectados por el VIH que en la población general. La terapia antirretroviral podría contribuir al mayor riesgo por varios mecanismos como el aumento de la masa ventricular izquierda (MVI), entre otros.

Objetivos: Describir los valores promedio de la MVI en pacientes VIH positivos y evaluar diferencias en el promedio de la MVI entre grupos con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) vs sin TARGA.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con infección por VIH en los que se realizó un ecocardiograma en un Hospital de Infecciosas del GCABA durante los años 2014-2017.

Resultados: Se analizaron 87 pacientes con una edad promedio de 43.68 ± 11.51 años; 69 (79.31%) fueron varones, 61 (70.11%) recibían TARGA (Tabla 1). El tabaquismo fue el factor de riesgo cardiovascular más frecuente (32.18%), seguido por la hipertensión arterial (29.89%), antecedentes de tabaquismo (10.34%), la dislipidemia (9.20%) y la diabetes (6.90%). La mediana del tiempo desde el diagnóstico de la infección por VIH hasta la realización del estudio ecocardiográfico fue de 120 meses. El 67.82% se encontraba en estadio C3 y el 65.52% había tenido enfermedades marcadoras de SIDA. La mediana de linfocitos T CD4+ fue de 88 células/ μL y de la carga viral fue de 1293 copias/ $\text{ml} \times 10^3$. El 44.83% presentaron aumento de la MVI ($114.61 \pm 35.92 \text{ g/m}^2$). Las mujeres presentaron valores mayores de la MVI comparados con los hombres (96.78 ± 16.49 vs 119.26 ± 38.18 ; $p=0.0195$) con una mayor proporción de deterioro moderado en la función sistólica del ventrículo izquierdo (11.11% vs 1.45%; $p=0.045$). Las diferencias en la MVI entre grupos con y sin TARGA fueron no significativas (115.17 ± 39.21 vs 113.28 ± 27.30 ; $p=0.6363$). En el grupo menores de 40 años con TARGA, las mujeres presentaron mayor proporción de MVI aumentada (77.78% vs 15.38%; $p=0.003$) con mayor patrón de hipertrofia excéntrica (44.44% vs 7.69%; $p=0.043$).

Tabla 1. Características de los pacientes analizados.

Características	Total (n=87)
Sexo masculino, n (%)	69 (79.31)
Edad en años, Media \pm Desvío estándar	43.68 ± 11.51
IMC en kg/m^2 , Media \pm Desvío estándar	24.079 ± 4.29
TAS en mmHg, Media \pm Desvío estándar	118.20 ± 17.49
TAD en mmHg, Media \pm Desvío estándar	72.82 ± 12.81
Características de la enfermedad de base	
Meses desde el diagnóstico hasta la realización del ecocardiograma, Mediana (Rango intercuartilo)	120 (36 – 180)
Enfermedades marcadoras de SIDA, n (%)	57 (65.52)
Linfocitos TCD4+ en células/ μL , Mediana (Rango intercuartilo)	88 (31 - 256)
Carga viral en copias/ $\text{ml} \times 10^3$, Mediana (Rango intercuartilo)	1293 (50 – 54454)
Estadio C3, n (%)	59 (67.82)
TARGA, n (%)	61 (70.11)
Mala adherencia al TARGA, n (%)	8 (9.20)
Factores de riesgo cardiovascular	
Tabaquismo actual, n (%)	28 (32.18)
Antecedentes de tabaquismo, n (%)	9 (10.34)
Diabetes, n (%)	6 (6.90)
Hipertensión Arterial, n (%)	26 (29.89)
Dislipemia, n (%)	8 (9.20)
Antecedentes de enfermedad cardiovascular	
Angina crónica estable, n (%)	1 (1.15)
IAM o angina inestable, n (%)	3 (3.45)
ACV/AIT, n (%)	2 (2.30)
Angioplastia coronaria, n (%)	2 (2.30)

IMC: Índice de masa muscular, TAS: tensión arterial sistólica, TAD: tensión arterial diastólica, TARGA: Terapia antirretroviral de gran actividad, IAM: infarto agudo de miocardio, ACV: Accidente cerebrovascular, AIT: Accidente isquémico transitorio.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la TARGA junto a factores hormonales podrían favorecer cambios en la estructura y función cardíacas en mujeres menores de 40 años con VIH/SIDA. Es recomendable, en esta población, la evaluación precoz del riesgo cardiovascular para realizar intervenciones oportunas.

0571 - VALIDACIÓN NACIONAL DE PREDICTOR DE RIESGO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL - ANGINA II.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

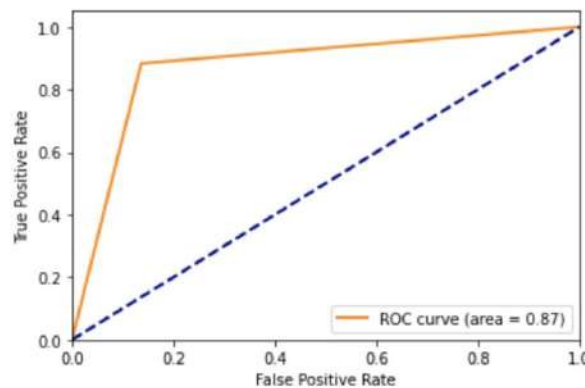
VIRUEL, Marcos Lucas(1) | MUÑOZ, Florencia(1) | DELGADO PEREYRA, Eduardo(2) | FERRERO, Lucas(3) | GINER, Eduardo Sebastian(2) | MIRAGLIA, Edgardo Daniel(3) | ECHEGOYEN, Raul Esteban(1) | COSTABEL, Juan Pablo(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Sanatorio Santa Clara (2); Hospital Español de Rosario (3)

Introducción: Trabajos previos de nuestro equipo demostraron una excelente capacidad de predicción de síndrome coronario a 30 días en pacientes que consultan a servicios de emergencias médicas (SEM) por dolor torácico mediante una herramienta de inteligencia artificial, con un área bajo la curva ROC de 0,8991. En esta nueva etapa, se realizó la validación de la herramienta a fin de demostrar su utilidad en la población de distintos SEM.

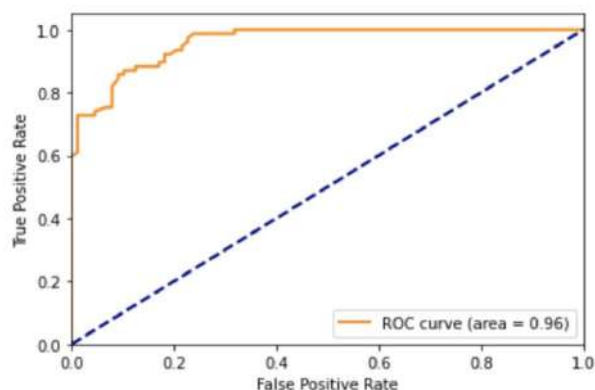
Objetivos: Realizar la validación externa del algoritmo de machine learning Cardio TriAge para su uso en SEM.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico. Se incluyeron 165 pacientes pertenecientes a 3



Resultados: Al realizar el análisis correspondiente al algoritmo de Random Forest para clase, la cual considera la ocurrencia de eventos como variable dicotómica, se obtuvo un área bajo la curva ROC = 0.87 (Imagen 1). Posteriormente se realizó el análisis correspondiente a la probabilidad de certeza del predictor obtenido mediante el empleo del algoritmo, presentando un área bajo la curva ROC = 0.96 (Imagen 2)

Conclusiones: Ésta herramienta de predicción de síndrome coronario agudo basada en un algoritmo de inteligencia artificial es aplicable en diferentes poblaciones que consultan a SEM, sin presentar modificaciones en su capacidad predictora.



0572 - TELMISARTAN COMO TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON COVID 19: ENSAYO CLINICO ABIERTO RANDOMIZADO

Unidad Temática: Covid-19

DUARTE, Mariano(1) | PELOROSSO, Facundo(2) | NICOLOSI, Liliana Noemí(3) | SALGADO, Maria Victoria(2) | AQUIERI, Analía Beatriz(1) | COYLE, Javier(1) | RUBIO, María Del Carmen(3) | ROTHLIN, Rodolfo(2)

Hospital de Clínicas UBA (1); Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA) (2); Hospital Español (3)

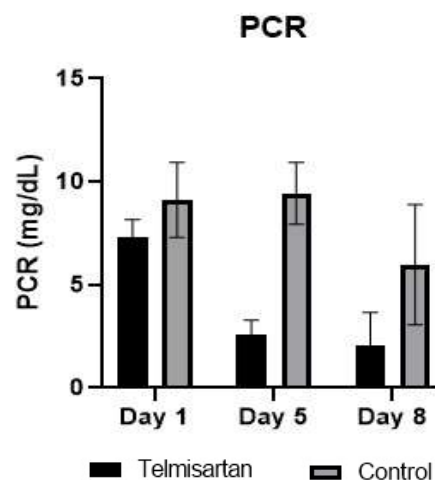
Introducción: La enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA 2) es el receptor para el SARS-CoV 2 y su función fisiológica (eliminar el exceso de angiotensina 2 tisular) se pierde con el acople viral. Se ha postulado que los bloqueantes de los receptores de angiotensina (BRA), podrían tener un rol terapéutico en la infección por SARS-CoV 2.

Objetivos: Primario: evaluar si el telmisartán disminuye los niveles plasmáticos de proteína C reactiva (PCR) en pacientes internados por Covid-19. Secundario: determinar si dicho tratamiento disminuye la estadía de internación, el ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI), y la mortalidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un ensayo prospectivo, multicéntrico, abierto, aleatorizado de dos ramas con una proporción de asignación de 1: 1. Fueron incluidos pacientes mayores de 18 años, hospitalizados con Covid-19 con 4 días o menos desde el inicio de los síntomas, en dos hospitales generales de CABA, Argentina. Criterios de exclusión: pacientes internados en UCI, presión arterial sistólica ≤ 100 mm Hg, tratamiento con BRA / inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en el momento de la aleatorización y niveles de creatinemia ≥ 3 mg/dL y de potasemia ≥ 6 mEq/L. La rama control recibió la atención "estándar", y la rama tratamiento recibió además 80 mg de telmisartán dos veces al día durante 14 días. Se determinó el nivel plasmático de PCR en los días 1, 5 y 8 posteriores a la aleatorización. Se determinó el tiempo de internación, el ingreso a la UCI y la muerte a los 15 y 30 días.

Resultados: Se evaluaron 162 pacientes, se incluyeron 158 pacientes, entre mayo y octubre de 2020, grupo control 80 y grupo telmisartán 78 pacientes, respectivamente. Los niveles de PCR del grupo control y telmisartán fueron respectivamente al día 5: $6,06 \pm 6,95$ (7,79-4,35) mg/dl (n = 66) vs $3,83 \pm 5,08$ (5,08-2,59) mg/dl (media \pm DE (IC del 95%), n = 66, p = 0,038). Los niveles de PCR del día 8: $6,30 \pm 8,19$ (8,79-3,81) mg/dl (n = 44) vs $2,37 \pm 3,47$ (3,44-1,30) mg/dl (media \pm DE (IC del 95%); n = 43, p = 0,0098 El análisis de Kaplan-Meier mostró que la mediana de internación fue de 15 días en el grupo control vs 9 días en el grupo telmisartán. La muerte al día 30 se redujo en el grupo tratado (control 22.54 %, 16/71; vs telmisartán 4.29%, 3/70 participantes; p = 0,0023). La evaluación del estado crítico compuesta por la ventilación mecánica o la muerte, se redujeron con el tratamiento con telmisartán en los días 15 y 30. No se registraron eventos adversos atribuibles a la droga en estudio.

Conclusiones: El BRA telmisartán redujo los niveles plasmáticos del biomarcador de inflamación PCR, efecto que apoya el involucramiento del sistema renina angiotensina en el desarrollo del proceso inflamatorio inducido por la infección con SARS CoV 2. Además, se observó una disminución en los días de internación y en la mortalidad en los pacientes que recibieron telmisartán.



0573 - REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA 2 (RADAC 2). CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

MANOS, Eustaquio | VILLEGAS, Miguel Osvaldo | BALLARINO, Daniel Eduardo | VEGA, Alejandra Soledad | FARAH, Miguel Alejandro | BALLARINO, Miguel Angel | RUBIO, Mariano | TORRESANI, Ernesto Marcelo

Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionista (CACI)

Introducción: Si bien la angioplastia coronaria (ATC) es un método terapéutico establecido sigue evolucionando desde las indicaciones y recursos técnicos tanto diagnósticos (OCT, FFR, IVUS, etc.) como terapéuticos (DES, DEB, etc.) que se van incorporando y modificando. En nuestro medio hemos llevado a cabo hace unos 10 años el estudio RAdAC del que participaron 67 Centros Médicos con Servicio de Hemodinamia y en el que se incluyeron 3.102 pacientes. Con el objetivo de recrearlo con datos provenientes de nuestra actualidad se llevó a cabo el presente estudio.

Objetivos: Describir las características de la población estudiada en el registro RAdAC2.

Materiales y Métodos: Por iniciativa del CACI en septiembre de 2019 comenzó el RAdAC2 como un registro de cohorte prospectivo y multicéntrico de las angioplastias coronarias (ATC) realizadas en los centros participantes. En el período septiembre 2019/septiembre 2020, 38 Centros Médicos de 15 provincias de Argentina incluyeron 2.256 pts. Las variables continuas fueron reportadas como media \pm desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, de acuerdo con su distribución. Las variables categóricas fueron reportadas como porcentajes.

Resultados: Se analizan 2.256 pts. con una edad de 64.16 ± 11.17 años, 73.09% hombres. Presentaron como antecedentes HTA: 80.62%, Diabetes: 30% siendo Insulino-requirientes el 16.69%, Dislipemia: 59.21%, tabaquismo: 30.8%, extabaquismo: 37.45%, familiares: 8.64%, infarto previo: 26.81%, CRM previa: 5.14%, ATC previa: 26.72%, Insuficiencia renal: 2.57% estando en diálisis el 56.89%, arteriopatía periférica: 7.18%, AAA: 0.75%, obstrucción carotídea: 1.01%, menopausia precoz: 0.04%, hipotiroidismo: 2.88%, EPOC: 4.38%, valvulopatía asociada: 1.99%, miocardiopatía asociada: 2.96%, cardiopatía congénita asociada: 0.04%. La indicación clínica estuvo fundada en: ACE: 14.85%, Angina inestable: 30.46%, IAM c/ST 26.44%, IAM s/ST: 18.37%, ICC: 4.05%, Isquemia Silente: 5.79%. La dominancia en la circulación coronaria fue derecha: 89.24%, izquierda: 7.97% y balanceada: 2.77%. Las obstrucciones coronarias severas se localizaron en TCI: 5.27%, DA: 59.01%, 1° Diagonal: 9.92%, Cx: 32.91%, rama lateral: 13.73%, CD: 41.02%, Desc.Post.: 4.51%; By-Pass: 2.56% siendo enfermedad de 1 vaso: 49.62%, 2 vasos: 29.49% e ≥ 3 vasos: 20.89%.

Conclusiones: Las características de la población incluida en el registro RAdAC 2 son una muestra del tipo de pacientes tratados cotidianamente en los Centros donde se realizó siendo "probablemente" un reflejo de lo que sucede en general. La inestabilidad clínica (Angina Inestable, IAM c/ST, IAM s/ST e ICC) decidió la indicación en la mayoría de los casos. Las proporciones en la dominancia coronaria y distribución de las obstrucciones por vaso coronario reflejan los porcentajes habitualmente conocidos.

0575 - REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA 2 (RADAC 2). ESTUDIO COMPARATIVO CON RADAC 1.

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

MOGUILNER, Alejandro F. | LARRIBAU, Miguel Angel | CAFARO, German | CHERRO, Alejandro | CISNEROS SORIA, Martín | FERNANDEZ MURGA, Arturo | HENQUIN, Ruth Patricia | TORRESANI, Ernesto Marcelo

Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionista (CACI)

Objetivos: Comparar las poblaciones estudiadas y resultados intrahospitalarios entre los registros RAdAC 1 vs. 2 realizados en Centros Médicos de Argentina (CMA) con un intervalo de 10 años.

Materiales y Métodos: El registro RAdAC 1 (R1) se llevó adelante entre mayo de 2010 y febrero de 2012 en 67 CMA y el RAdAC 2 (R2) entre septiembre de 2019 y septiembre de 2020. El 57.89% (22/38) de los CMA del R2 participaron también en el R1. Las variables continuas fueron reportadas como media \pm desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, de acuerdo con su distribución. Las variables categóricas fueron reportadas como porcentajes.

Resultados: En el R1 se incluyeron 147.71 pts./mes (3.102pts) y en el R2, 188 pts./mes (2.256 pts.). No hubo diferencias en edad, IMC, DLP, CRM previa, ICC, cuadro clínico o reestenosis que motivaran la ATC. Entre los pacientes ingresados al R1

vs. R2 se observó: hombres 75.7% vs. 73.09% ($p < 0.03$), HTA 71.6% vs. 80.62% ($p < 0.0001$), DBT 18.6% vs. 30% ($p < 0.0001$), TBQ 27.2% vs. 30.8% ($p < 0.04$), ExTBQ 28.1% vs. 37.45% ($p < 0.0001$), Infarto previo 20.8% vs. 26.81% ($p < 0.0001$), ATC previa 23.6% vs. 26.72% ($p < 0.009$), Enf.Vasc.Perif. 4% vs. 7.18% ($p < 0.0001$), EPOC 3.3% vs. 4.38% ($p < 0.03$) y TCI tratados 2.7% vs. 3.98% ($p < 0.0001$). En cuanto a detalles tácticos del procedimiento (tabla) hubo una menor tendencia al uso de vía femoral especialmente en favor de la radial y una clara preferencia por el uso de DES. El éxito primario global fue de 95.7% vs. 92.93% ($p < 0.0001$) con una mortalidad de 1.6% vs. 1.37% ($p < 0.76$) no habiendo habido tampoco diferencias en necesidad de CRM de urgencia, sangrado o ACV mayor post ATC.

TACTICA	RAAdAC 1	RAAdAC 2	p
Acc. Femoral	2879 (92.8%)	945 (39.4%)	$p < 0.0001$
Acc. Radial	220 (7.1%)	1.446 (60.3%)	$p < 0.0001$
Acc. Humeral	3 (0.1%)	7 (0.29%)	$p < 0.05$
IABP	27 (0.9%)	6 (0.24%)	$p < 0.01$
Tromboaspiración	62 (2 %)	63 (2.61%)	$p < 0.06$
Balón de Corte	27 (0.7%)	32 (1.32%)	$p < 0.01$
Rotablator	6 (0.2%)	11 (0.45%)	$p < 0.02$
IVUS	22 (0.7%)	32 (1.32%)	$p < 0.001$
BMS	66.8%	5.9%	$p < 0.0001$
DES	33.2%	93.69%	$p < 0.0001$
DEB	0	0.4%	$p < 0.0001$

Conclusiones: A pesar que los centros participantes en el estudio R2 son casi la mitad de los que participaron en el R1 aumentaron los pacientes incluidos mensualmente expresando un incremento en la indicación de ATC aún en pacientes con mayor morbilidad. En el R2 hay una mayor prevalencia de factores agravantes como sexo femenino, DBT, etc. a pesar de lo cual el Éxito Primario Global es alto y las complicaciones intrahospitalarias bajas. Hay un claro cambio en la vía de abordaje preferida y el tipo de stent elegido.

0576 - HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON COVID-19. COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS.

Unidad Temática: Covid-19

DR. LOPERENA OROZCO, Manuel | SANTACOLOMA, Camilo | GARRON ARIAS, Sarah Yvonne | DR. MEDINA, Alejandro | JARAMILLO AGUIRRE, Yessenia Lorena | RODRIGUEZ GRANILLO, Gaston Alfredo | DR. LYLYK, Pedro | INGINO, Carlos A.

Clínica La Sagrada Familia

Introducción: El COVID-19 puede impactar el sistema cardiovascular a partir de distintos mecanismos fisiopatológicos. Numerosos estudios han descrito diversas manifestaciones cardiovasculares vinculadas al COVID-19 mediante distintos métodos diagnósticos. Sin embargo, existen reportes aislados acerca de los hallazgos electrocardiográficos.

Objetivos: El objetivo de nuestra investigación fue: a) analizar la información que aporta el ECG de 12 derivaciones en la etapa aguda del COVID-19; b) comparar los ECG de pacientes internados con ambulatorios; c) correlacionar los hallazgos electrocardiográficos con los factores de riesgo cardiovasculares en ambos grupos.

Materiales y Métodos: Entre setiembre de 2020 y abril de 2021 fueron incluidos pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 que estuvieran cursando la enfermedad durante los primeros 15 días de detectada. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que: a) tuvieran realizado ECG de 12 derivaciones; y b) se conocieran la severidad del cuadro y los antecedentes clínicos. Se excluyeron pacientes con tratamientos farmacológicos que pudieran producir alteraciones electrocardiográficas.

Resultados: Del total de 318 pacientes estudiados COVID-19 positivo agudo, fueron excluidos 66 por ECG incompletos, no interpretables y/o con datos clínicos faltantes. De los 252 COVID-19 incluidos, la edad promedio fue de 58.7 ± 14.8 años y el 60% fueron varones. El 63% presentó alteraciones del ECG, siendo esto más frecuente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (71% vs. 51%, $p = 0.002$); incluyendo alteraciones de la repolarización ventricular (ST-T) en el 39%; 23% con alguna forma de arritmia cardíaca (8% presentó fibrilación auricular); 19% con ritmo sinusal con frecuencia cardíaca (FC) superior a 100 l/min o inferior a 50 l/min; 18% con bloqueo y/o hemibloqueo de rama (Bloq); 9% con signos de hipertrofia ventricular izquierda (HVI); y 2% con infarto agudo de miocardio (IAM). Las diferencias clínicas entre pacientes internados (Pi, n= 74) y ambulatorios (Pa, n= 178) fueron: edad (Pi, 67.2 ± 13.6 años vs. Pa, 55.2 ± 13.8 , $p < 0.0001$); antecedente de hipertensión arterial (Pi, 49% vs. Pa, 31%, $p = 0.001$) y dislipidemia (Pi, 28% vs. Pa, 16%, $p = 0.02$). De los Pi, el 99% presentó alguna alteración del ECG comparado con el 48% de los Pa ($p < 0.0001$); incluyendo alteración ST-T, Pi 76% vs. Pa 24%, $p < 0.0001$; arritmia cardíaca, Pi 53% vs. Pa 11%, $p < 0.0001$; ritmo sinusal con frecuencia cardíaca (FC) superior a 100 l/min, Pi 37% vs. Pa 8%, $p < 0.0001$; Bloq, Pi 27% vs. Pa, 14%, $p = 0.01$; e IAM, Pi 8% vs. Pa 0, $p < 0.0001$.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con COVID-19 evaluados durante la etapa aguda de la enfermedad presentó hallazgos patológicos en el ECG, incluyendo, con mayor frecuencia, alteraciones de la repolarización ventricular, arritmias cardíacas, taquicardia sinusal y bloqueos de rama y/o hemibloqueos. Si bien en este estudio no demostramos una relación causa-efecto, la mayor prevalencia en pacientes internados debería estimular la pesquisa de probables complicaciones cardiovasculares subclínicas.

0578 - ANÁLISIS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON SUPRADESIVEL DEL ST DURANTE EL ÚLTIMO CUATRIMESTRE 2020 EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

TELAYNA (H), Juan Manuel | SOFÍA, Krause | COSTANTINI, Ricardo Andrés | TELAYNA, Juan Manuel

Hospital Universitario Austral

Introducción: En el infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST hay que lograr la reperfusión del vaso en el menor tiempo posible, y es sabido que la angioplastia coronaria con stent es la mejor estrategia de revascularización. Desde Marzo 2020, a raíz de la pandemia por SARS Covid, se decretó en nuestro país una cuarentena estricta con imposibilidad de los pacientes de continuar una correcta atención médica. En el análisis de nuestra casuística del infarto, hemos detectado un pico de infartos con elevación del ST durante el último cuatrimestre del 2020, coincidente con una liberación parcial de la cuarentena.

Objetivos: Analizar el status clínico, del procedimiento y resultados del grupo de pacientes con supradesnivel del ST tras el efecto de seis meses de pandemia.

Materiales y Métodos: Desde el año 2014 a Diciembre 2020 se realizaron en el Hospital Universitario Austral 2266 procedimientos de angioplastia coronaria, de los cuales 291 fueron infartos agudos de miocardio con elevación del segmento ST. Se formaron dos grupos: Grupo A 2014-Agosto 2020 (n=270), y grupo B, Septiembre-Diciembre 2020 (n=21). Las características basales fueron, grupo A y B, respectivamente n(%): Edad 60.5±11.5 vs 59.6±12.8; varones 232(86) vs 18(86); hipertensión arterial 161(60) vs 7(33) p=0.01; diabetes 54(20) vs 3(14); dislipidemia 135(50) vs 6(29) p=0.05; tabaquismo 172(64) vs 13(62); insuficiencia renal crónica 11(4) vs 0; IAM previo 47(17) vs 3(14); CRM previa 9(3) vs 0; ATC previa 61(23) vs 4(19); FEY 50.6±12.5 vs 50.7±11.1. Presentación al ingreso: KK A 227(84) vs 13(62) p=0.01; KK B 31(11) vs 6(29) p=0.02; KK C 5(2) vs 0; KK D 7(3) vs 1(5); Tiempo-consulta en minutos 213.8±295.4 vs 612±1352.6 p<0.001; tiempo puerta balón en minutos 92.7±52.6 vs 119.5±69.5 p=0.02. Angiografía: vaso culpable DA 130(48) vs 10(48); CD 85(31) vs 7(33); CX 53(20) vs 4(19); TCI 1(0.5) vs 0; enfermedad multivaso 136(50) vs 9(43); revascularización completa misma sesión 44(16) vs 0; revascularización completa misma internación 38(14) vs 4(19); TIMI 0 basal 162(60) vs 14(67); acceso radial 211(78) vs 16(76); número de stents 2±1.2 vs 1.5±1.1 p=0.06; longitud de stents en mm 43.2±25.9 vs 30.4±24.9 p=0.03; uso mayor a 6Fr 30(11) vs 3(14); uso de tromboaspirador 32(12) vs 2(10).

Resultados: Durante el último cuatrimestre del año 2020 se detectó un pico de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (21 en total para un promedio por cuatrimestre de 12). Los resultados fueron, grupo A y B, respectivamente n(%): Éxito técnico 268(99) vs 20(95) p=0.07; éxito clínico 264(98) vs 20(95); TIMI 3 final 263(97) vs 19(90) p=0.07; muerte intrahospitalaria 11(4) vs 2(10) p=0.2; muerte intrahospitalaria cardíaca 9(3) vs 1(5); oclusión coronaria aguda 4(1) vs 2(10) p=0.01; sangrado mayor 5(2) vs 0.

Conclusiones: Los pacientes del tercer cuatrimestre del año 2020 tenían menor prevalencia de hipertensión arterial y dislipidemia. En su presentación se trataron de casos eran más graves (mayor presencia de KKB al ingreso) y consultas tardías (mayor tiempo inicio de síntomas-consulta). El tiempo puerta balón en dichos pacientes también fue mayor, probablemente por la demora en la atención hospitalaria en el contexto de la pandemia. En cuanto a los resultados se observó una mayor incidencia de oclusión coronaria aguda en este grupo, quizá por el tamaño de la muestra. No encontramos diferencia en mortalidad cardíaca intrahospitalaria.

0579 - EFICACIA EN USO DE MODULO DE ÍNDICE DE ABLACIÓN PARA TRATAMIENTO DE LA FIBRILACION AURICULAR. EXPERIENCIA EN UN CENTRO NACIONAL.

Unidad Temática: Arritmias y Electrofisiología

BASILE, Federico | BOCHOEYER, Andrés | VECCHIO, Nicolas | LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz | MILITELLO, Claudio | SCHNETZER, Maria Natalia

Sanatorio Trinidad Palermo

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (RF) de las venas pulmonares (VP) es en la actualidad un tratamiento probado para el control del ritmo en pacientes con fibrilación auricular (FA). Actualmente la eficacia en el aislamiento de las VP es variable, con evidencia de reconexión de hasta el 60% según la serie analizada. Es por ello que en busca de mejorar los resultados se ha impulsado el desarrollo de sistemas de mapeo electroanatómico asociados al uso de algoritmos para la medición de la fuerza de contacto, el voltaje, el tiempo del pulso aplicado y la estabilidad del catéter en el sitio de ablación. A nivel internacional se ha reportado que el uso de estas tecnologías es

seguro y muestran una eficacia superior a los métodos tradicionales de ablación. El objetivo del presente trabajo es reportar los resultados de la aplicación de estas tecnologías en un centro de Argentina.

Objetivos: Exponer la experiencia de trabajo en ablación de FA utilizando algoritmos predefinidos de ablación.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de un único centro, que analizó 15 pacientes ablacionados con el uso de sistema de mapeo CARTO (Biosense Webster) con protocolo de ablación guiado por Índice de Ablación (IA) y Módulo CARTO VISITAG (Biosense Webster), entre Septiembre 2020 y Abril 2021. Se utilizó un protocolo predefinido de IA con los siguientes parámetros: fuerza de contacto mayor a 5g por 30% del tiempo de aplicación y estabilidad de catéter 3mm por 3 segundos. Se aplicó RF hasta IA de 400 en cara posterior y 550 en cara anterior de las VP. La distancia máxima entre lesiones se determinó en 5mm. Se realizó ablación antral amplia en todos los casos (Figura 1). Se realizaron maniobras para constatar aislamiento completo de VP al completar las aplicaciones y luego 30 minutos

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con FA paroxística (53%) y persistente. La edad media fue de 58 años. Doce de los pacientes eran hombres (80%), 9 eran hipertensos (60%). Un solo paciente presentaba Fey menor al 50%. (Tabla 1). Se constató 100% de éxito con ablación completa de venas pulmonares. El tiempo medio de procedimiento fue de 143 minutos, con tiempo de fluoroscopia medio de 11.6 minutos. No se produjeron complicaciones. No se han registrado recurrencias al mes y a los dos meses de realizada la ablación

Conclusiones: La aplicación de algoritmos con uso de Índice de Ablación para guiar procedimientos es efectiva y segura para el aislamiento de VP, con adecuados tiempos de procedimiento y de fluoroscopia.

Figura 1

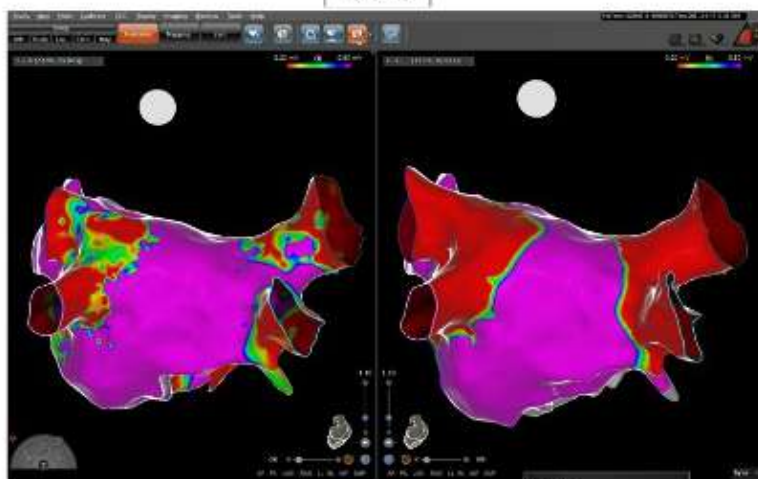


TABLA 1		Pacientes (N=15)
Edad media		58,6 años
Hombres		12 (80%)
FRCV		
	HTA	9 (60%)
	DLP	1 (6,6%)
	DBT	2 (13,3%)
FA paroxística		9 (60%)
F8VI media		56,30%
Area AI media		24,5 mm ²
Tiempo RX medio		11,6 min
Tiempo Procedimiento medio		143,6 min
Tratamiento		
	Amiodarona	8 (53,3%)
	Flecainida	4 (26,7%)
	Nebivolol	2 (13,3%)
	Sotalol	1 (6,6%)
Anatomía vascular		
	Supernumerarias	1 (6,6%)
	Tronco común	2 (13,3%)

0581 - ANÁLISIS DE LAS VARIABLES TOMOGRÁFICAS DE PREDICCIÓN DE EVENTOS EN SUJETOS CON TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN

Unidad Temática: Trombosis y Hemostasia

PÉREZ BEC, Marina Raquel | ROJANO, Samer Abraham | GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | ZAIDEL, Ezequiel José | JIMENEZ, Juan Cruz | CESTARI, Horacio Germán | MELE, Eduardo Fernando | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes

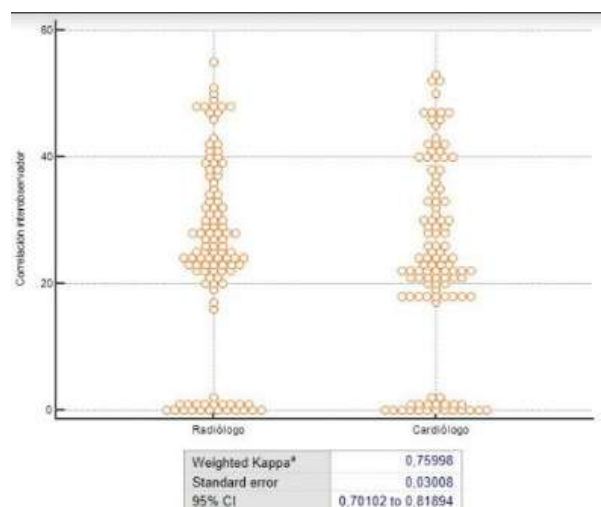
Introducción: La tomografía axial computada (TAC) es uno de los estudios de imágenes más útiles para el diagnóstico del tromboembolismo de pulmón (TEP), con un valor predictivo positivo del 86% para la presencia de defectos intraluminales en el tronco de la arteria pulmonar o las ramas lobares. La TAC podría también establecer pronóstico en el TEP mediante diferentes variables (diámetro de tronco de arteria pulmonar, y sus ramas, relación VD/VI, y presencia de reflujo a nivel de la vena cava inferior, VCI). Para ello, el cardiólogo clínico debe estar capacitado para reconocerlos.

Objetivos: El objetivo fue comparar las mediciones de parámetros tomográficos de pronóstico en el TEP del médico de diagnóstico por imágenes entrenado y un cardiólogo clínico.

Materiales y Métodos: Se evaluaron las tomografías de pacientes con TEP de una base de pacientes de un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires de Enero a Abril de 2021. Todas las tomografías se realizaron en un equipo Philips® multislice de 16 filas de detectores, utilizando contraste tomográfico convencional. Un especialista en diagnóstico por imágenes realizó un informe inicial de los parámetros y luego un cardiólogo clínico realizó las mismas evaluaciones, ambos en forma ciega. Las 10 variables analizadas fueron: diámetro de tronco de arteria pulmonar común, rama izquierda y derecha, AD, VD, VI, VCS y VCI relación VD/VI, y grado de reflujo en VCI). Se realizó coeficiente de correlación Kappa de Cohen, utilizando el programa MedCalc®

Resultados: Cada uno de los evaluadores analizó 110 determinaciones tomográficas en 11 sujetos con TEP confirmados en el período de estudio los cuales correspondían a riesgo intermedio-bajo e intermedio alto de la clasificación europea. La edad promedio fue 73 años y 45% eran de sexo femenino. 5 de los 11 casos correspondían a TEP en contexto de COVID-19. Se halló una elevada concordancia entre los dos observadores (kappa de Cohen : 0.75 , IC 95% 0.70-0.71). (figura 1).

Conclusiones: Se halló elevada concordancia entre el médico especialista en diagnóstico por imágenes y el cardiólogo clínico en la asignación de valores tomográficos . Estos resultados avalan el uso a mayor escala de las variables pronósticas tomográficas por el cardiólogo clínico para la toma de decisiones en guardia en pacientes con TEP.



0585 - EL SCORE DE HEART, HERRAMIENTA NECESARIA Y PREDICTIVA EN LAS UNIDADES DE DOLOR TORACICO.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

VIZCARRA, Sergio Adrián | ALUSTIZA, Walter Ramon | BISUTTI, Julio Hector | VENTRICALI, Javier Fabian | ZARATE, Luis Alberto | VILLAGRA, Lorena Gabriela | ACOSTA, Hernan Jose Felipe | MARTURANO, María Pía

Sanatorio Pasteur de Catamarca

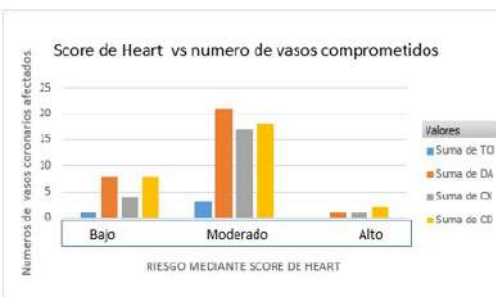
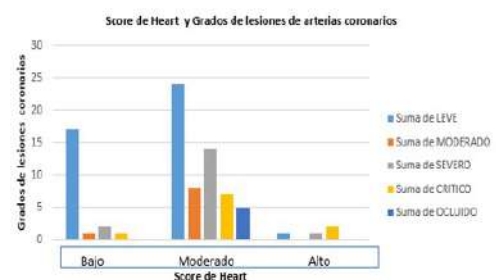
Introducción: Se realizó un análisis observacional de cohorte - retrospectivo de una muestra desde octubre a diciembre del 2020, que consultaron por dolor precordial por guardia central con diagnósticos de ingreso hospitalario de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST., Para realizar unidad de dolor torácico.

Objetivos: Analizar la utilidad del score de Grace y score de Heart como predictor de enfermedad coronaria en la población de Síndrome agudo sin elevación del segmento ST (SCANST).

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en un único centro incluyendo 57 pacientes (pac.), con diagnóstico de ingreso SACNST, Todos los estudios hemodinámicos y Ecocardiográficos fueron realizados por operadores entrenados. Las Variables cualitativas fueron comparadas utilizando tablas de 2x2, Las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas y utilidad a los scores de riesgo Grace y Heart.

Resultados: Sexo masculino 53 % vs 47 % para el sexo Femenino. Con una edad de 63±14. Factores de Riesgo se evidencia la predominancia Hipertensión Arterial 61.4%, Dislipemia 42.1%, Diabetes Tipo II 24.5%, Tabaquismo 17.5%, Enfermedad coronario conocida 17.5%, Insuficiencia Renal Crónica 10.5%, Insuficiencia Cardíaca 10,5 % y Enfermedad vascular periférica 33.3%. Dolor típico 35.0%, ECG con infra desnivel del ST 17.5%, Troponina ultrasensible mayor a 14 tenían el 50.8%. Score de Grace bajo riesgo 49.1%, moderado riesgo 31.5%, alto riesgo 19.2%; Score de heart bajo riesgo 43.8%, moderado riesgo 49.1%, alto riesgo 17.0%. Se realiza cinecoronariografía al 64.9%, en la misma se evidencia compromiso de arteria tronco de coronaria izquierda 7.0%, Arteria coronaria Descendente Anterior 52.6%, Arteria coronaria Circunfleja 38.5%, Arteria coronaria Derecha 49.1%. De acuerdo al tipo de lesión se consideran Leves a 42 vasos, Moderadas 9 vasos, Severas 17 vasos, Criticas 10 vasos, ocluidas 5 vasos. Al realizar un análisis descriptivo, se evidencia que el score de heart en su riesgo moderado tiene mejor perfil para predecir compromiso vascular coronario que el score de Grace.

Conclusiones: El score de heart tiene un perfil más refinado para predecir el riesgo entre ellos el grado de lesión y compromiso arterial coronario en respecto al score de Grace. Esto le da ese perfil de seguridad para optimizar dicha herramienta en las unidades de dolor torácico.



0588 - EL INDICE LEUCOGLUCEMICO Y SU UTILIDAD EN LAS UNIDADES DE DOLOR TORACICO.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

PAEZ, Diego Nicolas | ALUSTIZA, Walter Ramon | VENTRICE, Javier Fabian | BULACIOS, Marcelo Eduardo | BISUTTI, Julio Hector | DR GORNO VIDELA, Rodrigo | DRA. NOBLEGA, Micaela | MARTURANO, María Pía

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Se realizó un análisis observacional de cohorte - retrospectivo de una muestra desde octubre a diciembre del 2020, que consultaron por dolor precordial por guardia central con diagnósticos de ingreso hospitalario de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST., Para realizar unidad de dolor torácico.

Objetivos: Analizar la utilidad del Índice Leuco glucémico (ILG) como test de asociación de enfermedad coronaria significativas, en la población de Síndrome agudo sin elevación del segmento ST (SCANST).

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en un único centro incluyendo 57 pacientes (pac.), con diagnóstico de ingreso SACNST, Todos los estudios hemodinámicos y Ecocardiográficos fueron realizados por operadores entrenados. las Variables cualitativas fueron comparadas utilizando tablas de 2x2, test estadístico de Chi-cuadrado. Las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas. Se estableció como límite de la significación el resultado de los estadísticos si $p < 0,05$, con Intervalos de confianza del 95% (IC).

Resultados: Sexo masculino 53 % vs 47 % para el sexo Femenino. Con una edad de 63 ± 14 . Factores de Riesgo se evidencia la predominancia Hipertensión Arterial 61.4%, Dislipemia 42.1%, Diabetes Tipo II 24.5%, Tabaquismo 17.5%, Enfermedad coronario conocida 17.5%, Insuficiencia Renal Crónica 10.5%, Insuficiencia Cardíaca 10,5 % y Enfermedad vascular periférica 33.3%. Dolor típico 35.0%, ECG con infra desnivel del ST 17.5%, Troponina ultrasensible mayor a 14 tenían el 50.8%. Score de Grace bajo riesgo 49.1%, moderado riesgo 31.5%, alto riesgo 19.2%; Score de heart bajo riesgo 43.8%, moderado riesgo 49.1%, alto riesgo 17.0%. Se realiza cinecoronariografía al 64.9%, en la misma se evidencia compromiso de arteria tronco de coronaria izquierda 7.0%, Arteria coronaria Descendente Anterior 52.6%, Arteria coronaria Circunfleja 38.5%, Arteria coronaria Derecha 49.1%. De acuerdo al tipo de lesión se consideran Leves a 42 vasos, Moderadas 9 vasos, Severas 17 vasos, Críticas 10 vasos, ocluidas 5 vasos. Observando las variables glucemias y leucocitos con valores elevados, se decide estimar el Índice leucoglucémicos (ILG) como test de asociación de lesiones coronarias significativas con una $P < 0.044$, $R^2 = 0.931$.

Conclusiones: El ILG en las unidades de dolor torácico, presenta utilidad ya que se asocia con lesiones coronarias significativas y también su uso permite distinguir mejor a las poblaciones de riesgo.

0589 - ¿QUÉ PASÓ CON NUESTROS PACIENTES DURANTE LA PRIMERA OLA DE COVID-19 EN 2020?

Unidad Temática: Covid-19

BAUZÁ LEDESMA, María Cecilia | FERNANDEZ, Susana | TANTALEAN DIAZ, Sandra Karina | BAUER, Nadia Soledad | PANIAGUA RAMOS, Jairo Armando | GIMÉNEZ PALACIOS, Julia | ORTIZ, Patricia Laura

Hospital General de Agudos Evita (Ex Araoz Alfaro)

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 en la que nos vemos inmersos trajo múltiples repercusiones en la salud de nuestros pacientes. La falta o el retraso en la consulta influyó negativamente en la salud de la población con patología cardiovascular previa que llegó en malas condiciones a la atención médica; independientemente de la presencia o no de la infección por SARS-CoV-2. En nuestra experiencia, se recibió menor número de consultas. Durante el año 2020 se externaron de la Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos del HIGA Evita un total de 154 pacientes, lo que representa un 38.15 % menos que el año anterior. El porcentaje de infectados con tórpida evolución por representar una población de alto riesgo redundó también en una mayor mortalidad.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las internaciones en la Unidad de Internación de Cuidados Intermedios de Cardiología del HIGA Evita, durante el período desde 01 de Enero del 2019 al 31 de Diciembre del 2020; lo que hizo un total de 403 pacientes analizados. Se estratificó el análisis en base a infección por SARS-CoV-2 y la evolución intra-hospitalaria medida como necesidad de procedimientos de alta complejidad, revascularización por Hemodinamia o Cirugía, Cirugías Valvulares y colocación de marcapasos o cardiodesfibriladores implantables.

Resultados: Se analizaron 403 pacientes, de los cuales, 249 correspondieron al año 2019 y 154 al año 2020; se clasificaron los egresos en tres categorías: Insuficiencia Cardíaca (IC), Síndromes Coronarios Agudos (SCA) y otros. El mayor porcentaje de internados correspondió a cuadros de IC en un 58% en 2019 y 64% en 2020, con un 29% de SCA en 2019 y un 25% en 2020, con 14% de otras patologías en 2019 y 9.8% durante 2020. La mortalidad en internación pasó de 1,60 % en 2019 a 3,53% en 2020, lo que representa un aumento de 2.1 veces la mortalidad, si se toma la mortalidad alejada post pase a Unidad de Cuidados Críticos, ésta ascendió de 4,9 % en el periodo previo a 8,84% o sea un 80%. La mortalidad global, en los pacientes COVID-19 positivos fue de 5.26%, lo que representa un 49% más que en los pacientes negativos. Los procedimientos de revascularización pasaron de 15,6 % en 2019 a 11.68 % en 2020 lo que representa una disminución de 25,1%, los implantes de MP/CDI se redujeron en un 50%, la indicación de Cirugía Valvular disminuyó drásticamente en 7 veces con respecto al 2019.

Conclusiones: La pandemia por COVID-19 causó un deletéreo efecto sobre la salud cardiovascular de los pacientes, ya que si bien la mortalidad en los cardiopatas que contrajeron la enfermedad fue alta, los efectos de la pandemia fueron mucho más allá; dado que la mortalidad global debida a los factores enunciados duplicó la mortalidad habitual en nuestros pacientes. Inferimos que la consulta tardía al hospital, sumado a la disminución de los procedimientos lleva a un mayor deterioro en el estado de salud de estos pacientes.

0590 - COMO LES FUE A LAS MUJERES DURANTE EL 2020?

Unidad Temática: Corazón y Mujer

ORTIZ, Patricia Laura | FERNANDEZ, Susana | BAUZÁ LEDESMA, María Cecilia | TANTALEAN DIAZ, Sandra Karina
Hospital General de Agudos Evita (Ex Araoz Alfaro)

Introducción: La Pandemia por SARS Cov-2 afecta profundamente a la normal atención de nuestros pacientes cardiológicos, con el consecuente efecto negativo sobre la salud. Como sabemos la patología cardiovascular en la mujer, es subdiagnosticada y subtratada, sumado a esto la demora en la consulta y en la atención que conlleva la pandemia actual, traen aparejada una mayor morbimortalidad; esta fue nuestra motivación para realizar el presente estudio.

Objetivos: Evaluar la evolución intrahospitalaria y mortalidad de las pacientes femeninas, internadas en la Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología del Hospital Interzonal General de Agudos, Evita.

Materiales y Métodos: se analizaron las internaciones en la Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología del HIGA Evita de Lanús, durante el período comprendido entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del 2020, que incluyó la primera ola de Covid 19 en nuestro País. De 158 pacientes en total, el 29% (46) fueron del sexo femenino. Se enfocó el análisis en la evolución hospitalaria, la necesidad de procedimientos de alta complejidad, las comorbilidades y la mortalidad asociada o no a la infección por Covid 19.

variable	mujeres	hombres
EDAD	72.28	61.61
FEVI	40%	37.5%
HTA	52.17%	51.30%
DIABETES	21.17%	20%
DISLIPEMIA	17.39%	20%
TABAQUISMO	32.60%	37.39%
OBESIDAD	23.91%	9.5%
CARD. ISQUEMICA	30.43%	50.43%
FIBRILACION AURICULAR	32.60%	15.65%
INSUF. RENAL	6.52%	6.08%
EPOC	6.52%	8.69%
ANEMIA	4.34%	2.60%
CANCER	6.52%	2.60%
COVID+	23.90%	23.47%



Resultados: El promedio de edad de las pacientes analizadas fue de 72.28 años, vs 61,61 en hombres. El porcentaje de pacientes infectadas con Covid 19, fue de 23,9%. La mortalidad global fue de 4,34% (9,09% en Covid 19 positivas vs 2.85% en la no infectadas) y de 1.78% en hombres (1,17% en hombres negativos y 3.70% positivos respectivamente). El 35% de las pacientes tenían un deterioro moderado a severo de la función sistólica ventricular izquierda. El porcentaje de revascularización entre las mujeres fue de 8.69% vs 14.81 % en hombres. La evolución desfavorable con requerimiento de pase a Unidad de cuidados Críticos fue de 13% en las mujeres, con un 11.42% pacientes Covid negativas vs el 18.80% en las positivas, vs 12.50% en hombres, (14.81% en positivos y 11.76% en negativos).

Conclusiones: En nuestro estudio las mujeres presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria, especialmente las pacientes que contrajeron la infección por Covid 19, las cuales triplicaron la mortalidad con respecto a sus pares negativas con un riesgo relativo (RR) de 3,1 y tres veces más que en los hombres positivos (RR 3,3) independientemente de la necesidad de procedimientos de revascularización, esto se interpreta debido a que se trata de pacientes más añosas, con mayor deterioro del estado general y mayor número de comorbilidades.

0592 - PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES COVID 19 POSITIVOS INGRESADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS CARDIOLÓGICOS DEL HIGA EVITA.

Unidad Temática: Covid-19

TANTALEAN DIAZ, Sandra Karina | FERNANDEZ, Susana | BAUZÁ LEDESMA, María Cecilia | PANIAGUA RAMOS, Jairo Armando | HERRERO, Jessica Anahí | AMOR, Pablo Alejandro | ORTIZ, Patricia Laura
Hospital General de Agudos Evita (Ex Araoz Alfaro)

Introducción: La prevalencia de afectación cardíaca por SARS Cov2 varía según las series publicadas de 17 a 40%, es más frecuente entre pacientes con cuadros graves y ésta se pone de manifiesto por la elevación de Troponinas y otros

marcadores como NTProBNP y Dímero D; lo cual tiene un valor pronóstico ya que determina mayor probabilidad de Infartos agudos de Miocardio, Miocarditis, arritmias y muerte, tanto de aparición súbita, como descompensación de enfermedades preexistentes. Los mecanismos de lesión incluyen, tanto la acción directa del virus a través de la ECA2, como la respuesta inflamatoria, causando miocarditis, endotelitis, daño microvascular, estados protrombóticos e inflamación sistémica (SIRS), lo que da lugar a las distintas presentaciones clínicas.

Objetivos: Analizar y evaluar las distintas presentaciones clínicas, en pacientes cardiológicos con infección por SARS Cov 2, internados en la Unidad de Cuidados intermedios de cardiología del HIGA Evita.

Materiales y Métodos: Se analizaron las internaciones por Covid 19 en la Unidad de Internación de Cuidados Intermedios de Cardiología del HIGA Evita, desde el 01 de Abril del 2020 al 30 de Abril del 2021, se incluyeron 68 pacientes, se realizó el análisis, poniendo énfasis en la presentación clínica, la evolución hospitalaria y la mortalidad.

Resultados: Se analizaron 68 pacientes, de los cuales, 27,9% (46) fueron mujeres, la edad promedio fue de 66,9% (72,28 en mujeres y 61,61 en hombres), las presentaciones clínicas, se clasificaron en Síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST (SCACEST) 16,17% (11), Síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST) 20,58% (14), Insuficiencia Cardíaca descompensada 55,88% (38) de los cuales 15,8% (6) fueron Insuficiencias cardíacas de Novo, Miocarditis en 2,9% (2) , 1,5% (1) Tromboembolismo de Pulmón y 3% (2) con arritmia, de los cuales 1 presentó Bloqueo trifascicular con bradicardia que requirió marcapasos definitivo. La mortalidad por Covid 19 fue de 2.94% (5,26 en mujeres y 2,04% en hombres) lo que comparado con la mortalidad de los pacientes no Covid 19 del período previo, de 1,60% representa un riesgo relativo global de 1.83, siendo de 3.28 para las mujeres y 1.27 en hombres.

Conclusiones: En este análisis hemos observado una mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca descompensada como principal presentación, ya sea por descompensación de patología preexistente o de novo. Se podría considerar que este grupo de pacientes es más susceptible a la infección por Sars cov 2 debido a que son pacientes añosos con mayor comorbilidad que determina un curso clínico más severo.

0601 - REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA 2 (RADAC 2). ACCESOS VASCULARES: PREVALENCIA DE USO Y COMPLICACIONES.

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

NITTI, Nicolàs | GUIROY, Juan | MARTINO, Guillermo Raúl | LEGUIZAMON, Jorge Hugo | PALACIOS, Alejandro | DUARTE, Ernesto Ramon | ZANUTTINI, Daniel | TORRESANI, Ernesto Marcelo

Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionista (CACI)

Introducción: Con el uso creciente de vía radial como acceso a procedimientos endovasculares diagnósticos y/o terapéuticos se ha ido poniendo en tela de juicio la vía femoral al extremo tal que en algunos reportes hasta se contraindica. Si bien los datos aquí expuestos no son el resultado de un estudio randomizado tienen la ventaja de poder mostrarnos lo que sucede en la vida real.

Objetivos: Analizar la prevalencia de uso y complicaciones relacionadas con los accesos vasculares utilizados en las angioplastias coronarias incluidas en el registro RADAC2.

Materiales y Métodos: Por iniciativa del CACI en septiembre de 2019 comenzó el RADAC2 como un registro de cohorte prospectivo y multicéntrico de las angioplastias coronarias (ATC) realizadas en los centros participantes. En el período septiembre 2019/septiembre 2020, 38 Centros Médicos (CM) de 15 provincias de Argentina incluyeron 2.256 pts. Los investigadores debieron consignar posibles complicaciones para la vía radial como: a) Espasmo que requiere el cambio de vía, b) Hematoma ≥ 3 (Bertrand), c) Disección, d) Perforación, e) Pseudoaneurisma, f) Isquemia de la mano, g) Fístula AV, h) Eversión endotelial, i) Inflamación granulomatosa, j) Infección y/o k) Necesidad de reparación quirúrgica y para la femoral a) Gran hematoma, b) Pseudoaneurisma, c) Fístula AV, d) Isquemia del miembro inferior, e) Infección y/o f) Necesidad de reparación quirúrgica. Las variables continuas fueron reportadas como media \pm desvío estándar o mediana y rango intercuartil, de acuerdo con su distribución. Las variables categóricas fueron reportadas como porcentajes.

Resultados: Se analizan 2.256 pts. con una edad de 64.16 ± 11.17 años, 73.09% hombres. Se realizaron 2.544 ATC con un Éxito Primario Global de 92.93%. El número de procedimientos necesarios para resolver los casos fueron: 1: en 93.53%, 2: en 6.26% y 3: en 0.2%. Se utilizó la vía radial en 60.3%, femoral: 39.4% y humeral: 0.29%. En $\geq 65\%$ de los casos el 55.26% (21/38 CM) utilizaron la vía radial y el 15.78% (6/38 CM) prefirieron la vía femoral, habiendo estado balanceada (49.48% - rango: 38.09% - 57.14% = Radial/Femoral) en 26.31% (11/38 CM). Se objetivaron complicaciones

vinculadas al acceso femoral en 0.52% (Hematomas 4 pts, Pseudoaneurisma 1 pts) y radial en 0.69% (Espasmo 5 pts, Hematoma 5 pts). Ningún paciente requirió reparación quirúrgica.

Conclusiones: En el registro RAdAC 2 la vía radial aparece como la más utilizada reflejando lo que sucede en la mayoría de los CM del presente. Sin embargo, en nuestro medio la vía femoral continúa vigente, y si bien algunos operadores prefieren una u otra vía, alrededor de 1/3 (26.31%) utilizaron ambas en forma indistinta, quedando pendiente hallar los condicionantes que motivaron la elección. Es destacable que la incidencia de complicaciones relacionadas con los accesos vasculares en el registro RAdAC 2 es muy baja tanto en la vía radial como en la femoral.

0611 - ALTA INCIDENCIA DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS SISTÉMICOS EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS AL COMPARADO CON PACIENTES CON AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA

Unidad Temática: Trombosis y Hemostasia

VILLANUEVA, Eugenia | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | AGUIRRE, Maria Adela | MARIA LOURDES, Posadas-martinez | NUCIFORA, Elsa | ROSSI, Emiliano | BELZITI, César Antonio | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes con amiloidosis cardíaca tienen un mal pronóstico debido al desarrollo de insuficiencia cardíaca, arritmia auricular y eventos tromboembólicos. En pacientes con la amiloidosis de tipo cadena ligera (AAL), el daño endotelial, la fracción de eyección deprimida y el estado procoagulante asociado al síndrome nefrótico pueden estar asociados con un mayor riesgo de trombosis sistémica comparado con otros tipos de amiloidosis.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar, en pacientes con amiloidosis y compromiso cardíaco, si la incidencia de eventos tromboembólicos sistémicos es mayor en pacientes con AAL comparado con pacientes con amiloidosis por transtiretina (ATTR).

Materiales y Métodos: Diseñamos una cohorte retrospectiva de pacientes adultos con amiloidosis AL y TTR incluidos en el Registro Institucional de Amiloidosis del Hospital Italiano de Buenos Aires en el período 01/01/2010 al 31/08/2020. Registro institucional de amiloidosis (Identificador de ClinicalTrials.gov: NCT01347047). Todos los pacientes fueron seguidos hasta el evento tromboembólico definido como accidente cerebrovascular isquémico (ACV), accidente isquémico transitorio (AIT), isquemia esplénica o periférica, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. Embolismo sistémico incluyó a todos los eventos tromboembólicos que no eran ACV ni TIA. Todos los pacientes tienen afectación cardíaca diagnosticada por amiloidosis sistémica.

Resultados: En total, se incluyeron 92 pacientes en este estudio, 51,0% (n = 48) con AAL y 48,9% (n = 45) con ATTR. El seguimiento medio fue de 2,35 años ± 2,46. Los pacientes con AAL en comparación con ATTR eran más jóvenes, con mayor frecuencia mujeres, tenían una menor tasa de fibrilación auricular (27.6% vs 73.3%, p <0,001) y anticoagulación oral y menor puntuación CHA2DS2-VASc Score CHAD-Vasc. Los eventos tromboembólicos fueron similar en ambos grupos con AAL (23,4%, n = 11) y en la ATTR (28,8%, n = 13) (p =0,549). Los eventos embólicos sistémicos fueron significativamente más altos en los pacientes con AL en comparación con los pacientes con ATTR (17.0% vs 4.2%, p = 0.045). Sin embargo, los eventos embólicos de ACV o AIT fueron significativamente mayores en los pacientes con ATTR en comparación con los pacientes con AL (24.3% vs 6.3%, p = 0.014). Además, los pacientes con ritmo sinusal tuvieron mas eventos tromboembólicos en el grupo AAL en comparación con el grupo ATTR (p = 0,050).

Conclusiones: La tasa de eventos tromboembólicos sistémicos fue mayor en los pacientes con AL en comparación con los pacientes con ATTR. Además, se encontró que el subconjunto de pacientes con amiloidosis AL con ritmo sinusal tiene una tasa más alta de eventos tromboembólicos en comparación con los pacientes con ATTR, lo que sugiere que la amiloidosis AL podría ser un factor de riesgo de eventos tromboembólicos. La tasa de accidente cerebrovascular o AIT fue mayor en los pacientes con ATTR en comparación con los pacientes con AL. Estos hallazgos destacan que un umbral bajo para el tratamiento anticoagulante en pacientes con amiloidosis

0615 - RELACION CLINICA-HISTOGICA EN RESULTADOS DE CIRUGIA DE AORTA ASCENDENTE CON VALVULA BICUSPIDE Y TRICUSPIDE

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

GUTIÉRREZ, Guillermo | MELCHIORI, Renzo Eduardo | BASTIANELLI, Gustavo Atilio | CLUSA, Nestor Manuel | BARATTA, Sergio Juan | MORALES, María Celina | HITA, Alejandro | VACCARINO, Guillermo

Hospital Universitario Austral

Introducción: Se ha recomendado una postura más agresiva hacia la resección de la aorta dilatada cuando se asocia con la válvula aórtica bicúspide, basándose en la noción de que las propiedades del material aórtico son más débiles en este contexto, a pesar de los escasos datos que apoyen o refuten esta posición.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue comparar las características macroscópicas de las aortas de los pacientes operados con las características de su histoarquitectura.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de cohorte retrospectiva de pacientes con cirugía de aorta ascendente realizadas en el Hospital Universitario Austral, entre enero de 2014 y diciembre de 2019, las cuales ingresaron de forma electiva, urgencia y emergencia. Se dividió la población en dos grupos, asociado a válvulas aórticas bicúspides (AoBi) y tricúspides (AoTri), con o sin reemplazo valvular aórtico. Se realizaron análisis univariado y multivariado de las características poblacionales, diámetros hallados en la macroscopia, su relación con la anatomía patológica (Grado de destrucción de la capa media Larson G1, G2, G3, G4) y los resultados post operatorios.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes consecutivos que reunían las características para ingresar en el trabajo, grupo AoBi, N=35, 46.7% AoTri, N=40, 53.3%. Las características preoperatorias de ambos grupos se ven reflejadas en la tabla 1, con una media de edad significativamente menor en el grupo AoBi sobre el grupo AoTri (50.2% vs 63.8%, p: < 0.0001,

respectivamente), con una tendencia mayor de pacientes de sexo masculino en el grupo AoBi (p:0.097). También se observó una mayor predisposición de pacientes hipertensos (85%vs62.8%) y dislipémicos (57.5%vs34.2%) en el grupo AoTri. No presentaron diferencias significativas las demás variables preoperatorias como tabaquismo, diabetes, EPOC, Insuficiencia cardíaca, IRA y ACV previo. La prioridad de los procedimientos fue AoBi (Electivo 15, 42.85%, urgencia 12, 34.3%, emergencia 8, 22.85%) y en AoTri (Elec 16, 40%, urg 10, 25%, emerg 14, 35%). De los pacientes estudiados en el grupo AoBi presentaron 91.4% de degeneración G4, y solo el 8.6% G3 mientras que el grupo AoTri presentó 95% G4 y 5% sumando los G2 y G3. En cuanto al grosor de la pared aórtica, se observó un tamaño significativamente menor en el grupo AoBi que en el grupo AoTri (2.1mm vs 2.8mm. P:0.04) respectivamente. La relación entre el grado de dilatación de aorta ascendente (máxima medición preoperatoria por ETT, ETE o TC) no tuvo diferencias entre ambos grupos. En cuanto a los resultados post operatorios, la mortalidad no mostró diferencias entre ambas cohortes AoBi vs AoTri, (2.8%vs7.5%, p:NS) y no se vio afectada por la prioridad del procedimiento o el grado de lesión. Tampoco hubo diferencias significativas en complicaciones, ACV (0%vs5% p:NS), IRA (2.8%vs7.5% p:NS), reoperación por sangrado (2.8%vs0% p:NS) y mediastinitis (0%vs7.5% p:NS).

Conclusiones: En nuestros resultados la población AoBi presentó un espesor de la pared aórtica significativamente menor que el de AoTri, con diámetros medidos similares y un grado de lesión alto en ambos grupos. Hace falta ampliar el volumen de pacientes para determinar si los hallazgos son coincidentes con lo publicado en la población global.

TABLA 1	AoBi	AoTri	P
Edad	50,2	63,8	<0,0001
Sexo Masc	28 (80%)	25 (62,5%)	0,097
HTA	22 (62,86%)	34 (85%)	0,028
DLP	12 (34,29%)	23 (57,5%)	0,044
TBQ	5 (14,29)	9 (22,5%)	NS
DBT	(0%)	2 (5%)	NS
EPOC	1 (2,86%)	4 (10%)	NS
ICC	5 (14,9%)	4 (10%)	NS
IRA PRE	6 (17,14%)	2 (5%)	NS
ACV PRE	1 (2,86%)	1 (2,5%)	NS

Tabla 1. Características Poblacionales Preoperatorias

Resultados	AoBi	AoTri	P
Óbito	1 pac (2,8%)	3 pac (7,5%)	NS
ACV	(0%)	2 pac (5%)	NS
IRA	1 pac (2,8%)	3 pac (7,5%)	NS
Reop Sang	1 pac (2,8%)	(0%)	NS
Mediastinitis	(0%)	3 pac (7,5%)	NS

Tabla 2. Resultados quirúrgicos grupo AoBi y AoTri

0617 - VALIDACION DE LOS SCORES DE RIESGO QUIRURGICO GLOBAL Y ESPECIFICO EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

GUTIÉRREZ, Guillermo | TORRES, Nicolás Arturo | MELCHIORI, Renzo Eduardo | CLUSA, Nestor Manuel | BASTIANELLI, Gustavo Atilio | BARATTA, Sergio Juan | BILBAO, Jorge | VACCARINO, Guillermo

Hospital Universitario Austral

Introducción: En nuestro país, la mortalidad quirúrgica en pacientes con endocarditis infecciosa continúa siendo elevada, con un valor de 23,5%. La cirugía está indicada en condiciones de alto riesgo y se deben evaluar los principales determinantes de la mortalidad en el tratamiento quirúrgico. En la actualidad poseemos scores de riesgo generales y específicos de endocarditis para la valoración preoperatoria de estos pacientes.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es validar los scores utilizados en la actualidad en dicha patología en relación a los resultados obtenidos en un centro de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico de cohorte retrospectivo en un centro hospitalario de alta complejidad. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de ingreso de EI según criterios de Duke modificados, durante el período marzo 2013 a enero 2019. Todos los pacientes fueron abordados con un equipo multidisciplinario (team EI). Se consideran criterios de intervención la presencia de endocarditis micótica, endocarditis asociada a catéteres implantables con diagnóstico definido de vegetación, nueva regurgitación aórtica o mitral severa aguda, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), alto riesgo embólico puro o asociado a otro criterio, extensión perivalvular, sepsis persistente sin foco extravalvular. En aquellos pacientes de alto riesgo quirúrgico, la indicación quirúrgica se consensuó en team EI. Se realizó valoración de riesgo con Scores globales de riesgo quirúrgico (EUROSCORE II) y específicos para endocarditis infecciosa (RISKE).

Resultados: Se incluyeron un total de 64 pacientes (p) con diagnóstico de EI aguda. El 45,3% (n: 29) recibió tratamiento médico (TM) exclusivo y el 54,7% (n: 35) recibió tratamiento quirúrgico (TQx). En la tabla 1 presentada

Caract/Tto n (%)	MEDICO 29 (45,3)	CIRUGIA 35 (54,7)	p
FEMENINO	8 (27,6)	12 (34,3)	0,6
EDAD	67 (50-74)	54 (39-67)	0,004
DBT	10 (34,5)	5 (14,3)	0,07
CATETER PREV	1(3,5)	1 (2,9)	1
INMUNOSUPRESION	5 (17,2)	1 (2,9)	0,08
FEy <o =35	2 (6,9)	4 (11,4)	0,7
DISPOSITIVO EV	7 (24,1)	9 (25,7)	1
VALV AFEC	23 (79,3)	28 (80)	1
Aortica	14/23 (60)	17/28 (65,4)	0.8
Mitral	8/23 (34,8)	11/28 (39,3)	0.8
Pulmonar	1/23 (4,2)	1/28 (3,6)	1
Tricuspid	1/23 (4,2)	2/28 (7,2)	1

TipoQx/valvula N (%)	Aortica 17 (48,6)	Mitral 11 (31,4)	Tricuspid 0	Pulmonar 1 (2,9)	
RVM	8 (47,1)	5 (45,5)	0	0	
RVB	5 (29,4)	2 (18,2)	0	0	
Plastica	1 (5,9)	4 (36,4)	0	0	
Homoinjerto	3 (17,6)	0	0	9 (25,7)	
Extracción de cables	-	-	-	-	9 (25,7)

se muestran las principales características poblacionales de ambas poblaciones. A la población quirúrgica se les realizó EUROSCORE II y RISKE para la valoración del riesgo preoperatorio, dando un resultado de 18.7 y 24.3 respectivamente. En la tabla 2 se describen el tipo de procedimiento quirúrgico efectuado en los 35p, con un mayor número de reemplazos valvulares mecánicos (47,1%) en el grupo de valvular aortica que se podría explicar con la alta tasa de pacientes jóvenes de la muestra. En el grupo de válvula mitral también prevalece los reemplazos mitrales (45,5%), pero con un número considerable de reparaciones valvulares (36,4), tendencia actual para la resolución de la endocarditis mitral. El 48,4% (n: 31p) presentaron alguna complicación inicial, siendo las más frecuentes las embolias (11 p), en su mayoría periféricas, la presencia de ICC (10 p) e insuficiencia renal aguda (4p). Las principales indicaciones de TQx fueron compromiso extravalvular/sepsis persistente 12 p. (de los cuales 2p presentaban shock), ICC 11 p y riesgo de embolia 7p. La mortalidad total fue del 4,7% (3p.) De los cuales 2p recibieron TM (se encontraban con limitación terapéutica) y falleció 1p (6,9%) de los que recibieron TQx (2,9%). De los p. operados 11 p presentaron complicaciones posquirúrgicas, siendo las más prevalente el shock vasopléjico en 3p (8,6%).

Conclusiones: En nuestros resultados la población bajo tratamiento quirúrgico tuvo una mortalidad menor que la valoración de los scores de riesgo globales y específicos para EI, planteando si en centros de alta complejidad se deberían modificar los scores o determinar scores propios de cada institución para la valoración de los pacientes con esta patología. Hace falta ampliar el volumen de pacientes para determinar si los hallazgos son coincidentes con lo publicado en la población global.

0624 - IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTANEO

Unidad Temática: *Cardiología Intervencionista*

ERRIEST, Juan | GABILONDO, Ivan | GIACHELLO, Carlos Federico | MON NOBOA, Matias Rafael | NUÑEZ, Pablo | PASCUA, Andres

Hospital Italiano de La Plata

Introducción: La estenosis valvular aórtica es la valvulopatía adquirida más frecuente, con una prevalencia de hasta el 4,6% en pacientes mayores de 75 años de edad y la primer causa de cirugía valvular en el adulto. Se estima que más de un tercio de los candidatos a sustitución valvular quirúrgica no se operan, debido a su elevado riesgo quirúrgico, evaluado con scores como EuroSCORE, STS score Argen score y Frailty score. El implante valvular aórtico percutáneo ha permitido poder tratar a esa población de alto riesgo quirúrgico con menor morbilidad.

Objetivos: Analizar los resultados del implante valvular aórtico percutaneo (IVAP) en pacientes con estenosis valvular aórtica severa de alto riesgo. Evaluar la morbi-mortalidad intrahospitalaria y a mediano plazo.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes tratados con IVAP desde marzo de 2015 hasta mayo de 2021. Se evaluaron características demográficas, clínicas, tomográficas y angiográficas, analizándose resultados del procedimiento y complicaciones intrahospitalarias. Se realizó seguimiento que en promedio fue de 36 meses. Población: Características basales de la población. Demografía: n=42; edad promedio: 79,7 años; sexo masculino 58.4%. Factores de riesgo: hipertensión arterial: 29 (69%); dislipemia 30 (71.4%); tabaquismo/ex tabaquismo: 12 (28.6%); diabetes 10 (23.8%). Antecedentes clínicos y estudios complementarios: enfermedad coronaria: 21 (50%), angioplastia coronaria previa 18(43%); insuficiencia renal crónica: 16 (38.1%); disnea CF III/IV: 37 (88%); STS SCORE: 7.52; Euroscore II: 9.56; área valvular aórtica: 0.72 cm²; gradiente máximo instantáneo aórtico: 70.5 mmhg; fracción de eyección del ventrículo izquierdo: 59.5%.

Resultados: Complicaciones periprocedimiento: muertes n=4 (9.5%) (1 asistolia, 1 taponamiento cardiaco, 2 shock cardiogénicos); bloqueos AV n=4 (9.5%); perforación de VD 1 (2.4%); accidente cerebro vascular 1 (2.4%). Muertes no relacionadas a 36 meses: 4 (9.5%)

Conclusiones: El tratamiento percutaneo de la estenosis valvular aórtica en pacientes de alto riesgo es actualmente una opción terapéutica, que ofrece resultados aceptables en términos de morbi-mortalidad a corto y mediano plazo, cuando es realizado por un grupo cardiovascular multidisciplinario experto.

0625 - COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES CON ESTRATEGIA DE ALTA POTENCIA Y CORTA DURACIÓN.

Unidad Temática: *Arritmias y Electrofisiología*

VERGARA, Juan Manuel | SANCHEZ BUSTAMANTE, Santiago | COSTA, Pablo | DUCKWEN, Florencia | FERNANDEZ, Gonzalo | ROSSI, Emiliano | PIZARRO, Rodolfo | MAID, Gustavo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El aislamiento de las venas pulmonares (AVP) es la piedra angular de la ablación de la fibrilación auricular (FA). Desde el año 2018 se utiliza como estrategia la generación de lesiones con alta potencia y corta duración, ya que aumenta la uniformidad de la lesión aumentando la eficacia y la seguridad en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA). Sin embargo, los datos comparativos entre la estrategia convencional y esta nueva estrategia son limitados.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar la seguridad del procedimiento y los resultados de la ablación usando una estrategia de alta potencia y corta duración comparado con los ajustes de potencia convencionales en pacientes sometidos a AVP para FA paroxística.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes que se realizaron AVP para tratamiento de FA en el periodo transcurrido entre los años 2018 y 2020. Se dividieron a los pacientes ablacionados en 2 grupos. Grupo A, pacientes sometidos a ablación de FA con estrategia estándar (30-35 W/30-60 seg), 145 pacientes. Grupo B, pacientes sometidos a ablación de FA con estrategia de alto poder y corta duración (50W/15 seg), 43 pacientes. Se compararon las tasas de éxito primario, complicaciones y recurrencia de FA entre ambos grupos mediante log rank

test. Se comparó el tiempo de procedimiento en ambas estrategias. La recurrencia se definió como cualquier episodio de fibrilación auricular, taquicardia auricular o aleteo auricular ocurrido entre los 3 y 12 meses posteriores a la ablación, que haya sido registrado por ECG, holter, y/o dispositivo implantado y que haya durado más de 30 segundos. Complicación se definió como cualquier evento relacionado al procedimiento que obligó a prolongar la internación programada o requirió de intervención médica. El tiempo de procedimiento se midió desde el momento de la punción transeptal, hasta el retiro del último introductor vascular.

Resultados: La edad promedio de los pacientes incluidos fue de 62,4 años. El seguimiento promedio de ambos grupos fue de 12 meses. La tabla 1 resume las características de los dos grupos. El éxito primario fue de 98.3% y 98.5% en el grupo A y B respectivamente. El total de complicaciones fue de 2.6% y 2.4% en el grupo A y B respectivamente, no hubo diferencia significativa. Las recurrencias en ambos grupos fueron de 22% y 22.1% en el grupo A y B respectivamente. El tiempo de procedimiento promedio fue de 115 minutos en el grupo A, y de 70 minutos en el grupo B, respectivamente ($p < 0.05$)

Conclusiones: En este estudio no se observaron diferencias en cuanto a seguridad y eficacia de ambas estrategias. Si es relevante el menor tiempo de procedimiento cuando se emplea una estrategia de alto poder y corta duración en la entrega de energía. La ablación con alto poder y corta duración parece ser una estrategia segura y eficaz, que acorta los tiempos de procedimiento.

