



SAC 23 *junto con* CARDIOSUR

y el 20° Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

19, 20 y 21 de OCTUBRE 2023

La Rural, Predio
Ferial de Buenos Aires

TEMAS LIBRES



SOCIEDAD
SUDAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA



SOCIEDAD
ARGENTINA DE
CARDIOLOGÍA

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

**Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio DELFINO(1) | Soledad PALACIO (2) | Adrián CHARASK(1)
| Víctor Miguel MAURO(1) | Stella MACÍN(3) | Gerardo ZAPATA(3) | Heraldo D'IMPERIO(1)**

Áreas SAC: Área de Investigación (1); GRUPO ARGEN IAM ST (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)

INTRODUCCIÓN: La OMS define Adulto Mayor a las personas a partir de los 60 años. Es sabido que la mortalidad por infarto aumenta a edades más avanzadas, pero siempre se han utilizado umbrales de edad mayores al propuesto por la OMS por lo cual describir las características y evolución intrahospitalaria de este subgrupo de pacientes se torna relevante.

OBJETIVOS: 1) Conocer la prevalencia de los adultos mayores con infarto con elevación del ST en Argentina y 2) Comparar sus características, tratamientos de reperfusión y mortalidad con los adultos jóvenes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron los pacientes ingresados en el Registro Nacional de Infarto (ARGEN IAM ST). Se definió adulto mayor a los pacientes con 60 o más años. Se compararon las características clínicas, tratamientos y evolución de los Adultos mayores y los adultos jóvenes.

RESULTADOS: 6676 pacientes incluidos. 3626 adultos mayores (54,3%). La edad mediana de los pacientes adultos mayores fue de 63 años mientras que fue de 52 en los adultos jóvenes ($p < 0,005$). Hubo más prevalencia de mujeres: 37,6% vs 31,4% ($p < 0,001$). Los AM fueron más hipertensos: 67,8% vs 47% ($p < 0,001$), más diabéticos (26,1% vs 19,9%, $p < 0,001$), más dislipémicos (45,4% vs 37%, $p < 0,001$), tuvieron más antecedentes coronarios (16% vs 10,3%, $p < 0,001$), más prevalencia de insuficiencia renal con creatinina $> 2\text{mg/dl}$: 6,6 vs 4,3%, $p < 0,001$), menos prevalencia de IAM anterior (51,7% vs 54,5 $p < 0,01$). El tiempo a la consulta de los AM fue mayor (120 min vs 105 min, $p < 0,001$) pero tuvieron similar tiempo total de isquemia: 314 min vs 310, $p: 0,33$. Fue menos probable que recibieran reperfusión 88,6 vs 89,9%, $p: 0,04$, pero recibieron más angioplastia primaria: 91 vs 87,4%, $p < 0,001$. Tuvieron más incidencia de Killip y Kimbal $> A$: 27,3% vs 18,5%, $p < 0,001$. No hubo diferencia en la prevalencia de sangrado: 3,7 vs 3,1%, $p: 0,33$ y tuvieron una mortalidad significativamente mayor: 11,4% vs 5,5%, $p < 0,001$. En el análisis multivariado para mortalidad el ser adulto mayor resultó ser un predictor independiente (OR 1,67 IC 1,27-2,18, $p < 0,001$)

CONCLUSIONES: Más de la mitad de los infartos en nuestro país ocurren en adultos mayores, quienes tienen menos probabilidades de recibir reperfusión. Cuando la reciben es principalmente mediante angioplastia primaria y con tiempos puerta balón similares al resto de los pacientes. Los adultos mayores tienen más insuficiencia cardíaca y el doble de la mortalidad. Ser adulto mayor es un predictor independiente de mortalidad. Dada esta epidemiología sería conveniente incorporar variables de síndromes geriátricos a los datos que registramos habitualmente.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

**Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Esteban FRONTERA(1) | Heraldo D'IMPERIO(1) | Adrian CHARASK(1)
| Maria DEMARCO (2) | Stella Maris MACÍN(3) | María Pía MARTURANO(1) | Joaquín PEREA(2)**

Áreas SAC: Área de Investigación (1); GRUPO ARGEN IAM ST (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)

INTRODUCCIÓN: El ancho de distribución de glóbulos rojos (RDW), un componente de rutina del hemograma, mide la variación en el tamaño de los eritrocitos circulantes y se ha asociado con pronóstico en algunas enfermedades cardiovasculares ya que se relaciona con una respuesta inflamatoria extensa.

OBJETIVOS: Evaluar el valor pronóstico para muerte intrahospitalaria del RDW en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCAconST).

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis prospectivo de los pacientes incluidos en el Registro ARGEN IAM ST durante el 2022 con el dato de

RDW disponible al ingreso. Se definió RDW alto si el mismo era mayor o igual a 15.5% y RDW bajo si era menor a ese valor. Se compararon las características poblacionales de acuerdo al RDW alto o bajo y se realizó análisis uni y multivariado para determinar si el valor de RDW era predictor independiente de mortalidad.

RESULTADOS: Se incluyeron durante el 2022, 988 pacientes. La mortalidad global fue del 9,9%. Sin diferencias en las características clínicas ni evolutivas de acuerdo a si se midió o no el valor de RDW al ingreso. El valor de RDW fue reportado en 495 p. Un 16,6% de los p. tenían RDW alto. La edad mediana (63 años), el porcentaje de varones (79 vs 82%), la prevalencia de DBT (22 vs 24%), Dislipemia (38 vs 45%), HTA (59%), IAM de localización anterior (38 vs 34%), KK A (81%), uso de reperfusión (95%), ATC primaria (83 vs 80%), tiempo puerta balón (90 vs 78 min), tiempo total de isquemia (347 vs 365 min, mediana) y Fracción de eyección severamente deteriorada (Fey baja) en el eco (10 vs 13%) fue similar en los pacientes con RDW bajo o alto. En cuanto a las complicaciones intrahospitalarias, fue también similar la prevalencia de shock (6,5 vs 9,6%), reinfarto (3,4 vs 2,4%) y sangrado (6,5 vs 3,7%) pero la mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes con RDW alto: 15,8 vs 8,5%, $p < 0,001$. En el análisis multivariado para mortalidad que incluyó adulto mayor, insuficiencia cardíaca al ingreso, Fey baja, no haber recibido reperfusión y RDW alto, el RDW alto fue predictor independiente de mortalidad (OR 2,24 IC 25-75% 1,03-4,85) $p < 0,001$

CONCLUSIONES: Una herramienta simple ya presente en el hemograma de ingreso, puede ayudarnos a estratificar el riesgo de muerte en el infarto que alcanza hasta 1 de cada 10 pacientes tratados.

0033

ARGEN SHOCK: HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO POR FALLA VENTRICULAR IZQUIERDA

Unidad Temática: Multimagen

Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio DELFINO(1) | Stella Maris MACÍN(2) | Ricardo VILLAREAL(2) | Juan SOUTO(2) | Martín VERNAVÁ MARIANI (2) | Nicolas Federico RENNA(2) | Herald D'IMPERIO (1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); GRUPO ARGEN SHOCK (2)

INTRODUCCIÓN: Es indiscutible el rol del ecocardiograma Doppler en el contexto de los síndromes coronarios agudos y especialmente en el contexto del shock cardiogénico, donde el mismo nos permite evaluar localización, extensión, función ventricular, motilidad en territorios remotos, complicaciones mecánicas e inferir presiones de llenado y congestión pulmonar, sin embargo, dada la inestabilidad hemodinámica y el uso extendido de asistencia respiratoria mecánica puede ser dificultoso obtener buenas ventanas ecocardiográficas.

OBJETIVOS: 1) Analizar el compromiso de la motilidad y la función ventricular izquierda de los pacientes en shock cardiogénico. 2) Evaluar la motilidad de los territorios remotos y los patrones de llenado transmitral.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron los ecocardiogramas realizados en los pacientes ingresados al registro ARGEN SHOCK. Se excluyeron del análisis los pacientes con Shock cardiogénico por compromiso de ventrículo derecho y por complicaciones mecánicas y a los que fallecieron antes de poder realizarse el estudio.

RESULTADOS: se incluyeron 114 pacientes en el registro prospectivo ARGEN SHOCK. Se excluyeron 8 p por tener shock por compromiso de ventrículo derecho y 5 p por tener evidencia de complicación mecánica desde el ingreso. De los 101 p restantes, al 87,1% (n: 88) se le pudo realizar un ecocardiograma luego del diagnóstico clínico de shock. En ellos, se hallaron trastornos de la motilidad difusos en el 87% de los pacientes. La motilidad de los territorios remotos se informó como deteriorada en el 54% de los pacientes, conservada en el 30%, con hiperdinamia en el 5% y no fue informada en el 11%. La función ventricular fue descrita como deteriorada en forma moderada-severa en el 81% de los casos. Con una Fracción de eyección mediana de 30% (22-40 %) La presión sistólica de la arteria pulmonar mediana fue de 44 mmHg (30-51) El patrón transmitral no fue reportado en el 20% de los estudios, fue de relajación prolongada en el 40%, pseudonormal en el 22% y restrictivo en el 18%. Los cometas pulmonares se evaluaron solo en el 31% de los estudios. En un 7% de los estudios hubo alguna complicación mecánica (CIV 2p, IM 2p; Derrame pericárdico 2p).

CONCLUSIONES: Uno de cada 10 pacientes con shock cardiogénico no llega a hacerse un ecocardiograma. En los que se puede realizar el estudio, la mayoría tienen deterioro moderado a severo de la función ventricular, sin embargo, hasta 1 de cada 5 tienen

deterioro leve. El patrón transmitral no se describe casi en el 20% de los pacientes y en los que se puede evaluar, el de relajación prolongada es más frecuente que el restrictivo. La mayoría tiene presiones pulmonares elevadas. Los cometas pulmonares no son evaluados en general.

0034

ARGEN SHOCK: USO DE SWAN GANZ Y MORTALIDAD DE ACUERDO AL PATRÓN HEMODINÁMICO HALLADO

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio DELFINO(1) | María Pía MARTURANO(1) | Martín Alejandro CALLEGARI (2) | Adrián D'OVIDIO(2) | Joaquín PEREA(2) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Mauro GARCÍA AURELIO(1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); GRUPO ARGEN SHOCK (2)

INTRODUCCIÓN: El Catéter de Swan Ganz se indica en algunos pacientes con shock cardiogénico (SC). El patrón hemodinámico clásicamente descrito implica un bajo volumen minuto cardíaco, aumento de presiones de llenado y elevación de las resistencias vasculares sistémicas ("clásico"), sin embargo, en algunos pacientes se observa una medición caracterizada por resistencias sistémicas bajas y que puede acompañarse de fiebre y/o leucocitosis, expresión de una respuesta inflamatoria sistémica importante ("vasopléjico") o una medición con características de ambos patrones ("mixto").

OBJETIVOS: 1) Establecer la frecuencia de uso del catéter de Swan Ganz (Swan) en los pacientes ingresados al registro ARGEN SHOCK, 2) Analizar las características clínicas y la mortalidad de los pacientes de acuerdo al uso de Swan y 3) Analizar la prevalencia, las características clínicas y la mortalidad de los pacientes de acuerdo al tipo de Shock (clásico o vasopléjico/mixto)

MATERIALES Y MÉTODOS: El registro ARGEN SHOCK es un registro nacional de pacientes (p) con SC en el contexto de los síndromes coronarios agudos. Se definió patrón cardiogénico "clásico" a los p con presión de enclavamiento capilar pulmonar >15 mm Hg, IC < 2,2 L/min/ m², RVS > 1.200 dinas × seg × cm⁻⁵. SC y con patrón "vasopléjico/mixto": si no cumplían con la definición clásica. Se utilizó el patrón reportado por los investigadores luego de realizar la primera medición hemodinámica. Se excluyeron los pacientes con infarto de ventrículo derecho (IAM de VD).

RESULTADOS: Se incluyeron 114 pacientes. 8 fueron excluidos por presentar IAM de VD. Se analizaron entonces 106 p con SC. Se utilizó Swan en 37 p (39%). En el 78% se indicó para optimizar el uso de inotrópicos, en el 10,5% por duda diagnóstica y en el 10,5% de rutina por shock. No hubo diferencias en las características clínicas entre los pacientes que utilizaron el catéter y los que no. Los vasoactivos más utilizados fueron la noradrenalina y la dobutamina, ésta última fue significativamente más utilizada en los pacientes con Swan (83,8 vs 45%, p<0,001). El levosimendan y el balón de contrapulsación también fueron más frecuentes en los p con Swan (21,6 vs 7,25% y 45,9 vs 25%, respectivamente. p<0,05). La mortalidad de los p con y sin Swan fue similar (56.76% vs 66.67%, p =0,21). El patrón hemodinámico clásico tuvo una frecuencia del 70,2% y el vasopléjico/mixto del 29.8%. No hubo diferencias significativas en las características de la población: edad 65,5 (56-76) para el clásico vs 59,5 (56-64,5) en el mixto/vasopléjico (p 0,21), hombres 77% vs 82% (p ns), diabetes: 26.92 vs 54.55% (p ns), infarto previo: 11 vs 9% (p ns). Fiebre 23 vs 36% (p ns), leucocitosis 85 vs 82% (p ns). El porcentaje de drogas utilizadas fue similar, siendo la noradrenalina y la dobutamina las más utilizadas. Levosimendan (15%) y dopamina (11%) solo se usaron en los clásicos. La mortalidad fue del 54% en los p con patrón clásico y 63% con patrón mixto/vasopléjico, pero la diferencia no alcanzó significación estadística (p:0,42)

CONCLUSIONES: El catéter de Swan Ganz se utiliza en un tercio de los pacientes con Shock Cardiogénico. Su utilización implica mayor uso de inotrópicos y de balón de contrapulsación pero no cambia los resultados clínicos ya que la mortalidad es similar. Que haya patrón cardiogénico o vasopléjico/mixto no implica diferencias en la mortalidad intrahospitalaria.

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Alejandra Karina AVALOS ODDI | Cecilia LOPEZ | Omar PRIETO | Sebastian BELLIA | Julio GIORGINI | Jessica GANTESTI
| Damian RUBIO | Casandra Lilén GODOY ARMANDO

Consejos: Aspectos Psicosociales en Cardiología

INTRODUCCIÓN: La evidencia científica ha establecido un vínculo estrecho entre la enfermedad cardiovascular (ECV) y diversas condiciones psicológicas destacando la importancia de las mismas como indicadores de compromiso cardiovascular (CV).

OBJETIVOS: Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de los cardiólogos sobre los factores psicosociales (PS), su impacto en la salud CV y el abordaje de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Método: Estudio observacional, de corte transversal mediante una encuesta anónima realizada en marzo de 2023 a los especialistas del padrón de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). Se recabaron datos sobre conocimiento y abordaje de los siguientes determinantes PS: ansiedad, estrés mental, depresión y trastornos del sueño.

RESULTADOS: Participaron 302 profesionales, en su mayoría hombres (61,9%), con edad promedio de 49 años (DE ± 12). El 67,5% se desempeña en la práctica ambulatoria. La ansiedad (44,4%) y el estrés (42,1%) se consideraron los trastornos mentales más prevalentes en la práctica médica, afirmando que ambos (97,7%), junto a los trastornos del sueño (97%) afectan la salud CV. El 75,3% de los cardiólogos refirió que modifica su conducta terapéutica ante situaciones de estrés, pero solo el 17,3% utiliza métodos de screening validados y el 55% los desconoce. Solo el 19,3% se considera capacitado para prescribir psicofármacos, sin embargo, el 47,1% los utiliza para los trastornos del ánimo, principalmente ansiolíticos (74,3%), y para trastornos del sueño (55,7%). Dentro del abordaje no farmacológico la actividad física (81,6%) y la psicoterapia (78,6%) son las más prescritas y solo la mitad indica las prácticas contemplativas (53,5%), a pesar de reconocer su beneficio en el control de los factores de riesgo (46,7%), la calidad de vida (64,3%) y eventos CV mayores (31,3%)

CONCLUSIONES: Conclusión: A pesar de reconocer el impacto de los determinantes PS en la salud CV el enfoque diagnóstico y terapéutico por parte de los cardiólogos resultó insuficiente.



Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

**Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio Andres DELFINO (1) | Víctor Miguel MAURO(2) | Stella MACÍN(2)
| Mauro GARCIA AURELIO(1) | Juan SOUTO(2) | Ricardo VILLAREAL(2) | Heraldo D'IMPERIO(1)**

Áreas SAC: Área de Investigación (1); GRUPO ARGEN SHOCK (2)

INTRODUCCIÓN: El shock cardiogénico (SC) es una patología de baja incidencia (10% en nuestro medio) pero que constituye la principal causa de muerte en los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio (IAM). Ya han pasado más de 5 años desde el último registro Argentino de Shock Cardiogénico y desde entonces las guías de práctica clínica han cambiado algunas recomendaciones en cuanto a su tratamiento por lo cual se genera este trabajo.

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas, estrategias de reperfusión, tratamiento y evolución clínica hospitalaria y a 30 días de los pacientes que ingresan a unidades de cuidados intensivos con síndromes coronarios agudos (SCA) y que presentan SC desde el ingreso o lo desarrollan durante su evolución intrahospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un registro multicéntrico, observacional, prospectivo y consecutivo de Síndromes coronarios agudos (SCA) complicados con SC que ingresaron a los centros participantes entre el 1 de Agosto del 2021 y el 30 de septiembre del 2022. Se definió SC por la presencia de tensión arterial sistólica <90 mmHg por al menos 30 minutos o requerimiento de vasopresores y/o inotrópicos, asociado a signos de hipoperfusión y signos de congestión pulmonar. Criterios de inclusión: >=18 años, internados por un SCA con (SCAconST) o sin elevación del segmento ST (SCAsinST) con SC de ingreso o evolución. Los datos fueron recolectados mediante RedCAP. Se analizaron los eventos de la fase intrahospitalaria y en el seguimiento a 30 días.

RESULTADOS: Se incluyeron en el registro 114 pacientes con SC, de los cuales 87 (76,3%) fueron SCAconST y 14 (12,3%) SCAsinST 5 presentaron SC asociado a complicaciones mecánicas y 8 SC secundario a infarto con compromiso de ventrículo derecho (VD). La edad mediana de la población fue de 64 años (58-73), 71,9% de hombres, 72,8% hipertensos, 35,1% diabéticos, 37,7% dislipémicos, 35,1% tabaquistas. Se revascularizaron el 91,1%. El SC estuvo presente desde el ingreso en el 66,6% de los casos. El resto de los pacientes ingresaron en Killip y Kimball (KK) A: 14,9%, B: 13,2 y C: 5,3% y el 68,4% de ellos desarrollaron el SC en las primeras 24 hs. Se utilizaron drogas inotrópicas o vasoactivas en el 98,2%, asistencia respiratoria mecánica 59,6%, Catéter de Swan Ganz en el 33,3% y balón de contrapulsación intraaórtico en el 30,1% de los casos. La incidencia reportada APIAM/reIAM fue del 3,5%, de arritmias del 37,7%, Marcapasos transitorio 7,8%, fiebre 21%, Diálisis 7,9%, hemorragias 8,7%. Se requirieron transfusiones en el 12,3% de los pacientes. En los p sin complicaciones mecánicas a los que se les realizó cinecoronariografía, se observó lesión significativa de un vaso en el 19,6%, de dos vasos en el 33,7% y de 3 vasos en el 46,7%. En los pacientes con lesiones de más de un vaso, se realizó angioplastia solo al vaso responsable en el 69,9% y a múltiples vasos en el 30,1%. El resultado de la angioplastia fue exitoso en el 84% de los casos. La mortalidad hospitalaria global fue del 60,5% (53% dentro de las primeras 48hs). Las causas fueron: shock persistente 62,3%, complicación mecánica 11,6%, arritmias 11,6%, infecciones 7,3% y otras 7,2%. La mortalidad hasta el día 30 fue del 62,3%.

CONCLUSIONES: Las características del shock cardiogénico en Argentina no difieren mucho de poblaciones de otras partes del mundo sin embargo la mortalidad en nuestro medio es muy elevada y se mantiene estable en los últimos años.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio DELFINO(1) | Adrian CHARASK(1) | Soledad PALACIO (2) | Gustavo GIUNTA(1) | Augusto BARBOSA(3) | Leonardo SCHIAVONE(3) | Juan GAGLIARDI(1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); GRUPO ARGEN IAM ST (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)

INTRODUCCIÓN: Tanto la OMS como la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores define Adulto Mayor a toda persona de 60 años o más. Sin embargo, este grupo etario es muy amplio en la actualidad, ya que la expectativa de vida puede llegar a más de 80 años. Por otro lado, la edad promedio de los pacientes que se internan con infarto con elevación del segmento ST (IAM-CEST) es de 58.4 ± 11 años por lo que los pacientes mayores de 60 años constituyen un grupo significativos de pacientes.

OBJETIVOS: 1) Conocer la prevalencia de adultos mayores y dentro de este grupo la de aquellos de más y menos de 75 años 2) Comparar sus características clínicas, tratamientos de reperfusión, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria de acuerdo con el grupo etario.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron los pacientes adultos mayores (≥ 60 años) ingresados en el Registro Nacional de Infarto (ARGEN IAM ST) y se los dividió en 2 grupos: <75 años y ≥ 75 años. Se compararon las características clínicas, tratamientos y evolución intrahospitalaria.

RESULTADOS: De un total de 6676 pacientes incluidos en el registro, 3626 son adultos mayores (54.3%). De éstos, 2753 pacientes tenían entre 60 y 74 años (Grupo 1, 75,9%) y 873 pacientes más de 75 años (Grupo 2, 24,1%). Edad mediana grupo 1: 65 años vs 80 en el grupo 2. En el grupo 2 observamos mayor porcentaje de mujeres : 42,3% vs 36,1% ($p<0,001$), más HTA 75,3 vs 65,5% ($p<0,01$) y más antecedentes coronarios (18,5% vs 15,3%, $p:0,02$) y menos tabaquismo (17,6% vs 34,1% ($p<0,001$)). No hubo diferencias significativas en la prevalencia de diabetes (24,2% vs 26,7%) ni dislipemia (49,4% vs 44,3%). La localización anterior del infarto fue similar en ambos grupos (53,3% vs 51,2%). Los pacientes del grupo 2 presentaron mayor insuficiencia cardíaca al ingreso (35,1% vs 24,9%, $p<0,001$), significativamente menos uso de reperfusión: 85,6% vs 89,5%, $p<0,001$ (aunque con mayor porcentaje de angioplastia primaria: 94,7% vs 89,9%, $p<0,001$, con similar tiempo puerta-balón: 93,5 min vs 99 min). También presentaron mayor porcentaje de lesiones en múltiples vasos (56,6% vs 48,4%, $p:0,02$). Asimismo, se utiliza en ellos menos medicamentos de los que han demostrado reducir los eventos en el infarto (tanto al ingreso como al alta). En la evolución hospitalaria, los mayores de 75 años presentan más incidencia de sangrado: 6% vs 2,86%, $p:0,035$ (aunque no de sangrado mayor), más insuficiencia cardíaca: 42,2 vs 35,5%, $p<0,001$ y más mortalidad: 18,27% vs 9,36%, $p<0,001$. En el análisis multivariado para mortalidad, los predictores independientes fueron: diabetes (OR 1,38, IC 25-75% 1,01-1,89, $p<0,001$), tener KK>A (OR 7,56, IC 25-75% 5,56-10,3, $p<0,001$), la creatinina $>2\text{mg/dl}$ (OR 2,98, IC 1,90-4,67, $p<0,001$) y el ser mayor de 75 años (OR 2,08, IC 25-75% 1,46-2,36, $p<0,001$).

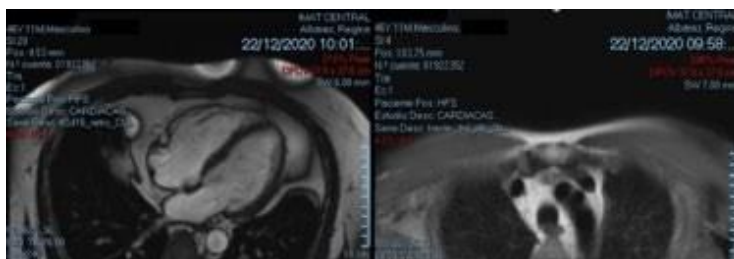
CONCLUSIONES: Dentro de los adultos mayores, 3 de cada 4 están comprendidos en el rango de edades entre 60 y 74 años. Los pacientes mayores de 75 años, si bien son los menos numerosos, tienen la particularidad de ser los menos reperfundidos, los que presentan mayor porcentaje de insuficiencia cardíaca, sangrado y muerte. La mortalidad de los pacientes mayores de 75 años duplica la del grupo de pacientes de entre 60 y 74 años. Este grupo de pacientes constituye un grupo de mayor riesgo sobre el que debemos actuar para mejorar los resultados.

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas / Unidad Temática 2: Investigación Básica

Regina Estela ALBAREZ

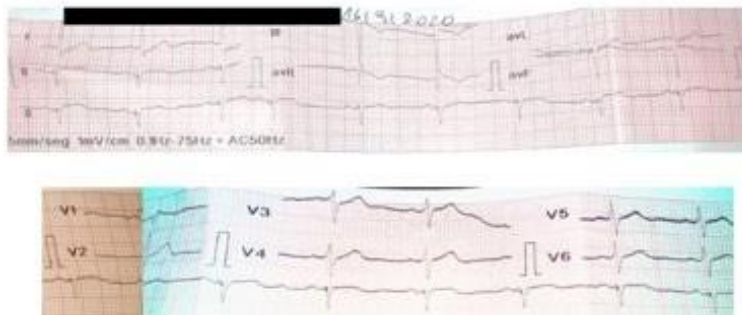
Consejos: Enfermedad de Chagas “Dr. Salvador Mazza”

INTRODUCCIÓN: Investigación de un paciente con enfermedad de Chagas que cursa COVID 19 en el año 2020. Se estudio el impacto cardiológico del COVID 19 y el dosaje de inmunoglobulinas al paciente y a su grupo familiar. Se realiza el seguimiento por casi un año de evolución.



OBJETIVOS: Observar si se agrava en su evolución la enfermedad de Chagas, luego de haber cursado COVID 19.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 46 años de edad, masculino, que en septiembre del 2020 consulta por controles pos-covid. Con antecedentes de enfermedad de Chagas y Diabetes. Es oriundo de la provincia de Santiago del Estero, reside en Buenos Aires desde los 17 años, con diagnóstico de Chagas desde los 24 años de edad. Con electrocardiograma con Hemibloqueo Anterior Izquierdo. Había comenzado el 24 de mayo del 2020 con fiebre, dolores musculares intensos en todo el cuerpo, y falta de aire presentando pérdida de olfato y gusto. Hisopado positivo el 4 de junio del 2020, es internado en un hospital público. Al ingreso al nosocomio se encuentra hemo dinámicamente compensado, afebril, con saturación de oxígeno 93 %, buen estado general, falta de gusto y olfato de 24 horas de evolución. Análisis de laboratorio de rutina con valores normales, radiografía de tórax; hiliós patológicos impresionan nódulos calcificados hiliares derechos, tomografía de tórax; múltiples infiltrados en vidrio esmerilado, difusos bilaterales. El 08 de junio del 2020 se dio el alta hospitalaria por buena evolución clínica. Se realiza Ecocardiograma Doppler, Holter 24 horas, Resonancia Magnética sin contraste. Inmunoglobulinas E, G y M al paciente y al grupo familiar (esposa, hijo de 20 años e hija de 6 años de edad).



RESULTADOS: Electrocardiograma con Hemibloqueo Anterior Izquierdo. Ecocardiograma Doppler; Fracción de Eyección 58%. Holter; Hemibloqueo Anterior Izquierdo. Frecuencias cardiacas normales. Respetó ritmo circadiano. Resonancia Magnética sin Contraste; presenta dilatación del Ventrículo Derecho, con ligera disquinesia de la pared libre con función preservada. Fracción de Eyección 62%. Comportamiento de las Inmunoglobulinas (Ig.): Estudio de Octubre del 2020: Ig. E, 777,20 UL/ml - Valor normal 1-158 UL/ml (elevada en parasitemias). Ig. M 0.50 S/Co – Negativas menor a 1 S/Co, se presenta baja porque esta se eleva en el periodo agudo y ya habían pasado 4 meses de la infección por COVID. Ig. G 4.93 S/Co - Reactivo mayor o igual a 1 S/Co, alta porque tiene anticuerpos. Marzo del 2021: Ig. M 0.40 S/Co – Negativas menor a 1 S/Co. Ig. G 0.58 S/Co - Reactivo mayor o igual a 1 S/Co. A los 10 meses ya no presenta anticuerpos. Paciente con COVID contagia al grupo familiar. Inmunoglobulinas al 18 de diciembre del 2020: ESPOSA: Ig. G 4. 10 S/Co - Reactivo mayor o igual a 1 S/Co. Se encuentra alta. Hijo: Ig. G 0.12 S/Co - Reactivo mayor o igual a 1 S/Co. Se encuentra baja. Hija: Ig. G 2.9 S/Co - Reactivo mayor o igual a 1 S/Co. Se encuentra alta. La esposa y la hija menor presentan anticuerpos a los 6 meses. El hijo de 21 años a los 6 meses de enfermedad ya no presenta anticuerpos.

CONCLUSIONES: El COVID 19 no agravaría la evolución de la patología Chagásica.

0106

CAMBIOS EN ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN IAMSEST A TRAVÉS DE UN PERÍODO DE 5 AÑOS: ANÁLISIS DE 2 REGISTROS MULTICÉNTRICOS PROSPECTIVOS.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Alan Rodrigo SIGAL | Juan Manuel SOUTO | Mirza RIVERO | Valentin ROEL | Julian FEDER | Valerio Gino PESSANO | Ezequiel José ZAIDEL | Juan Pablo COSTABEL

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica “Dr. Rafael Bullrich”

INTRODUCCIÓN: Las estrategias de tratamiento en el IAMSEST han variado a lo largo de los años, con cambios en la frecuencia de estrategias invasivas, al pretratamiento con inhibidores de P2Y12, a la elección de medicación al alta. Desconocemos cómo han evolucionado estas estrategias recientemente en nuestro medio.

OBJETIVOS: Evaluar las diferencias en las estrategias de tratamiento del IAMSEST a lo largo de un periodo de 5 años.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de dos registros multicéntricos argentinos prospectivos de SCA llevados a cabo por el Consejo de Emergencias de la SAC, uno de 2017 (Buenos Aires I) y otro de 2022 (RESCAR). Se buscó comparar la frecuencia de estrategia invasiva inicial, pretratamiento, tipo de pretratamiento y elección de inhibidor de P2Y12 al alta. El registro de 2017 incluía solo SCASEST, pero el de 2022 incluía también SCACEST, por lo que estos pacientes fueron excluidos del análisis, para comparar exclusivamente pacientes con SCASEST. Se evaluaron las variables continuas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil según su distribución evaluada mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Se compararon las variables categóricas mediante

test de chi cuadrado, y las continuas mediante t de student o ANOVA según correspondiera. Se utilizó el software estadístico SPSS 25.0

RESULTADOS: Se incluyeron en total 1848 pacientes, 1100 del registro de 2017, y 748 de 2022. Todas las características basales (edad, sexo, factores de riesgo, fracción de eyección) fueron similares entre las dos poblaciones, excepto que los pacientes del registro más reciente tenían una puntuación GRACE media más alta (122 vs 104, $p=0,001$). Se adoptó una estrategia invasiva inicial con mayor frecuencia en 2017 que en 2022 (86,7% frente a 83,7%, $p=0,001$). El pretratamiento fue más frecuente en 2017 que en 2022 (52% vs 32,5%, $p=0,001$), y se realizó exclusivamente con clopidogrel en 2017, mientras que ticagrelor se utilizó en el 21,8% de los pacientes como pretratamiento en 2022. Al alta, los inhibidores de P2Y12 en 2017 fueron, por orden de frecuencia, clopidogrel (73,5%), ticagrelor (23,2%) y prasugrel (3,3%). En 2022, prasugrel superó a ticagrelor (26,7% vs 11,7%), y clopidogrel descendió al 61,6% ($p=0,001$).

Inhibidor P2Y12 al alta	2017	2022
Clopidogrel	73.5%	61.6% ↓
Prasugrel	3.3%	26.7% ↑
Ticagrelor	23.2%	11.7% ↓

CONCLUSIONES: Encontramos un claro cambio en las estrategias utilizadas para el tratamiento del IAMSEST en un periodo de 5 años, siendo menos frecuente la utilización de pretratamiento, utilizando ticagrelor como estrategia de pretratamiento, y una preferencia de prasugrel sobre ticagrelor como inhibidor de P2Y12 al alta. Este cambio de ticagrelor a prasugrel podría haberse visto influido por los resultados del ensayo ISAR-REACT.

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Alan Rodrigo SIGAL | Felipe BERTON | Lucia Victoria Alejandra Karina AVALOS ODDI (1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | Heraldo D'IMPERIO(2) | Omar PRIETO(1) | Jessica GANTESTI(1) | Cecilia LOPEZ(1) | Leonardo Luis CÁCERES(2) | Leonardo DELFINO(2)

Consejos: Aspectos Psicosociales en Cardiología (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2)

INTRODUCCIÓN: Los profesionales de la salud se encuentran expuestos a un fenómeno ocupacional que resulta del estrés crónico en el ámbito laboral llamado Síndrome de Burnout (SBO), este se ha convertido en uno de los riesgos laborales psicosociales más importantes en la sociedad actual generando costos significativos en la salud.

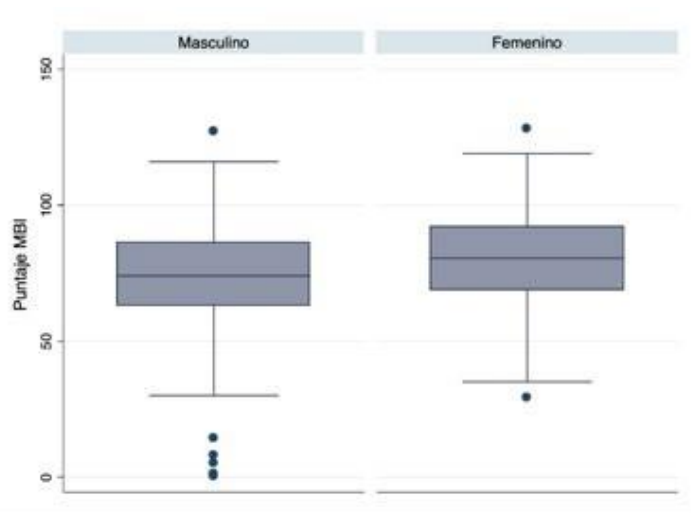
OBJETIVOS: Objetivo: Evaluar la prevalencia de SBO por percepción subjetiva y mediante la aplicación del inventario del Síndrome del Desgaste Ocupacional "Burnout" de Maslach (MBI) en los especialistas de cardiología del padrón de la

	Sexo femenino, n= 385	Sexo masculino, n= 364	p
MBI, mediana (RIC 25-75)	80 (69-92)	74 (63-86)	<0,001
Subescala de agotamiento emocional, mediana (RIC 25-75)	37 (26-46)	29 (17-40)	<0,001
Subescala de despersonalización, mediana (RIC 25-75)	7 (3-13)	7 (2-13)	0,180
Subescala de realización personal, mediana (RIC 25-75)	37 (31-43)	41 (34-45)	<0,001
Percepción de Burn Out, %	77	56	<0,001

Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), estableciendo las diferencias por sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Método: Estudio observacional, de corte transversal mediante una encuesta anónima realizada en abril de 2023 a los especialistas del padrón SAC. Se recabaron datos sobre impresión subjetiva de SBO, sexo, edad, tiempo de ejercicio profesional y subescalas del inventario MBI.

RESULTADOS: Participaron 756 profesionales, 51,4% fueron mujeres. El 62% tenían más de 40 años y el 61% tenía más de 10 años de ejercicio profesional. Del total de médicos encuestados, el 94,4% eligió realizar el test de Maslach (MBI), siendo esto más frecuente en las mujeres (96,6% vs 91,3%, $p < 0,001$). La prevalencia de SBO por MBI de alto puntaje (\Rightarrow 67 puntos) fue del 75% y la prevalencia de percepción de SBO fue del 69% ($p < 0,001$). De los que se autopercebieron "quemados" (69%), el 96,8% contestó el inventario MBI confirmando el diagnóstico de SBO por MBI de alto puntaje el 78%. De los que se autopercebieron "no quemados" (33%), el 89,3% completó el inventario MBI diagnosticando SBO en la subescala cansancio emocional (24 %), despersonalización (18 %) y realización personal (10 %) más allá de no tener la impresión subjetiva de estar "quemado". Los menores de 40 años tuvieron más SBO por MBI de alto puntaje (50% vs 28%, $p < 0,001$) al igual que los profesionales con menos de 10 años en el ejercicio de su profesión (45% vs 20%, $p < 0,001$). El SBO fue más prevalente en las mujeres tanto por autopercepción (77% vs 56%, $p < 0,001$) como por el inventario de Maslach (80% vs 74%, $p < 0,001$), específicamente en la subescala agotamiento emocional (37% vs 29%, $p < 0,001$) y realización personal (37% vs 41%, $p < 0,001$), sin diferencias por sexo en la esfera de despersonalización.



CONCLUSIONES: El SBO tiene alta prevalencia entre los cardiólogos encuestados, principalmente en mujeres, tanto por autopercepción como por aplicación del inventario MBI. Por otro lado 1 de cada 4 profesionales encuestados que no se autopercebían "quemados" tuvieron un test positivo para SBO. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de SBO entre los especialistas en cardiología es imperioso realizar acciones de prevención e intervención concertadas y sostenidas para transformar esta realidad que impacta desfavorablemente tanto en la salud de los pacientes como en la de los propios médicos.

0127

DETERMINANTES NO CONVENCIONALES CON IMPACTO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LA MUJER EN LATINOAMÉRICA

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

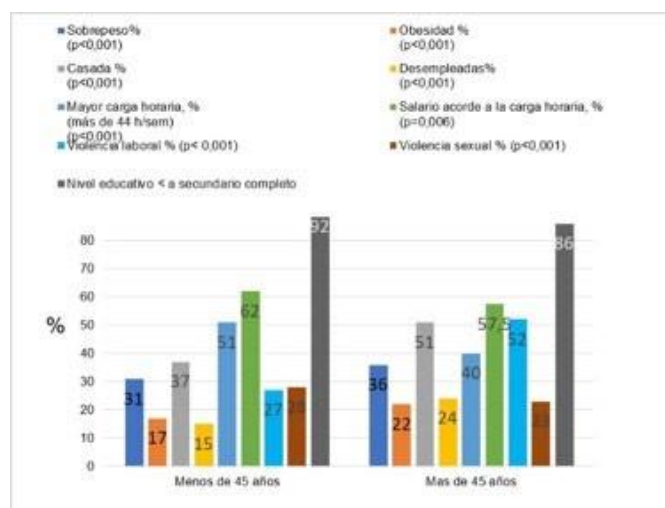
Alejandra Karina AVALOS ODDI (1) | Verónica Lía CROSA(1) | Silvina VERDUGO(1) | María ROMERA(1) | Ivana PATIÑO(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | Heraldo D' IMPERIO(2) | Bibiana RUBILAR(1)

Áreas SAC: Área de Corazón y Mujer (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2)

INTRODUCCIÓN: Introducción: Los determinantes no convencionales (DnoC) operan como factores de riesgo (FR) que impactan en la salud cardiovascular (CV), es necesario explorarlos y establecer su vínculo con el género femenino.

OBJETIVOS: conocer la prevalencia de los DnoC socioeconómicos (SE) y psicosociales (PS) y su impacto en la salud CV de la mujer en Latinoamérica (LATAM).

MATERIALES Y MÉTODOS: Método: Estudio observacional, de corte transversal realizado a través de una encuesta anónima en mujeres de LATAM entre mayo y junio de 2022. Se recabaron datos sobre DnoC (SE y PS), FR convencionales y enfermedad cardiovascular (ECV).



RESULTADOS: Participaron 4915 mujeres y la media de edad fue de 49 años (DE ± 13). El 49,6% residía en Argentina, 55,8% en grandes ciudades, el 94,4% declaró acceso adecuado a la salud, y el 89% tuvo acceso a algún nivel de educación. Si bien el 79,9% expuso tener trabajo remunerado, más de la mitad refirió salario no acorde (59,5%) y exposición a violencia en el ámbito laboral (26,7%). Los determinantes PS más prevalentes fueron el bajo a moderado nivel de satisfacción (68,3%), ansiedad o irritabilidad (51,9%), desinterés, pensamientos negativos o infelicidad (41,7%). La edad mayor de 45 años se asoció significativamente a más sobrepeso, obesidad, desempleo y violencia laboral. En el análisis multivariado se encontró asociación independiente con ECV al trastorno del sueño (OR 1,7, $p = 0,001$), residir en ciudad de baja densidad poblacional (OR 0,5, $p < 0,001$), violencia laboral (OR 1,8, $p = 0,001$), ansiedad (OR 1,5, $p = 0,001$) y haber padecido complicaciones del embarazo (1,6, $p = 0,022$).

CONCLUSIONES: Conclusión: Se demostró una importante prevalencia de factores PS y SE que impactan en la salud CV de las mujeres en LATAM, donde variables como violencia laboral, ansiedad o irritabilidad, residir en ciudades de baja densidad poblacional, así como los trastornos del sueño y complicaciones del embarazo se asociaron de forma independiente con ECV. Esta encuesta muestra el impacto de los DnoC SE y PS en la carga cardiometabólica y salud CV de las mujeres en LATAM, principalmente mayores de 45 años.

0209

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN ARGENTINA. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS. DATOS DEL REGISTRO CONTINUO ARGEN-IAM-ST.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Heraldo D' IMPERIO (1) | Juan GAGLIARDI(1) | Adrian CHARASK(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Stella Maris MACIN(2) | Mauro Andres QUIROGA(2) | Walter QUIROGA CASTRO(2) | Gerardo ZAPATA(2)

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

INTRODUCCIÓN: El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en Argentina y por lo tanto es necesario conocer los parámetros más importantes de su atención así como los resultados y complicaciones durante el período de internación. Esto permite trazar un mapa de la realidad y genera discusiones y planificación que da lugar a mejoras de la atención.

OBJETIVOS: Evaluar los principales marcadores de atención y las complicaciones del IAM en el registro continuo de infarto ARGEN IAM-ST

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un análisis de la base de datos del registro continuo de infarto ARGEN IAM-ST, el cual es una colaboración entre las sociedades científicas de SAC y FAC. El período explorado fue desde el año 2015 hasta enero de 2023 donde se registraron pacientes con IAM con elevación del segmento ST de hasta 36 horas de evolución.

RESULTADOS: Se analizaron 6765 pacientes. La edad media fue de 61 años (± 12) y hubo un 65% de género masculino. Presentaron HTA un 58%, Diabetes 23%, Dislipemia 42%, tabaquismo activo 37% y antecedentes familiares de enfermedad



cardiovascular un 17%. El 13,5% presentó antecedentes de enfermedad coronaria previa y al ingreso un 49% presentó un IAM de cara anterior y el 77% tuvo una clasificación de KKA. El tiempo de dolor a la consulta fue de 120 minutos (RIC 60 – 285), el tiempo puerta-aguja fue de 50 minutos (RIC 25 – 110) y el tiempo puerta balón fue de 100 minutos (RIC 58 – 190). En la evolución intrahospitalaria la insuficiencia cardíaca (para aquellos que ingresaron en KKA) con 12% y la Fibrilación auricular fueron las complicaciones más frecuentes entre otras como el sangrado mayor con un 3,5%. La mortalidad general fue del 8,8%, el resto de las complicaciones del IAM en la internación se muestran en la tabla 1. La tasa de reperfusión general fue del 89%. Se realizó un análisis para observar la variación de la reperfusión y mortalidad desde el año 2015 al 2022 donde no se muestran cambios significativos en la mortalidad a pesar de las altas tasas de reperfusión (figura 1).

Eventos	%	IC 95%
Mortalidad	8,8	8 - 9,5
Angina post IAM	5	4 - 6
Reinfarto	4	3 - 5
ACV	2	1,5 - 2,5
Fibrilación auricular	9,8	9 - 11
Insuf. cardíaca en la evolución	12	10 - 13
CIV complicación mecánica)	1,9	1,5 - 2,3
IM (complicación mecánica)	0,52	0,3 - 0,8
Ruptura cardíaca (complicación mecánica)	0,32	0,17 - 0,53
Hemorragia mínima	2,8	2,2 - 3,5
Hemorragia moderada	2	1,5 - 2,7
Hemorragia mayor	3,5	2,8 - 4,3

CONCLUSIONES: En los últimos 8 años la mortalidad registrada en el registro ARGEN IAM-ST se ha mantenido constante a pesar de las altas tasas de reporte de reperfusión. El registro Argen IAM-ST muestra que a pesar de disponer de datos para monitorizar los principales indicadores de atención en el IAM, no han habido avances en indicadores de peso como la mortalidad.

0239 DIFERENCIAS ENTRE VARONES Y MUJERES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, DATOS DEL ARGEN-IAM

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN (1) | Gerardo ZAPATA(1) | Heraldo D'ÍMPERIO(2) | Yanina CASTILLO COSTA(2) | Julio BONO(1) | Walter QUIROGA(1) | Adrian CHARASK(2) | Juan GAGLIARDI(2)

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

INTRODUCCIÓN: Estudios previos señalan que el género femenino se asoció con resultados desfavorable en el infarto agudo de miocardio (IAM).

OBJETIVOS: Objetivos: evaluar diferencias en las características clínicas y manejo en función del género, en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) del Registro ARGEN-IAM. Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico que analizó de un total de 6766 ptes (pacientes) con infartos ingresados al registro ARGEM-IAM desde diciembre 2015 a enero 2023. La mortalidad fue de 8.7%. Se analizó los pacientes con insuficiencia cardíaca, Killip 2 y 3: 1065 ptes (15.74%) y se los separo en 2 grupos: I: Varones 63.3% (677 ptes) y II: Mujeres 36.4% (388 ptes) Resultados: La edad media en los grupos I y II fue 62.6 vs 64.9, p=0.003, el tiempo inicio del dolor-consulta 295.45 min vs 329,22 min, p=0.26; las mujeres fueron más diabéticas 15.8 vs 21.9 %, p=0.011 y no tratada 1.9 vs 4.6%<0.001, eran menos tabaquistas 41,7 vs 25,8%, p<0.001; más hipertensas 59,8 vs 63,4%, p=0,017, con menos IAM 11.4 vs 6,7%, p<0.001 y ATC previos 10,2 vs 7,5%, <0.001, tuvieron más EPOC 4 vs 6,2%, <0.001, IRC 0,7 vs 2,3% <0.001, ACV previo 1,2 vs 4,6% p<0.001. La FC (frecuencia cardíaca) fue mayor 86.7 vs

89,8%, $p=0.021$, La estrategia de reperfusión fue similar 85.7 vs 86,9% $p=0.33$; con similar uso de TL 19.1 vs 19% $p=0.12$. Hubo diferencias en CCG dentro de las 24hs 74,6 vs 76,8% $p=0.001$ y ATC las primeras 24 hs 72,2 vs 75%, $p=0.001$. Los eventos hospitalarios fueron mayores en las mujeres 18 vs 38,4% $p<0.001$, paro cardíaco 13,1 vs 18,6% $p<0.001$, complicaciones mecánicas 3,1 vs 4,5% $p<0.001$. Recibieron al alta: aspirina 76,8 vs 80,5% $p=0.006$, menos clopidogrel 63.2 vs 59,3% $p<0.001$, Prasugrel 7,8 vs 4,6% y estatinas 82 vs 73.7% $p=0.003$ y más ticagrelor 8,1 vs 9,5% $p<0.001$. Se utilizaron procedimientos invasivos: Swan Ganz en 4.1 vs 5.9%, $p=0.029$, ARM 13 vs 15.7% $p=0.01$ y cardioversión eléctrica 6.9 vs 8.5% $p=0.049$. La mortalidad intrahospitalaria en los Grupos I y II fue de 13.9 vs 16% $p=0.037$. El Género no fue predictor independiente de mortalidad hospitalaria OR 1.52 $p=0.46$ (IC 95% 0.45-5.05), si lo fueron la edad 1.046 $p=0.024$ (IC 95% 1.002-1.095), FC 1.037 $p=0.014$ (IC 95% 1.010-1.066), TnTUS 1.022 $p<0.001$ (IC 95% 1.015-1.026), y glucemia la ingreso 1.026 $p=0.003$ (IC 95% 1.058-2.032).

MATERIALES Y MÉTODOS: De los pacientes con IAM con ST e IC dos tercios fueron varones, las mujeres presentaron mayor mortalidad hospitalaria y más complicaciones a pesar de tener la misma demora a la consulta, fueron más diabéticas, con más ACV previo, fallo renal y EPOC. Recibieron menor medicación al alta, con similar estrategia de reperfusión, con mayor uso de ATC dentro de las primeras 24hs. El género no fue predictor independiente de mortalidad hospitalaria

0248

PRETRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE P2Y12 Y RELACIÓN CON LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN EL IAMSEST: ANÁLISIS DE 2 REGISTROS NACIONALES MULTICÉNTRICOS

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

**Alan Rodrigo SIGAL | Mirza RIVERO | Sol KERSTEN | Carlos BOISSONET | Fabricio Gastón PROCOPIO
| Sebastian NANI | Ernesto DURONTO | Juan Pablo COSTABEL**

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica “Dr. Rafael Bullrich”

INTRODUCCIÓN: El pretratamiento con inhibidores de P2Y12 ha sido ampliamente estudiado en el contexto de los pacientes con IAMSEST, con resultados variables. El consenso general es que esta estrategia debe evitarse, a menos que se prevea una larga espera antes de poder realizar la angiografía. Sin embargo, no está claro si esta estrategia se asocia a una reducción de los resultados clínicos o a un aumento de los episodios hemorrágicos.

OBJETIVOS: Analizar la frecuencia del pretratamiento en el IAMSEST en nuestro medio, y su asociación con los resultados clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Analizamos los resultados de dos registros argentinos de síndrome coronario agudo de 2017 (Buenos Aires I) y 2022 (RESCAR), llevados a cabo por el Consejo de Emergencias de la SAC. Exploramos incidencia de pretratamiento, y fármaco utilizado. Evaluamos primero mediante análisis univariado la relación entre el uso de pretratamiento y un resultado clínico compuesto de eventos intrahospitalarios: Infarto de miocardio + Mortalidad + Trombosis del stent + Angina postinfarto de miocardio + ACV/AIT. También exploramos la relación del pretratamiento con los eventos hemorrágicos (BARC 2 o superior). Posteriormente realizamos una regresión logística con otras variables clínicas: Edad, sexo, diabetes, eventos hemorrágicos previos, IM previo, uso de aspirina, anticoagulación, escala de Killip-Kimball y fracción de eyección.

RESULTADOS: Se incluyeron 1297 pacientes en el análisis, tras excluir los pacientes con IAMCEST, los pacientes con uso actual de inhibidores de P2Y12 en el momento del evento y los pacientes que no se sometieron a angiografía. El 75,6% eran hombres, el 25,6% diabéticos, el 27,1% fumadores, el 70,3% hipertensos y el 23,1% tenían un síndrome coronario agudo previo. La edad media era de 55,3 años. La puntuación GRACE media fue de 113,5 y la CRUSADE de 23,8. El 44% de los pacientes recibieron pretratamiento, la mayoría con clopidogrel (93,5%). Los pacientes que recibieron pretratamiento eran más frecuentemente hipertensos (73,8% frente a 67%, $p=0,01$) y tenían una mayor incidencia de IM previo (27% frente a 19%, $p=0,002$). La puntuación GRACE fue significativamente inferior en los pacientes que recibieron pretratamiento (111,5 vs 115, $p=0,04$). El uso de pretratamiento se asoció significativamente con una mayor incidencia del resultado clínico compuesto, ocurriendo en el 10,1% de los pacientes pretratados y en el 6,9% de los pacientes no pretratados (OR 1,56 (1,06-2,3) $p=0,02$). Los eventos hemorrágicos fueron numéricamente más frecuentes con el pretratamiento (8,7% frente a 5,9%), aunque no alcanzaron significación estadística (OR 1,51 (0,99-2,3) $p=0,054$). En el análisis multivariante, tras ajustar por múltiples variables clínicas, el pretratamiento ya no se asoció con una mayor incidencia de desenlaces clínicos, aunque tampoco con una menor incidencia (OR 1,4 (0,89-2,3) $p=0,13$).

CONCLUSIONES: El pretratamiento, principalmente con clopidogrel, no mostró una relación ni con el beneficio ni con el perjuicio con respecto a los resultados isquémicos y hemorrágicos en pacientes con IAMSEST.

RELACION ENTRE EL TIEMPO TOTAL DEL ISQUEMIA Y LA FRACCION DE EYECCION DEL VI EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST Y ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Cardiopatía Intervencionista y Estructural

**Esteban FRONTERA(1) | Yanina CASTILLO COSTA(1) | Gerardo ZAPATA(2) | Ingrid VEGA (1) | Diego SEGOVIA(1)
| Daniel MAURO(2) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Juan GAGLIARDI(1)**

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

INTRODUCCIÓN: El tiempo total de isquemia (TTI) es el intervalo desde la oclusión de la arteria coronaria hasta la reperfusión. El TTI prolongado es un determinante de la extensión de necrosis miocárdica que conlleva a un deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Si bien existe una relación inversa entre el TTI y la FEVI, no hay unanimidad en la cantidad de TTI que condiciona una reducción de la FEVI. El método de reperfusión más utilizado es la angioplastia por lo cual se plantea:

OBJETIVOS: 1) Conocer la relación entre el TTI y FEVI en pacientes con Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y angioplastia primaria. 2) Evaluar valor pronóstico de TTI para mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de los pacientes (p) incluidos en el Registro ARGEN IAM sometidos a angioplastia primaria y que contaban con el TTI. Se excluyeron aquellos sin datos de FEVI y con shock cardiogénico al ingreso. Se definió FEVI moderada/severa $\leq 40\%$. Se dividió a la población en tres grupos según el TTI, ≤ 4 horas (G1), > 4.1 y ≤ 7.9 horas (G2), y ≥ 8 horas (G3). Se analizaron características basales de la población y complicaciones.

RESULTADOS: Del total de la población del registro ($n=6765$), se excluyeron p sin datos del TTI $n=1732$, shock cardiogénico $n=474$, otras angioplastias $n=491$ p, y sin datos de FEVI $n=324$. Se incluyeron 3744 p, con edad mediana de 61 años (RIC 53-68), mortalidad de 3.5 %, TTI 280 minutos (RIC 177-520) y FEVI moderada/severa 28.8% ($n=1078$). Según los grupos: G1 41.9% ($n=1570$), G2 30.2% ($n=1131$) y G3 27.9% ($n=1043$). Los p del G3 tenían más antecedentes de diabetes (G3 23.8%, G2 21.6% y G1 18.2%, $p=0.001$), se presentaron con infarto anterior (G3 43.8% G2 38.5% y G1 36%, $p= 0.003$), y con tiempo puerta balón más prolongado (G3 151 min, G2 115 min, G1 68 min, $p<0.001$). El porcentaje de p con FEVI moderada/severa fue significativamente mayor en el G3 (32.9%, vs G2 29.6% y G1 25.5%, $p=0.0002$). Los p con TTI mayor a 8 horas presentaron más mortalidad (G3 5%, G2 3.5%, G1 2.7%, $p= 0.007$) y más shock cardiogénico en la evolución (G3 4.4%, G2 2.7% y G1 2.1%) entre otras complicaciones. El análisis multivariado para mortalidad que incluyó edad, enfermedad de múltiples vasos, kilip y kimbal B/C de ingreso, angioplastia frustra, FEVI moderada/severa y TTI mayor a 8 horas, demostró que la FEVI moderada/severa (OR 3.5; IC95% 2.4-5.1, $p<0.001$) y el TTI mayor a 8 horas (OR 1.4; IC95% 1.01-2.1, $p=0.043$) son predictores independientes de mortalidad.

CONCLUSIONES: Los pacientes con tiempo total de isquemia mayor a 4 horas se presentaron con peor FEVI, evolucionaron en forma desfavorable y con más complicaciones durante la internación. El TTI mayor a 8 horas fue predictor independiente de mortalidad.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

Diego Agustín CRIPPA | Mauro Gastón GINGINS
| Elena VARGAS PARRAGA | Martín ALADIO
| Julián FEDER | Ernesto DURONTO | Jorge BILBAO
| Mirza Vanessa RIVERO

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y
Cardiología Crítica “Dr. Rafael Bullrich”

INTRODUCCIÓN: La Sociedad Americana de Mujeres Médicas define sesgo de género como «la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud». Históricamente se consideró a los síndromes coronarios agudos (SCA) una patología principal en hombres. Pero en los últimos años contamos con bibliografía que destaca a esta entidad como la principal causa de muerte también en mujeres adultas. Encontramos análisis en el contexto de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), pero escasa información de diferencias de género en todo el espectro de SCA (IAM con lesiones coronarias obstructivas y sin lesiones obstructivas).

OBJETIVOS: Nos propusimos analizar las diferencias de género en las variables de atención médica y estrategias diagnósticas y terapéuticas en la población con SCA, entendiendo que para mejorar las conductas terapéuticas es importante conocer el comportamiento del paciente según los géneros.

Antecedentes/Ingreso	Mujeres (n 243)	Hombres (n 743)	p
Edad	68 ± 12.6	64 ± 12.2	0.67
HTA	168 (69%)	502 (67.7%)	0.75
DBT	44 (18.1%)	211 (28.5%)	0.001
Dislipidemia	133 (54.7%)	427 (57.6%)	0.46
Tabaquismo	56 (23%)	315 (42.5%)	0.0001
AHF	17 (7%)	60 (8.1%)	0.68
Sedentarismo	124 (51%)	335 (45%)	0.12
Estrés emocional	20 (8.2%)	49 (6.6%)	0.39
Sangrado previo	3 (1.2%)	8 (1%)	0.74
IAM/AI previo	45 (18.5%)	205 (27.7%)	0.005
ATC alejada	30 (12.3%)	162 (21.9%)	0.001
CRM previa	8 (3.3%)	62 (8.4%)	0.006
FA previa	20 (8.2%)	52 (7.3%)	0.674
ACV/AIT previo	21 (8.6%)	35 (4.7%)	0.86
EVP	13 (5.4%)	52 (7%)	0.46
EIC	8 (3.3%)	18 (2.4%)	0.49
ERC	13 (5.3%)	56 (7.6%)	0.3
EPOC	17 (7%)	42 (5.7%)	0.44
Depresión	13 (5.4%)	20 (2.7%)	0.062
Aspirina	84 (34.6%)	313 (42.2%)	0.035
Clopidrogrel	14 (5.8%)	72 (9.7%)	0.066
Prasugrel	3 (1.2%)	16 (2.2%)	0.59
Ticagrelor	2 (0.82%)	90 (12.4%)	0.19
P2Y12	19 (7.8%)	106 (14.3%)	0.008
IECA/ARAII/ARNI	130 (53.5%)	75 (10.2%)	0.82
Beta bloqueantes	92 (37.9%)	275 (37%)	0.88
ACO	21 (8.6%)	46 (6.2%)	0.19
Estatinas	112 (46.1%)	346 (46.7%)	0.88
Killip Kimbal A	207 (85.2%)	660 (89%)	0.46
PCR al ingreso	4 (1.6%)	14 (1.9%)	0.9
TnT	1362 ± 372	1620 ± 171	0.25
InfraST/cambios tipoT	73 (30%)	187 (25.2%)	0.2
Supra ST	51 (21%)	194 (26.2%)	0.24
Lesiones >50%	143 (58.8%)	610 (82.3%)	0.0001
Lesiones <50%/ Sin lesiones	77 (31.6%)	89 (12%)	0.0001

HTA: hipertensión arterial. DBT: Diabetes Mellitus. AHF: Antecedentes hereditarios. AI: angina inestable. EVP: enfermedad vascular periférica. EIC: enfermedad inflamatoria crónica. ERC: enfermedad renal crónica. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. P2Y12: inhibidores receptor plaquetario P2Y12. IECA: inhibidores enzima convertidora de angiotensina. ARAII: antagonistas receptores de angiotensina II. ARNI: inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina. ACO: anticoagulantes orales. TnT: Troponina T.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo observacional, analizando los datos de la cohorte del Registro de SCA de Argentina (ReSCAR 2022). Las variables de distribución normal continuas se presentaron como media y desvío estándar (DE) y las proporciones como porcentaje. La prueba t de Student fue utilizada para comparar variables continuas y chi-cuadrado o prueba de Fisher las proporciones. Los variables de distribución no normal se analizaron utilizando pruebas no paramétricas, incluida la prueba de suma de rangos de Wilcoxon.

RESULTADOS: Se incluyeron 984 participantes, 75% hombres, edad promedio 64 (+- 12.2) años y el 25% mujeres, con una edad promedio de 58 (+-12.6) años. El principal diagnóstico fue SCAS-EST con 30% mujeres y 25.2% hombres sin diferencia significativa (p 0.2). Los hombres tuvieron más factores de riesgo cardiovascular, con diferencias en DBT (28.5% vs 18.1% - p 0.001) y tabaquismo (42.5% vs 23% - p 0.0001). En los hombres se observó mayores variables de morbilidad (IAM/AI previo 27.7% vs 18.5% - p 0.005, ATC alejada 21.9% vs 12.3% - p 0.001, CRM previa 8.4% vs 3.3% - p 0.006). Con respecto al tratamiento médico previo, las mujeres venían con menor antiagregación (AAS 34.6% vs 42.2% - p 0.035, P2Y12 7.8% vs 14.3% - p 0.008). El tratamiento invasivo fue la principal estrategia al ingreso evidenciándose mayor cantidad de lesiones no significativas en las mujeres (31.6% vs 12% - 0.0001). La estrategia de angioplastia coronaria (ATC) a múltiples vasos fue optada más en hombres que en mujeres (21.2% vs 9.9% - p 0.0001). Con respecto al tratamiento médico en agudo se observó mayor antiagregación plaquetaria en hombres (AAS 97.8% vs 93.4 - p 0.002, P2Y12 pretratamiento 50.3% vs 40.7% - p 0.01, en hemodinamia 54% vs 42% - p 0.0001), tendencia que se mantuvo al egreso (AAS 89.6% vs 78.6% - p 0.0001, P2Y12 81.2% vs 60.1% - p 0.0001). Con respecto a las complicaciones hubo mayor sangrado en mujeres (6.2% vs 3.9% - p 0.044) y mayor evento cardiovascular y muerte sin diferencia significativa (8.6% vs 5.5% - p 0.094).

CONCLUSIONES: Este subanálisis representa una aproximación de las diferencias de género que se pueden encontrar en un registro actualizado del conjunto conformado por el amplio espectro de pacientes con síndrome coronario agudo independientemente de la etiología responsable del mismo. Brinda un panorama acerca de las diferencias en la elección del abordaje diagnóstico y terapéutico.

Tratamiento/Complicaciones	Mujeres (n 243)	Hombres (n 741)	p
ATC Irla	42 (17.3%)	166 (22.4%)	0.16
Trombolíticos	1 (0.4%)	6 (0.81%)	0.19
ATC múltiples vasos	24 (9.9%)	157 (21.2%)	0.0001
AAS	227 (93.4%)	726 (97.8%)	0.002
Pretratamiento P2Y12	99 (40.7%)	373 (50.3%)	0.01
P2Y12 en hemodinamia	102 (42%)	400 (54%)	0.00001
AAS alta	191 (78.6%)	664 (89.6%)	0.0001
P2Y12 alta	146 (60.1%)	602 (81.2%)	0.0001
IECA/ARAI/ARNI alta	147 (60.5%)	507 (68.4%)	0.028
Estatinas alta	206 (84.8%)	688 (92.8%)	0.0001
Betabloqueantes alta	39 (16.05%)	74 (10%)	0.014
Sangrado	15 (6.2%)	29 (3.9%)	0.044
Muerte/IAM/ACV	21 (8.6%)	41 (5.5%)	0.094

ATC: angioplastia transluminal coronaria. IAM: infarto agudo de miocardio. ACV: accidente cerebrovascular.

0305

ESTRATEGIA INVASIVA TEMPRANA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. DATOS DEL MUNDO REAL DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO ARGENTINO DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Valentin Claudio ROEL (1) | Juan Pablo COSTABEL(2) | Diego Agustin CRIPPA(3) | Guillermo PEREZ(4) | María Victoria FERRARA(5) | Mauro Gastón GINGINS(6) | Fabricio Gastón PROCOPIO(7) | Mirza Vanessa RIVERO(8)

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica “Dr. Rafael Bullrich” (1); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (2); Sanatorio Finochietto (3); Hospital Naval Buenos Aires Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo (4); HOSPITAL CARLOS G. DURAND (5); Hospital Británico de Buenos Aires (6); Fundación Favaloro (7); CEMIC (8)

INTRODUCCIÓN: El tiempo óptimo para la revascularización de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) continúa siendo controvertido. Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2020 recomiendan con Clase I, nivel de evidencia A una estrategia invasiva (EI) temprana dentro de las 24 hs en pacientes con infarto de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST), cambios del segmento ST-T y puntuación GRACE \geq 140, mientras que las guías Americanas de revascularización coronaria recomiendan a pacientes estabilizados con una puntuación GRACE \geq 140 con recomendación de Clase IIa, nivel de evidencia B.

Complicaciones isquémicas

Variables	Temprana (n=381)	Tardía (n=187)	p
Re infarto	2.36 (9)	0.53 (1)	0.53
Angina recurrente	3.1 (12)	2.1 (4)	0.59
Angina post IAM	2.8 (11)	0.5 (1)	0.1
Trombosis de stent	0.52	0	1
Muertes-IAM-ACV	5.7 (22)	6.4 (12)	0.85
Mortalidad	3.1 (12)	3.2 (6)	0.57
Tiempo de internación (días)	7.45 (\pm 14)	5.97 (\pm 5.8)	0.082

Seguridad

OBJETIVOS: Describir las características clínicas de los pacientes sometidos a EI temprana en síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y comparar la eficacia y seguridad frente a una estrategia tardía en una cohorte de un registro multicéntrico argentino de pacientes internados por síndromes coronarios agudos.

Puntaje	Temprana (n=381)	Tardía (n=187)	P
Evento hemorrágico	3.14 (12)	1.6 (3)	0.4
BARC1	0.78 (3)	1 (2)	ns
BARC2	1.5 (6)	0.5 (1)	ns
BARC3	1.5 (1.5)	1 (2)	ns
Nefropatía por contraste	1.5 (6)	1 (2)	ns

MATERIALES Y MÉTODOS: Sobre la base de 984 pacientes consecutivos admitidos en 15 centros de alta complejidad de Argentina internados por síndrome coronario agudo, se seleccionaron pacientes con SCASEST sometidos a EI. Se realizó un análisis convencional para estadística descriptiva de pacientes con EI temprana (≤ 24 hs) y se compararon las variables frente a EI tardía (> 24 hs) mediante test de T de Student, chi 2 ó Fisher según corresponda. Se utilizó el programa SPSS y se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS: En pacientes con SCASEST la EI temprana se indicó en el 67.1%, predominando el sexo masculino (80.5%) con una edad media de 64.9 años (± 11). Los factores de riesgo predominantes fueron hipertensión arterial 71.6%, dislipemia 59.8%, tabaquismo 35.4% y diabetes mellitus 30.9%. El IAMSEST representó al 68% de los pacientes sin diferencia en eventos isquémicos con Muertes-IAM-ACV 5.77% (22) vs. 6.41% (12) $p=0.85$, mortalidad 3.1% (12) vs. 3.2% (6) $p=0.57$ y tiempo de internación 7.45 días (± 14) vs. 5.97 (± 5.8) $p=0.08$. Respecto de la seguridad fueron similares los eventos hemorrágicos 3.1% (12) vs. 1.6% (3) $p=0.4$ y la severidad del sangrado por BARC así como también el desarrollo de nefropatía por contraste 1.5% (6) vs. 0.53% (1) $p=ns$.

CONCLUSIONES: De manera concordante con registros internacionales los SCASEST tratados en centros de alta complejidad de Argentina, la EI temprana es la más frecuentemente utilizada y su indicación no se correlaciona con el riesgo isquémico del paciente. Se observó una baja tasa de eventos isquémicos y hemorrágicos en la internación independiente del tiempo de estrategia, por lo que se infiere que la elección de EI temprana se debe a su disponibilidad y seguridad.

0315

PRIMER REGISTRO ARGENTINO DE MINOCA. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Mirza Vanessa RIVERO | Mauro Gastón GINGINS | Valentin Claudio ROEL | Guillermo PEREZ | Fabricio Gastón PROCOPIO | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Rosina ARBUCCI | Juan Pablo COSTABEL

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica "Dr. Rafael Bullrich"

INTRODUCCIÓN: El infarto de miocardio sin obstrucciones coronarias significativas (MINOCA) es una conocida entidad que se ha redefinido recientemente excluyendo injurias miocárdicas no isquémicas como la miocarditis y el Tako Tsubo. Hay poca información de este diagnóstico bajo esta nueva definición y no existen datos recabados de forma prospectiva en nuestro país.

OBJETIVOS: Describir las características y evolución intrahospitalaria del MINOCA en centros de alta complejidad de la República Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS: Registro prospectivo, multicéntrico de pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo desde enero hasta agosto de 2022. Los centros participantes contaron con diagnóstico con troponina ultrasensible y posibilidad de realizar cinecoronariografía. Se recabaron datos de antecedentes, características de ingreso, y evolución intrahospitalaria y medicación al ingreso y al alta. Se tomó la definición de MINOCA del Consenso Argentino de MINOCA. Se firmó consentimiento informado. Se programó seguimiento al año que se encuentra actualmente en curso.

RESULTADOS: Se incluyeron 984 pacientes de 15 centros, la mayoría del área metropolitana de Buenos Aires. Ochenta y cinco pacientes (8.6%) tuvieron diagnóstico final de MINOCA al alta. Cuarenta y cuatro pacientes (51.8%) eran mujeres, la media de edad fue de 65 años (RIC 53-63), 55 (64.7%) pacientes eran hipertensos, 44 (51.8%) dislipidémicos, 9 (10.6%) diabéticos y 23 (27.1%) fumadores. El cáncer fue la comorbilidad más frecuente (5.9%). El 23.5% tenían historia de enfermedad coronaria previa y 9.4% tenían antecedentes de fibrilación auricular. La mediana de la troponina ultrasensible al ingreso (expresada como $p99x$) fue de 2.42 (RIC 0.85-10.21). En el 71.8% de los casos el electrocardiograma no presentó signos de isquemia, 2.4% se presentaron con supradesnivel del ST, 8.2% con infradesnivel del ST y 12.4% con cambios tipo T. La angiografía coronaria fue normal en el 76.4% de los pacientes y el 23.6% tuvo obstrucciones $< 50\%$. El estudio diagnóstico con resonancia cardíaca se llevo a cabo en 18.8% y solo 1 (1.2%) paciente se realizó un test de vasoespasma intracoronario. La etiología final del MINOCA (adjudicada por el investigador de cada centro) fue: ruptura de placa en

7.1%, disección coronaria espontánea en 3.5%, vasoespasma en 21.5%, disfunción microvascular en 61.2% y embolia en 1.2% de los casos. Aunque el GRACE score promedio fue 115 (RIC 98-139), perfilando un riesgo intermedio, se registraron pocos eventos adversos durante la internación (mortalidad 0%, infarto 1.2%, insuficiencia cardíaca aguda 3.5%, fibrilación auricular 4.5%). La prescripción al alta de aspirina (72.9%), clopidogrel (27.1%), estatinas (88.2%), beta bloqueantes (67.1%) y antagonistas cálcicos (22.4%) fue significativamente mayor que al ingreso.

CONCLUSIONES: Este primer registro argentino de MINOCA describe una población donde la mitad son mujeres, el estudio de la etiología en la internación es escaso, con bajo riesgo de eventos en la internación y con baja tasa de doble antiagregación al alta.

0317

INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST EN EL ADULTO MAYOR: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE ACUERDO AL SEXO?

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Abdiel Mateo ANQUIZ DORADO (2) | Adrián CHARASK(1) | Stella MACIN(2) | Walter QUIROGA(3) | Gustavo GIUNTA(1) | Fernando BAGNERA(3)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); GRUPO ARGEN IAM ST (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)

INTRODUCCIÓN: Las mujeres tienen una expectativa de vida mayor que los hombres y esa es una de las razones por las cuales se observan más mujeres a medida que aumenta la edad de los pacientes con infarto. Asimismo, es más frecuente en ellas la consulta tardía y menor la aplicación de estrategias de reperfusión, por lo cual tienen más mortalidad. No hay datos nacionales acerca de esta temática en adultos mayores.

OBJETIVOS: 1) Conocer el porcentaje mujeres dentro de los adultos mayores que se internan por un SCA con ST en Argentina. 2) Evaluar si existen diferencias en la implementación de tratamientos de reperfusión y mortalidad de acuerdo al sexo y 3) Determinar si el sexo femenino es una variable independiente de mortalidad en los adultos mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron los pacientes ingresados en el Registro Nacional de Infarto (ARGEN IAM ST). Se definió adulto mayor a los pacientes con 60 o más años. Se analizaron en ellos diferentes características de acuerdo al sexo y se realizó análisis uni/multivariado para mortalidad intrahospitalaria.

RESULTADOS: 6676 pacientes incluidos. 3626 adultos mayores (54,3%). 37% de éstos fueron mujeres (1364 p). La edad mediana fue significativamente mayor en ellas: 68 (63-75) vs 67 años (62-73) ($p < 0,001$), el porcentaje de DBT (26%), HTA (66%), IRC (1,6%) fue similar al de los hombres. Tuvieron menos prevalencia de tabaquismo (22,8 vs 33,8%, $p < 0,005$) y más de ACV previo: 3,2% vs 1,1% ($p < 0,005$) y enfermedad arterial periférica (2,8% vs 1%, $p < 0,005$). En cuanto al cuadro clínico, las mujeres tuvieron menos prevalencia de IAM anterior (44 vs 48,5%, $p < 0,005$), no hubo diferencias en la prevalencia de insuficiencia cardíaca al ingreso (30%) ni del tiempo a la consulta (120 min) de acuerdo al sexo. Las mujeres fueron menos reperfundidas (87 vs 89,6%, $p < 0,05$) y se utilizó en ellas menos angioplastia primaria (68,6 vs 72,1%, $p < 0,05$). El uso de trombolíticos fue similar (14,2% vs 13,2%, p ns). Presentaron mayor prevalencia de APIAM (3,1% vs 2,1%, $p < 0,001$) y sangrado global (4,4 vs 3,1%, $p < 0,001$) aunque similar sangrado mayor (1,1%) que los hombres y su mortalidad intrahospitalaria fue significativamente más alta: 12,6% vs 10,7%. En el análisis multivariado para mortalidad, sin embargo, el sexo femenino no fue un predictor independiente de riesgo, los que sí lo fueron predictores independientes fueron el killip mayor que A de ingreso, la diabetes y la edad.

CONCLUSIONES: 4 de cada 10 infartos en adultos mayores ocurren en mujeres. Ellas tienen más edad, más antecedentes vasculares, similar prevalencia de factores de riesgo a excepción del tabaquismo (que predomina en hombres) y al momento del tratamiento son menos reperfundidas lo que podría relacionarse al síndrome de Yentl. Sin embargo, en el análisis multivariado para mortalidad, el sexo femenino no es una variable independiente de riesgo clínico.

COMPARACIÓN DE MINOCA CON INFARTO DE MIOCARDIO CON LESIONES EPICÁRDICAS SIGNIFICATIVAS. DATOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO DE ARGENTINA.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Mirza Vanessa RIVERO | Juan Pablo COSTABEL | Ernesto DURONTO | Juan Manuel SOUTO | Ricardo Alfredo VILLARREAL
| Federico CARDONE | Nicolás Arturo TORRES | Guillermo PEREZ

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica "Dr. Rafael Bullrich"

INTRODUCCIÓN: El infarto de miocardio sin lesiones coronarias significativas (MINOCA) es una vieja entidad que se ha redefinido recientemente como injuria miocárdica necrótica excluyendo otras entidades como la miocarditis o el Tako Tsubo. Algunos estudios señalan que el accidente de placa es la etiología más frecuente del MINOCA, tal como en el infarto clásico (IAMC) con lesiones epicárdicas significativas, sin embargo se ha descrito distinto pronóstico. No existen en Argentina datos de MINOCA en comparación con el espectro de los infartos con lesiones epicárdicas significativas.

OBJETIVOS: Comparar las características basales y evolución intrahospitalaria de los infartos sin y con obstrucciones epicárdicas significativas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevo a cabo un registro prospectivo multicéntrico de pacientes consecutivos hospitalizados por síndrome coronario agudo desde enero hasta agosto de 2022. Los centros participantes contaban con troponina ultrasensible como método diagnóstico y con posibilidad de realizar angiografía coronaria. Se definió infarto agudo de miocardio según la IV definición universal y se definió como MINOCA como los infartos con lesiones coronarias con obstrucción menor al 50%.

RESULTADOS: Se ingresaron 984 pacientes con síndrome coronario agudo de 15 centros, 706 (71.7 %) pacientes cumplieron criterios diagnósticos de infarto de miocardio, de los cuales 621 (87.9%) pacientes fueron IAMC y 85 (12.1%) pacientes, MINOCA. Los pacientes con MINOCA fueron más frecuentemente mujeres (51.8 vs 20.5%; $p < 0.001$), con menor prevalencia basal de diabetes (10.6 vs 26.9%; $p < 0.001$), tabaquismo actual (27.1 vs 41.4%, $p < 0.001$) e infarto de miocardio previo (11.8 vs 24.8% $p = 0.008$). Al ingreso, 95.3% de los paciente con MINOCA se encontraban en clase Killip & Kimball I vs 84.2% de los pacientes con IAMC ($p = 0.04$), el valor de troponina de los MINOCA (expresado como $p99x$) fue más bajo (22.6 ± 67.4 vs 156.6 ± 306.4 ; $p < 0.001$) y la fracción del eyección del ventrículo izquierdo fue mayor (57.1 ± 10.2 vs 49.5 ± 13.9 ; $p < 0.001$). El score de GRACE fue menor en los pacientes con MINOCA (118.5 vs 138.9, $p < 0.001$), y a pesar de que el score de CRUSADE no fue diferente (23.2 vs 25.4%; $p = 0.14$), los pacientes con MINOCA tuvieron menos sangrados según definición BARC 2-3 (0 vs 3.3; $p = 0.001$). Los pacientes con MINOCA no presentaron eventos adversos significativos durante la hospitalización, mientras que la mortalidad de los IAMC fue 5.2% y los MACE (un compuesto de muerte, infarto, angina recurrente o necesidad de revascularización no planeada) ocurrieron en 14.2% de los IAMC. Al alta, los pacientes con MINOCA recibieron menos prescripción de aspirina (72.9 vs 90.7%; $p < 0.001$), inhibidores P2Y12 (27.1 vs 90.4%; $p < 0.001$) y betabloqueantes (67.1 vs 80.2%; $p = 0.006$), y más prescripción de bloqueantes de canales de calcio (22.4 vs 9.3%; $p < 0.001$), nitritos (8.3 vs 3.2%; $p = 0.02$) y trimetazidina (11.8 vs 3.1%; $p < 0.001$). Tanto los MINOCA como los IAMC tuvieron alta prescripción de estatinas al alta (88.2 vs 92.1%, $p = 0.22$).

CONCLUSIONES: Los pacientes con MINOCA aparecen como una población diferente al IAMC en su curso hospitalario, siendo más mujeres, con perfil de menor riesgo al ingreso y menor incidencia de eventos adversos en la internación. Las prescripciones al alta no reflejan el concepto de accidente de placa como la principal etiología del MINOCA.

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Agustina SAUCEDO OJEDA (1) | Joaquín PEREA(2) | Ricardo Alfredo VILLARREAL(1) | Elena VARGAS PARRAGA(1) | Nicolás Arturo TORRES(1) | Mayra María MEZA(1) | Martín ALADIO(1) | Mauro Gastón GINGINS(1)

Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica “Dr. Rafael Bullrich” (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2)

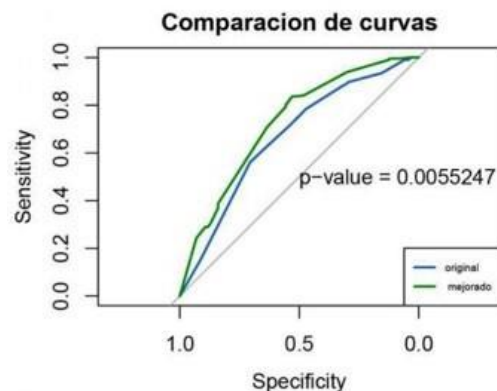
INTRODUCCIÓN: El alta temprana post-SCA de pacientes de bajo riesgo ha demostrado ser seguro, si es oportuna y organizada. El score de riesgo PAMI es una herramienta pronóstica sencilla, con parámetros fácilmente adquiribles, que permite una predicción fiable de la mortalidad inmediata, intrahospitalaria, a los 30 días y a los 6 meses en pacientes con IAM tratados con angioplastia primaria.

OBJETIVOS: Determinar predictores asociados al alta precoz de pacientes con internación por síndrome coronario agudo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional. Se realizó un análisis de la base de datos del registro Rescar. Se utilizó la estadística descriptiva convencional. El outcome fue la variable alta precoz definida como menor o igual a 3 días. Las variables relacionadas con el outcome fueron incluidas en modelos multivariados mediante diversos algoritmos de aprendizaje supervisado de Machine Learning (Regresión Logística, Lasso, Random Forest) para la búsqueda de predictores asociados con el outcome de interés. Para evitar el overfitting, la base de datos original fue dividida en dos partes, una para entrenamiento (401 pac) y otra para testeo de los modelos (401 pac). Los mismos fueron comparados a través de diversas métricas y curvas ROC.

RESULTADOS: El número total de pacientes del RESCAR fue de 985. Luego de aplicar los criterios de inclusión nos quedó una población de 801 pacientes para analizar, el promedio de edad total era de 64 años, siendo el 79% de género masculino. Entre los factores de riesgo cardiovasculares encontramos que el 68%, 58%, 40% y 27 % de los pacientes presentaban HTA, DLP, TBQ y DBT respectivamente. Una vez estratificada nuestra población según el criterio de alta precoz (<=3 días), creamos las variables ya utilizadas en el PAMI score II (Edad <70 años, Ausencia de arritmias complejas, Enfermedad de uno/dos vasos sin incluir TCI, FEY >50%). Posteriormente realizamos un análisis a través de diversos algoritmos de machine learning para la selección de predictores asociados a nuestro outcome (alta precoz). Encontramos que solo las variables “ausencia de arritmias” y “enfermedad de uno/dos vasos” del score original se asociaban estadísticamente a nuestro outcome. Por otro lado, encontramos 2 variables adicionales: Killip Kimball I (OR 2.97; IC 95% 1.34-6.97, p-valor 0.009), uso de Ticagrelor/Prasugrel en la sala de hemodinamia (OR 3.40; IC95% 2.09-5.66, p-valor 0.0007). Con estos resultados, se generaron dos modelos para ser comparados: El primero incluyó las variables del score de Pami original y el segundo, que llamamos score de Pami mejorado las variables ausencia de arritmias, enfermedad de uno/dos vasos, Fey >50%, Killip Kimball I, Ticagrelor/

	Alta precoz No	Alta precoz Si	p
n	387	414	
Genero = Masculino (%)	308 (79.6)	328 (79.2)	0.969
IMC (median [IQR])	27.70 [25.65, 31.10]	28.40 [25.90, 31.60]	0.039
Edad (mean (SD))	65.88 (11.64)	63.77 (11.98)	0.012
Hipertension arterial = si (%)	266 (68.7)	280 (67.6)	0.796
Diabetes = si (%)	110 (28.4)	107 (25.8)	0.459
Dislipidemia = si (%)	205 (53.0)	262 (63.3)	0.004
Tabaquismo = si (%)	142 (36.7)	181 (43.7)	0.051
SCA previo = si (%)	97 (25.1)	118 (28.5)	0.309
TnI valor (median [IQR])	353.00 [26.50, 4845.00]	139.00 [15.40, 2604.00]	0.004
TnT valor (median [IQR])	172.00 [31.50, 1408.50]	46.00 [17.25, 302.25]	<0.001
Frecuencia cardiaca (median [IQR])	76.00 [68.00, 86.50]	75.00 [68.00, 84.75]	0.148
TAS (median [IQR])	130.00 [120.00, 150.00]	130.00 [120.00, 150.00]	0.143
Angioplastia primaria	374 (96.6)	408 (98.6)	
TTOdenhemodinamia (%)			<0.001
NVasos (%)			<0.001
TCI = si (%)	65 (16.8)	33 (8.0)	<0.001
FEY (median [IQR])	54.00 [40.00, 60.00]	57.00 [47.00, 60.00]	<0.001
Ausencia de arritmias = Si (%)	358 (92.5)	403 (97.3)	0.003
PZY12 al alta (%)			<0.001
Angina inestable	85 (22.0)	129 (31.2)	
SCACEST	114 (29.5)	103 (24.9)	
SCASEST	188 (48.6)	182 (44.0)	
Crusade (median [IQR])	23.00 [13.50, 36.00]	19.00 [11.00, 30.00]	0.001
Grace (median [IQR])	131.00 [108.00, 157.50]	124.00 [102.00, 146.00]	<0.001



Prasugrel en la sala de hemodinamia. Cabe destacar que si bien la variable FEY >50% presentó una tendencia a ser significativa se decidió igualmente incluirla en el modelo final. Se realizaron curvas roc de ambos modelos, el score original presento un AUC de 0.6654 (IC 95%: 0.6129-0.7179), mientras que el score mejorado un AUC de 0.7238 (IC 95%: 0.6748-0.7728), siendo la diferencia entre ambas estadísticamente significativa (p-valor = 0.005525). Se calculó el índice de Youden que fue 0.4, que permite maximizar la sensibilidad y especificidad de nuestro modelo siendo 83% y 53%, respectivamente.

CONCLUSIONES: El score Pami mejorado permite una buena discriminación para externación precoz de los pacientes con síndrome coronario agudo con y sin elevación del ST. Este modelo debe ser validado con un seguimiento prospectivo de los pacientes.

0383

REGISTRO OBELISCO: DIFERENCIAS REGIONALES EN INSTITUCIONES CON ÁREAS DE CARDIO-ONCOLOGÍA EN ARGENTINA. OBSERVACIONES DE CLINICAS, INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE C-O SAC

Unidad Temática: Cardioncología

Silvia Susana MAKHOUL (1) | Jorge LAX(1) | Rita TEPPER(1) | Maria Fernanda RANIERI(1) | Mariana CARNEVALINI(1) | María Gabriela COMESAÑA(1) | Damian HOLOWNIA(1) | Heraldo D' IMPERIO(2)

Consejos: Cardio-Oncología (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2)

INTRODUCCIÓN: La cardio-oncología (CO) es una disciplina emergente integrada por grupos interdisciplinarios, cuya meta es facilitar el tratamiento oncológico y prevenir las posibles complicaciones cardiovasculares. Necesitamos conocer cómo se trabaja en cada región de nuestro país para reflejar nuestras fortalezas y limitaciones.

OBJETIVOS: Evaluar las diferencias en instituciones con áreas de cardio-oncología sobre el manejo de pacientes con patología oncológica y oncohematológica en 3 regiones de Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS: Registro nacional, multicéntrico, transversal, descriptivo, y prospectivo que incluyó 51 instituciones generales, de oncología y/o de cardiología que referían poseer grupos de trabajo o servicios de CO. Se incluyeron instituciones de 16/23 provincias y a través de una encuesta de 30 preguntas estructuradas se evaluó la organización de la disciplina CO cuyos resultados fueron publicados previamente. Se analizaron 51 centros y se los dividió según 3 regiones, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Provincia de Buenos Aires (PBA) y resto del país (RP).



RESULTADOS: Un total de 25 centros se hallaban en la región CABA, 9 en PBA y 17 en RP. Casi la mitad fueron instituciones públicas en las 3 regiones y casi todas hospitales o clínicas generales. Se encontró en las regiones de CABA y PBA mayor cantidad de servicios de CO que en RP (66, 44 y 29 respectivamente, p= 0,02) Los centros de CABA contaron con mayor número de cardiólogos, oncólogos y hematólogos que el resto de las regiones. La evaluación de los pacientes se realiza en base a guías o recomendaciones y la más utilizada es el consenso SAC en las 3 regiones. (tabla 1) La cardioprotección en prevención primaria se realiza siempre, solo en un 16% en CABA y no se realiza siempre en PB y RP. El ecocardiograma transtorácico (ETT) fue el método de elección para medir la función del ventrículo izquierdo y se realiza al inicio de los esquemas terapéuticos con más frecuencia en CABA y PBA que en RP (48%, 67% y 24% respectivamente). (grafico 1) La troponina fue el biomarcador usado en más de la mitad de las ocasiones en las regiones evaluadas. Con respecto a la frecuencia de los monitoreos fueron: 64% en CABA, 89% en PB y 47% en RP según el esquema utilizado. Frente a un caso de diagnóstico de cardiotoxicidad el tratamiento es suspendido en CABA en un 57%, 9% en PBA y 24% en RP, en tanto que se modifica la quimioterapia en el 52%, 55% y 35% y se inicia el tratamiento cardioprotector en el 80%, 67% y 76%, respectivamente. (tabla 2)

CONCLUSIONES: El presente es el primer registro nacional de CO, que nos brinda información y un panorama actual del estado en que se encuentra esta nueva disciplina en nuestro país. Las instituciones de las tres regiones analizadas presentan diferente desarrollo de la CO, con un predominio en CABA y PBA. No obstante, en todas las regiones se monitorea predominantemente la FSVI durante el proceso del cáncer con ETT bidimensional y se usan escasamente los biomarcadores. La mayor frecuencia de monitoreo se observó en PBA, así como una mayor interrupción del tratamiento oncológico en CABA ante la evidencia de cardiotoxicidad. El tratamiento cardioprotector es ampliamente utilizado en todas las regiones. Se requieren registros que incluyan instituciones de todo el país para observar el desarrollo de la CO en nuestro país.

Tabla 1. Características de las instituciones

	Cantidad de instituciones, n (%)	Cantidad de pacientes, n (%)	Cantidad de pacientes, n (%)
Dependencia de la institución, n (%)			
Pública	18 (6)	18 (6)	51 (17)
Privada	12 (4)	12 (4)	31 (10)
Mixta	4 (1)	4 (1)	8 (3)
Total	34 (11)	34 (11)	90 (30)
País de origen de los pacientes, n (%)			
Argentina	28 (8)	28 (8)	79 (27)
Brasil	2 (1)	2 (1)	5 (2)
Chile	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Colombia	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Costa Rica	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Ecuador	1 (0)	1 (0)	2 (0)
El Salvador	1 (0)	1 (0)	2 (0)
España	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Estados Unidos	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Francia	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Guatemala	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Honduras	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Italia	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Jamaica	1 (0)	1 (0)	2 (0)
México	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Nicaragua	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Paraguay	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Perú	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Reino Unido	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Uruguay	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Venezuela	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Total	34 (11)	34 (11)	90 (30)

Tabla 2. Características de las instituciones

	Cantidad de instituciones, n (%)	Cantidad de pacientes, n (%)	Cantidad de pacientes, n (%)
Dependencia de la institución, n (%)			
Pública	18 (6)	18 (6)	51 (17)
Privada	12 (4)	12 (4)	31 (10)
Mixta	4 (1)	4 (1)	8 (3)
Total	34 (11)	34 (11)	90 (30)
País de origen de los pacientes, n (%)			
Argentina	28 (8)	28 (8)	79 (27)
Brasil	2 (1)	2 (1)	5 (2)
Chile	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Colombia	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Costa Rica	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Ecuador	1 (0)	1 (0)	2 (0)
El Salvador	1 (0)	1 (0)	2 (0)
España	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Estados Unidos	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Francia	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Guatemala	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Honduras	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Italia	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Jamaica	1 (0)	1 (0)	2 (0)
México	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Nicaragua	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Paraguay	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Perú	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Reino Unido	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Uruguay	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Venezuela	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Total	34 (11)	34 (11)	90 (30)

0467

REGISTRO DE PRESION ARTERIAL EN UNA POBLACION ORIGINARIA DE MEDIANA Y ALTA MONTAÑA DE TUCUMAN (SONQO CALCHAQUI II).

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

Unidad Temática 2: Investigación Básica

Ricardo Sebastián GALDEANO (1) | Damian HOLOWNIA(1) | Darío Omar PALAVECINO(1) | José Daniel ABREGÚ(1) | Mario Alejandro BURGOS(1) | Victor Javier OTERO(2) | Tomas JUAREZ RODRIGUEZ(2) | Claudio JOO TURONI(3)

DISTRITO TUCUMAN SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA (1); Universidad Nacional de Tucumán (2);

CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (3)

INTRODUCCIÓN: La comunidad de Quilmes (Tucumán) abarca 2400 habitantes de media y alta montaña (1800 a 4000 metros sobre el nivel del mar). En setiembre del 2022, se realizó el programa SONQO CALCHAQUI II, donde un grupo de cardiólogos realizó estudios cardiovasculares a la población originaria Quilmes.

ANTECEDENTE HTA	PRIMERA TOMA (mmHg)	SEGUNDA TOMA (mmHg)	TERCERA TOMA (mmHg)
SI (n= 33)	129,3±2,9 / 77,0±1,4	122,1±2,6 / 73,9±1,8	120,7±2,2 / 74,4±1,4
No (n= 153)	128,8±1,7 / 78,8±1,0	124,1±1,7 / 76,8±0,9	122,8±1,6 / 76,1±0,1

OBJETIVOS: Realizar un registro de pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) en la comunidad de Quilmes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se efectuó una investigación cuantitativa descriptiva transversal. Se incluyeron los pacientes que concurrieron a ser evaluados mediante el programa SONQO CALCHAQUI II. Se preguntó si presentaban antecedentes de HTA. Se realizó la toma de presión arterial (PA) según los criterios del Consenso Argentino de HTA: en 3 tomas con tensiómetro Omron Hem 7120. Consideraciones Éticas: El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) dependiente de la Dirección de Investigación del SI.PRO.SA (Dictamen 34/2022). Todos los participantes dieron el correspondiente consentimiento informado oral y escrito para acceder a participar del presente estudio.

RESULTADOS: Concurrieron 186 pobladores (119 mujeres y 67 varones), 45,0±1,3 años de edad (rango 18 a 90 años), de los cuales 17,8% (33 pobladores) refirió antecedentes de HTA y el resto (153 pobladores; 82,3%) no refirió ese antecedente en el interrogatorio. La edad fue mayor en los pacientes con HTA (66,9±2,2 años; n=33) que en los que no tenían antecedentes de HTA (40,5±1,2 años; n=153; p<0,001). Los valores promedios de PA fueron similares en las 3 tomas en ambos grupos (Tabla 1). En el grupo con antecedentes de HTA se pudo constatar que 6 pobladores (18,2%) presentaban HTA no controlada. En el grupo sin antecedentes de HTA se pudo realizar diagnóstico de HTA ("HTA de reciente descubrimiento") en 27 pobladores (17,7%), por lo que se recategorizó al grupo "con HTA" en 60 pacientes (32,3% del total de pacientes). Todos los pacientes con HTA detectada mediante el control de Presión Arterial fueron derivados al Servicio de Salud para un mayor control.

CONCLUSIONES: se pudo realizar un registro en una población originaria de difícil acceso a la Salud. En una primera mirada, solo con el interrogatorio, parece una población que presenta una menor prevalencia de HTA (17,7%) que otras poblaciones. Sin embargo, cuando

se realiza el control de PA según normas nacionales (Consenso Argentino de HTA) se puede descubrir que esta cifra es similar a las poblaciones urbanas, y que el total de pacientes con HTA (conocida o no hasta ese momento) que no están controlados es mayor que la referida en centros urbanos. Se podría proponer como hipótesis, el difícil acceso al sistema sanitario de la población en estudio, como así también los malos hábitos alimentarios.

0483

REGIMEN ALIMENTARIO EN UNA POBLACION ORIGINARIA DE MEDIANA Y ALTA MONTAÑA DE TUCUMAN (SONQO CALCHAQUI II)

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Unidad Temática 2: Investigación Básica

Ricardo Sebastián GALDEANO (1) | Damian HOLOWNIA(1) | Darío Omar PALAVECINO(1) | Pablo Alberto Daniel MONTOYA(1) | Mario Alejandro BURGOS(1) | Emilio VARELA ROPPOLO(2) | Claudio JOO TURONI(3)

DISTRITO TUCUMAN SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA (1); Universidad Nacional de Tucumán (2); CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (3)

INTRODUCCIÓN: La comunidad de Quilmes (Tucumán) abarca 2400 habitantes de media y alta montaña (1800 a 4000 metros sobre el nivel del mar). En setiembre del 2022, se realizó el programa SONQO CALCHAQUI II, donde cardiólogos realizaron estudios cardiovasculares a la población Quilmes. Esta población presenta dificultades para el acceso a la salud y tiene un alto índice de sobrepeso - obesidad.

OBJETIVOS: Realizar un registro del régimen alimentario en la comunidad de Quilmes .

MATERIALES Y MÉTODOS: Se efectuó una investigación cuantitativa descriptiva transversal

RESULTADOS: Test "recordatorio de 24 Hs": Desayuno: La infusión más tomada el día anterior a la consulta (50,5% de los encuestados) fue Ilex paraguariensis ("yerba mate"), seguida por té (28,5%) y leche (7,0%) y se acompañaba en un 26,3% con pan hecho con grasa (llamadas "tortillas" o "bollos") y en 7,0% con otro tipo de panificación. Cabe resaltar que un 66,7% ingirió la infusión del desayuno sola sin ningún acompañamiento. Colación: 32,3% tomó el día anterior una infusión; 14,0% pan hecho con grasa y 11,8% fruta. Almuerzo: 34,9% comieron el día anterior algún tipo de guiso 9,7% carne; 6,54% pastas y 6,5% arroz. Solo 36,0% de los encuestados comió postre con el almuerzo (principalmente una fruta de la estación). Merienda: 71,5% tomó alguna infusión (principalmente mate: 52,5%). Media tarde: 22,0% ingirió algo entre la merienda y la cena (infusión: 9,7%; pan: 7,5%; fruta de la estación: 5,4% y otro alimento: 5,4%). Cena: 55,9% cenó el día anterior, en general la misma comida del almuerzo y 7% lo acompañó con postre.

CONCLUSIONES: Se evidencia una dieta basada en harinas con poca ingesta de frutas, verduras y proteínas de origen animal. El Test de recordatorio de 24 Hs marca una tendencia a no respetar las 5 comidas indicadas por la OMS, siendo el desayuno, en muchos casos, solamente una infusión y casi la mitad de los encuestados no cenaron. Este estudio marca la importancia de que las políticas en salud propicien a esta población en particular el acceso a alimentos saludables, adaptados a los hábitos y costumbres de pueblos originarios y contemple la geografía del lugar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo. Se incluyeron los pacientes (p) incorporados al registro ARGEN-IC, con diagnóstico de ICA desde agosto 2018 -marzo 2019. Se registraron características clínicas, ecocardiográficas, bioquímicas y terapéuticas, durante la fase de hospitalización. Se evaluó en p con pedido de TSH la mortalidad a 30 días, Los datos se incorporaron en la base de Survey monkey y se analizaron con el programa estadístico STATA. En relación a la distribución se utilizó el test de t (cuantitativas), chi cuadrado (cualitativa) y regresión múltiple.

Valor de T4	N (%)	Mortalidad a 30d (%)
T4 normal	237 (75)	2.5
hipotiroidismo subclínico leve	55 (18)	6.6
hipotiroidismo subclínico grave	6 (2)	11.1
hipotiroidismo franco	15 (5)	13.3

RESULTADOS: Se incluyeron 917 p, con una edad media 72.2 años (14.2) y sexo masculino 60.2%. La etiología predominante isquémica-necrótica La tabla 1 demuestra las características basales y comorbilidades. Presentación clínica predominante congestión mixta. FEVI reducida en 49.5%. Solo 55 de los 125 pacientes (44%) con antecedentes referidos de hipotiroidismo (aHT) tuvieron evaluación de TSH (3.8 (1.9-5.8)). En 258 p sin hipotiroidismo (33%) se analizó TSH (2.3 (1.2-4) , $p < 0.01$ respecto a aHT). La mortalidad a 30 días se asoció a los valores de TSH medidos al ingreso (por cada aumento de TSH se observó un aumento de 10% de mortalidad (OR 1.1 RIC 1.01 -1.2, $p = 0.02$), independientemente de la edad (OR 1 RIC 0.96-1, $p = 0.72$) y de la fey del VI (OR 1 RIC 0.96-1.04, $p = 0.9$). La asociación entre mortalidad y TSH fue independiente de los antecedentes de hipotiroidismo (OR 1.1 RIC 1.2 , $p = 0.02$ en pacientes sin antecedentes). Hubo una relación ascendente con la mortalidad, de acuerdo a los valores de TSH reportados como 1- normales 237 (hasta 4.5), 2- hipotiroidismo subclínico leve 55p (TSH 4.5-6.9), grave 6 p (7-10) e hipotiroidismo franco 15p (> 10).

CONCLUSIONES: En nuestra población del Registro ARGEN IC se observó baja tasa de medición de valores de TSH durante la internación, aún en pacientes con antecedentes de hipotiroidismo a pesar de las recomendaciones de guías de práctica clínica. Los valores de TSH elevados se asociaron a mayor mortalidad a 30 días.

0640

COMETAS PULMONARES EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. NUESTRA EXPERIENCIA EN ARGENTINA. REGISTRO ARGEN-IC

Unidad Temática: Insuficiencia cardíaca, miocardiopatías y pericardio

Unidad Temática 2: Enfermedad Vasculat Pulmonar

Adrián José LESCANO | Julieta SORICETTI | Paula PEREZ TERNS | Alfredo HIRSHON PRADO | Nicolas CARUSO | Guillermina SORASIO | Analia BENAVIDEZ | Alberto FERNANDEZ

Sociedad Argentina de Cardiología

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una epidemia del mundo actual, que se relaciona con el envejecimiento de la población y la mayor sobrevivencia de los pacientes (P) con diferentes cardiopatías y comorbilidades. La ecografía pulmonar (EP) es una novedosa herramienta diagnóstica que se basa en la interpretación de la imagen pulmonar y permiten un aproximación diagnóstica y un abordaje terapéutico dirigido en pacientes con patología pulmonar y cardíaca. La EP tiene un desarrollo de alrededor de 10 años, y de acuerdo a las publicaciones la EP es superior a la auscultación y radiografía de tórax para la detección de congestión pulmonar, utilizada de manera seriada permite la evaluación del tratamiento, determinar la gravedad de la congestión pulmonar, con alta reproducibilidad y período corto de entrenamiento. Además, permite detectar congestión pulmonar residual al egreso de pacientes con IC, marcador pronóstico del aumento del riesgo de hospitalizaciones y muerte.

OBJETIVOS: Determinar la presencia de cometas pulmonares en la EP y su relación con parámetros clínicos y ecocardiográficos de congestión. Determinar su relación con la tasa de reinternaciones por IC a los 30 días.

MATERIALES Y MÉTODOS: Registro prospectivo, descriptivo, que incluyó pacientes con diagnóstico confirmado de IC aguda del registro ARGEN-IC. Se registraron variables asociadas con datos demográficos y clínicos, métodos diagnósticos, intervenciones terapéuticas, evolución hospitalaria, parámetros al alta y eventos durante el seguimiento. La forma de presentación, etiologías, factores desencadenantes y evolución hospitalaria fueron definidos según las guías. Se consideró IC con fracción de eyección (Fey) preservada o deteriorada, según el valor ecocardiográfico registrado ($\geq 50\%$ y $< 49\%$); dilatación de aurícula izquierda (AI) con un área ≥ 23 cm² (4 cámaras apical); la presión de la aurícula derecha (PAD) se cuantificó en cuatro grupos (5, 10, 15 o ≥ 20 mmHg) por el diámetro de la vena cava inferior ($< > 20$ mm) y el grado de colapso ($< > 50\%$). Se realizó EP al ingreso y al alta, se definió como congestión pulmonar la presencia de 3 o más cometas pulmonares cada cuadrantes. Los eventos de interés fueron definidos según las recomendaciones internacionales y se definió readmisión global y por ICA (reinternación por ICA o requerimientos de diuréticos EV en emergencia) dentro de los 30 días.

RESULTADOS: Se incluyeron 1773 pacientes con ICA, edad media 73 años (DS 13.5 años; 58.6-85.6), 57% sexo masculino. Antecedentes de hipertensión arterial 77%, Diabetes 33 %, IAM 17%, y fibrilación auricular 36%. La forma de presentación fue en el 41% congestión mixta y 26% congestión pulmonar. Los parámetros clínicos de ingreso fueron TAS 134.96 mmHg (DS 29.5), TAD 79.13 mmHg (DS 18.64), FC 89.2 lpm (DS 23.8). Un 74% presentaron edema de miembros inferiores y 70% ingurgitación yugular, 81% rales crepitantes pulmonares. El ecocardiograma de ingreso fue de 43% (DS 14), el área de AI 31 cm² (DS 6.92), la E/e' 15.2 (DS 5), PSAP media 46.7 (DS 12) mm Hg, y el diámetro de VCI medio fue de 13 mm (DS 6). El 82% de los pacientes presentaba signos de congestión radiológica al ingreso. Se realizó ecografía pulmonar al ingreso en el 14.4%, la media de cometas pulmonares fue de 21.7 (DS 10.2). Al alta, la ecografía pulmonar se realizó en el 12.2% y la media de cometas pulmonares fue 8.4 (DS 3.37), con un valor de p 0.001. La presencia de cometas pulmonares al egreso se asocio a mayor tasa de reiteraciones a los 30 días (p 0.002).

CONCLUSIONES: La presencia de cometas pulmonares por Ecografía pulmonar es una técnica subutilizada en la practica clínica y la evidencia de congestión pulmonar al egreso se asocia con el incremento de la tasa de reiteraciones a los 30 días.

0654

RESULTADOS GENERALES DEL REGISTRO ARGENTINO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. ARGENCCV.

Unidad Temática: Valvulopatías

Damián CRAIEM | Eugenia DELLE DONNE | Juan MOUKARZEL | María Clara BELLUSCI | Mariano CASCIARO | Federico Nicolas GUILNEA | Eduardo GUEVARA

Fundación Favalaro

INTRODUCCIÓN: A pesar de los avances en las técnicas transcatóter y con un futuro promisorio en términos de abordajes menos invasivos, la cirugía cardiovascular (CCV) sigue siendo de elección en una gran cantidad de pacientes, las características de éstos, las técnicas quirúrgicas utilizadas y los materiales varían a lo largo de los años y es por esto que los registros clínicos nos permiten conocer y analizar si estos aspectos introdujeron mejoras en los resultados y evolución clínica de los pacientes.

OBJETIVOS: el objetivo principal es determinar la evolución y complicaciones quirúrgicas en los pacientes sometidos a CCV.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un registro multicéntrico, prospectivo, observacional y colaborativo inter-societario que involucra a la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y al Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares (CACCV). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos: Cirugía de revascularización miocárdica, Cirugías valvulares, de Aorta ascendente, de disección aórtica tipo A o cirugía combinada. Se excluyeron la Cirugía cardiovascular de patologías congénitas, Cirugía vascular periférica, Cirugía cardiovascular secundaria a trauma, patología de Aorta torácica y abdominal. Se planificó un seguimiento a 30 días.

RESULTADOS: Se inscribieron 49 centros con capacidad para realizar cirugía cardiovascular con y sin residencia, así como instituciones tanto privadas como estatales. Se registraron 1570 pacientes y hubo predominio de sexo masculino (74%), la edad promedio fue de 63,6 (±11,7) años. La prevalencia de diabetes fue del 29%, la de hipertensión del 77% y Dislipemia 54%. La disfunción ventricular moderada a grave prequirúrgica fue del 16% y casi el 80% de las cirugías fueron programadas. La enfermedad coronaria fue el diagnóstico prequirúrgico del 60% de los casos y en el 32% de éstos la enfermedad de tronco de la coronaria izquierda formó parte de la complejidad de la cardiopatía isquémica. La frecuencia de cirugía combinada fue del 16% Con respecto a la afectación valvular las más frecuentes fueron la EAo (68%) la IM (10%) y la IAo (9%) Se utilizaron los Scores Europeo II y el ArgenScore como predictores de mortalidad prequirúrgica siendo los mismos del 3% y 4.4% respectivamente El 33% de las intervenciones requirió transfusión con hemoderivados La utilización de Circulación Extra Corpórea fue del 75% con una mediana de tiempo de 98 minutos (RIC 75-123) y Clampeo de la Aorta de 70 minutos de mediana (RIC 50-93) del total de las cirugías realizadas. Las prótesis valvulares biológicas fueron más frecuentemente utilizada para el Reemplazo valvular aórtico. La cirugía de Aorta ascendente se practicó en 148 (9,4%) pacientes. la mayoría de los pacientes se extubó antes de las 6 hs. La franca mayoría de los pacientes necesitó inotrópicos y/o vasopresores en el posoperatorio inmediato Como inter-currencia, la Fibrilación Auricular con el 23% de los casos fue la más frecuente. Una mediana de 6 días (RIC 5-9) de internación posoperatoria. Con una mortalidad global del 8.9% siendo las

Evolución y complicaciones post quirúrgicas	N total= 1570
Extubación < 6 horas, %	46
Hemorragia, %	10
Causa de la hemorragia, %	
- Médica	63
- Quirúrgica	37
FA post operatorio, %	23,5
Insuficiencia renal, %	13
Necesidad de diálisis en insuficiencia renal, %	30
Mediastinitis, %	1
Reapertura esternal por mediastinitis, %	100
Días de internación, mediana (&RIC)	6 (5-9)
Mortalidad, %	8,9

&RIC: Rango intercuartil del 25% y 75%.

principales causas de muerte la cardiovascular y la infecciosa con falla multiorgánica. Figura 1

CONCLUSIONES: Tras 10 años de ausencia de registros. Este registro intenta reflejar la realidad de la cirugía cardiovascular en Argentina. Participaron centros con y sin residencia e instituciones tanto privadas como estatales. Comparativamente con los registros previos podemos concluir que los días de internación luego de una cirugía cardiovascular mantienen los 6 días publicados previamente y que la mortalidad no ha cambiado en forma significativa.