



# SAC.25

y el 21° Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica



## TEMAS LIBRES



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



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

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

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

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

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

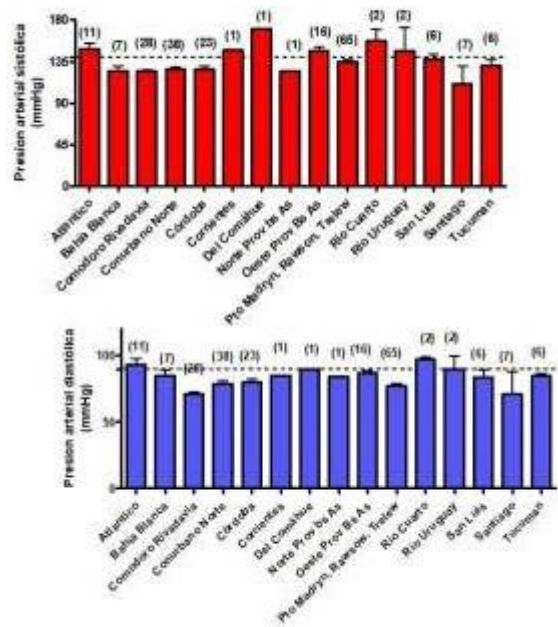
Áreas SAC: Área de Distritos<sup>1</sup>; INSTITUTO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS (INSIBIO), CONICET-UNT<sup>2</sup>

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

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

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

FIGURA 1: Valores de presión arterial en según Distrito SAC



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

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





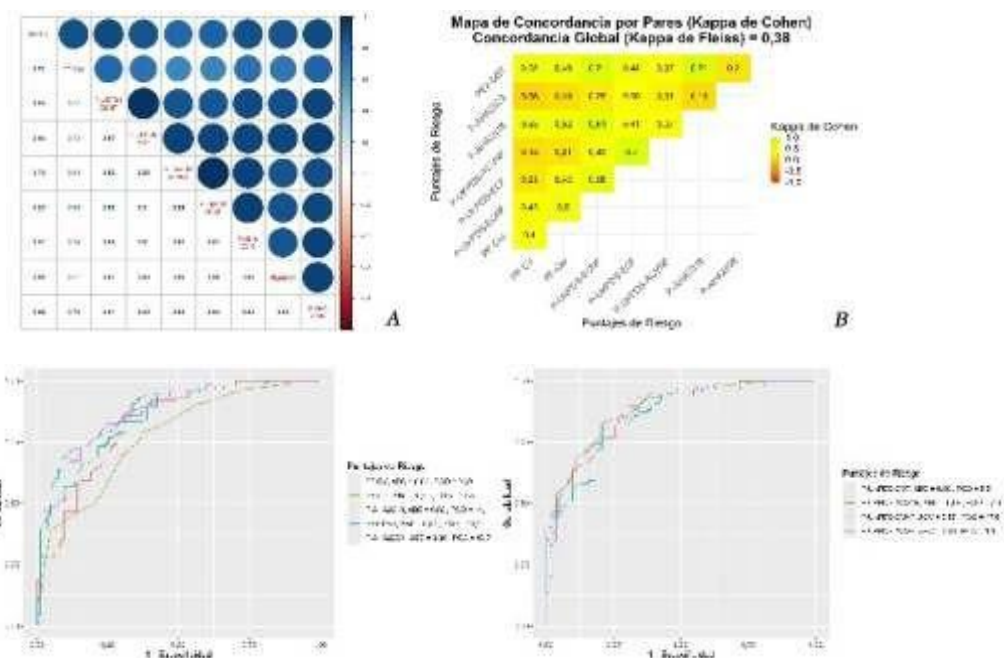
## 0025 - EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO 2 EN PREVENCIÓN PRIMARIA: COMPARACIÓN DE MÚLTIPLES PUNTAJES Y DETECCIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Lorenzo Martín LOBO<sup>1</sup> | Walter MASSON<sup>2</sup> | Graciela Beatriz MOLINERO<sup>1</sup> | Gustavo GIUNTA<sup>3</sup> | Cecilia Paula MASIELLO<sup>1</sup> | Silvina Valeria SAGARDÍA<sup>1</sup> | María Del Carmen V. SARLI BALDOVINO<sup>1</sup> | Augusto LAVALLE COBO<sup>1</sup>

Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"<sup>1</sup>; Hospital Italiano de Buenos Aires<sup>2</sup>; Fundación Favaloro<sup>3</sup>

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



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

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

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





especialmente en instituciones públicas ( $p=0.0002$ ). El 41,4% ( $n=99$ ) de los profesionales refirió indicar profilaxis de endocarditis en todos los pacientes con VAB y el 41,4% ( $n=99$ ) sólo en casos de alto riesgo de endocarditis.

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

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

Investigación / Básica / Cardiología / Clínica

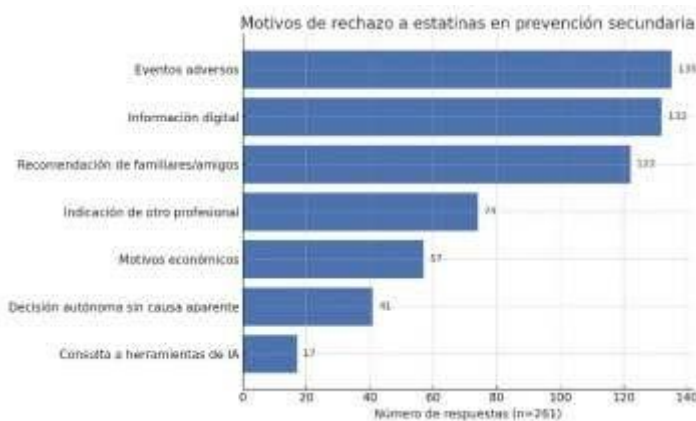
Lucía HELGUERA<sup>1</sup> | María Celeste CARRERO<sup>2</sup> | Gustavo GIUNTA<sup>2</sup> | Juan Pablo COSTABEL<sup>2</sup> | Pablo Guillermo STUTZBACH<sup>2</sup>

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

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

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

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



**Resultados:** Un total de 638 profesionales de todas las regiones de Argentina (predominantemente cardiólogos, 84.4%) participaron en la encuesta. El 40.9% (n=261) reportó haber recibido manifestaciones explícitas de rechazo a las estatinas por parte de pacientes en prevención secundaria en los dos meses previos. Los motivos más frecuentes de esta negativa fueron la presencia de eventos adversos (53.4%, n=135) y la influencia de información digital desalentando su uso (50.5%, n=132). Otros motivos incluyeron recomendaciones de familiares o amigos (46.7%, n=122), indicaciones de otros profesionales (28.3%, n=74), motivos

económicos (21.8%, n=57), decisión autónoma sin causa aparente (15.7%, n=41), y en último lugar, un 6.5% (n=17) identificó la consulta a herramientas de inteligencia artificial como un factor contribuyente (Imagen 1). Además, el 74% (n=193) de los pacientes que rechazaron estatinas no se negaron a otras medicaciones cardiovasculares, y el 66.6% (n=174) de los profesionales percibió un aumento reciente en esta tendencia al rechazo.

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



## ▶ 0243 - ESTRATEGIA FARMACOINVASIVA COMO TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN EN ÁREAS SIN DISPONIBILIDAD DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA DEL REGISTRO ARGENIAM

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN<sup>1</sup> | Gerardo ZAPATA<sup>1</sup> | Alejandro MEIRIÑO<sup>1</sup> | Heraldo D' IMPERIO<sup>2</sup> | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA<sup>2</sup> | Miguel HOMINAL<sup>1</sup> | Charask ADRIAN<sup>2</sup> | Juan Alberto GAGLIARDI<sup>2</sup>

Federación Argentina de Cardiología<sup>1</sup>; Sociedad Argentina de Cardiología<sup>2</sup>

**Introducción:** El tratamiento de reperfusión en un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) se puede realizar con agentes fibrinolíticos o con angioplastia primaria (ICPp). La ICPp es la estrategia de elección, pero muchos de los pacientes con SCACEST acuden inicialmente a hospitales sin ICPp. El uso de trombólisis en casos indicados, seguida de un estudio angiográfico (estrategia farmacoinvasiva).

**Objetivos:** analizar prevalencia de estrategia farmacoinvasiva (Finv) y su relación con la mortalidad

**Materiales y Métodos:** El ARGEN-IAM-ST es un registro prospectivo, multicéntrico, nacional y observacional donde se incluyeron 7642 pacientes dentro de las 36 horas de evolución. La estrategia Finv, definida como aquella en la que se efectúa la revascularización por ATC dentro de las primeras 24 hs en pacientes que recibieron tratamiento fibrinolítico y evolucionaron con criterios positivos de reperfusión

**Resultados:** La edad media fue 62±12 años, 79% de sexo masculino. Fueron tabaquistas 41%, hipertensos 58,% y En el 89% se realizó ATCp, el 8.86% trombolíticos con reperfusión positiva y el 6.8% Finv, en el año 2023 esta estrategia se utilizaba en 2.8%. El tiempo total de isquemia fue menor en aquellos pacientes que recibieron trombolíticos con criterios positivos (135 min – RIC 95-225) y que fueron a Finv (145 min – RIC 98-280) respecto a aquellos que fueron a ATCp (mediana 280 min, RIC 179-520),  $p < 0,001$ . Respecto a los eventos hospitalarios no hubo diferencias en la mortalidad hospitalaria (7.8% en el grupo ATCp, TL 8% y 8,1% en los que recibieron Finv ( $p = 0,31$ ); ni tampoco hubo diferencias en el sangrado mayor 0.6% vs 1.2 vs 0.7% ( $p=0.8$ )

**Conclusión:** 7 de cada 100 pacientes que se reperfundan reciben Finv. Se duplico su utilización desde el 2023. Es segura respecto al sangrado. Es necesario crear redes de infarto para ofrecer esta estrategia a mayor número de pacientes.

## ▶ 0266 - FACTORES DE RIESGO EN EL IAM CON ST DEL REGISTRO ARGEN.IAM

Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN<sup>1</sup> | Gerardo ZAPATA<sup>1</sup> | Alejandro MEIRIÑO<sup>1</sup> | Walter QUIROGA CASTRO<sup>1</sup> | Yanina CASTILLO COSTA<sup>2</sup> | Heraldo D' IMPERIO<sup>2</sup> | Adrian CHARASK<sup>2</sup> | Juan Alberto GAGLIARDI<sup>2</sup>

Federación Argentina de Cardiología<sup>1</sup>; Sociedad Argentina de Cardiología<sup>2</sup>

**Introducción:** Los factores de riesgo son importantes en el desarrollo del infarto agudo de miocardio. Algunos se relacionan con la aterosclerosis y otros con el accidente de placa

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo en ptes con IAM con elevación del ST hospitalizados del registro ARGEN-IAM.

**Materiales y Métodos:** estudio observacional, prospectivo con pacientes hospitalizados por Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST del Registro ARGEN IAM, desde el 2015 a 31 de diciembre 2024. Se los separo la población en dos grupos: Grupo I: de 35 a 60 años y Grupo II: >60 a 85 años.

**Resultados:** Se incluyeron 6742 ptes, el Grupo I incluyo 3250 ptes y los restantes del Grupo II. En el Grupo I el 78 % fueron masculinos y en el grupo II: 79.5% hombres ( $p=0.2$ ). El Grupo I tenía una edad media de 51 ± 6,9 años y el Grupo II 68.5 ± 7,2 años. En cuanto a los factores de riesgo, el tabaquismo fue más prevalente en el grupo I: 48% frente al grupo II: 41% ( $p=0,001$ ). En el grupo II fue más frecuente la hipertensión 81,05% vs 55% ( $p=0,001$ ), la diabetes 41% vs 28% respectivamente ( $p=0,001$ ). La obesidad predominó en el Grupo I: 27% frente al 14% ( $p=0,001$ )- La dislipidemia estuvo presente 35% del Grupo I y 43% del Grupo II ( $p=0.03$ ). Tenían hiperglucemia en el ingreso el 25% del Grupo I comparado con 33% del Grupo II ( $p=0,001$ ). El 5% de ptes Grupo I habían tenido un infarto previo mientras que el 14% del Grupo II sufrió dos o más episodios coronarios agudos previos. En cuanto a antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, estuvo presente en 9% en el Grupo I comparando con 6% en el grupo II ( $p=0.04$ ). La mortalidad Global fue 8,4%, correspondiendo al Grupo I el 6,72% frente a 8,8% en el Grupo II ( $p=0.001$ ). El 17% de Grupo II sufrió complicaciones durante la internación (reinfarto, ACV o insuficiencia cardíaca), mientras que 6% en el Grupo I ( $p=0.001$ ). En el análisis multivariado de factores de riesgo en el desarrollo de infarto el factor significativo para ambos grupos fue el tabaquismo (OR 2.2 IC 95% 1.15-3.2)











## 0557 - EFECTOS ANTI-INFLAMATORIOS DEL TIRZEPATIDA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiología Clínica

Lorenzo Martín LOBO<sup>1</sup> | Walter MASSON<sup>2</sup> | Juan Patricio NOGUEIRA<sup>3</sup> | Graciela Beatriz MOLINERO<sup>1</sup> | Pedro TOUZAS<sup>2</sup> | Leandro BARBAGELATA<sup>2</sup> | Gustavo GIUNTA<sup>4</sup> | Silvina Valeria SAGARDÍA<sup>1</sup>

Consejos: Epidemiología y Prevención Cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"<sup>1</sup>; Hospital Italiano de Buenos Aires<sup>2</sup>; Sociedad Argentina De Lípidos<sup>3</sup>; Fundación Favaloro<sup>4</sup>

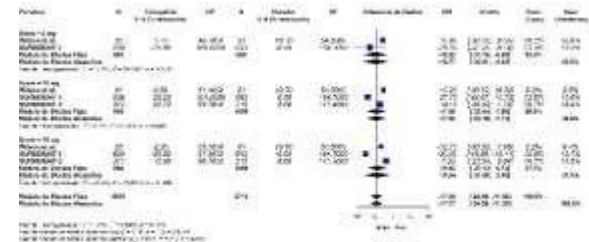
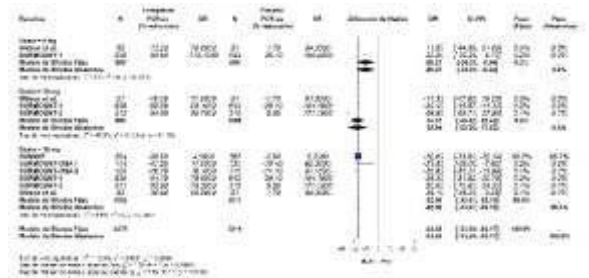
**Introducción:** La inflamación representa un mecanismo central en la fisiopatología de la diabetes tipo 2 (DM2), la obesidad y sus complicaciones cardiovasculares. Tirzepatida, un agonista dual de los receptores de GIP y GLP-1, ha demostrado beneficios metabólicos superiores a los agonistas GLP-1 tradicionales, aunque sus efectos antiinflamatorios están menos explorados.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la Tirzepatida, en los niveles de proteína C reactiva ultrasensible e interleuquina 6 y su relación con la dosis administrada.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis conforme a las directrices PRISMA, incluyendo estudios observacionales (de cohorte) y ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron el uso de tirzepatida y reportaron la variación porcentual de marcadores inflamatorios [proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) e interleucina 6 (IL-6)]. Para el análisis se utilizó un modelo de efectos aleatorios, y se efectuó un análisis de sensibilidad.

**Resultados:** Se incluyeron 8 estudios para el análisis cualitativo (7 ensayos clínicos aleatorizados y un estudio observacional) y 6 para el análisis cuantitativo (meta-análisis). Tirzepatida redujo significativamente PCR-us (diferencia de medias [DM]: -32.9; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: -33.6 a -32.2; I<sup>2</sup> = 15.3%) e IL-6 (DM: -17.8; IC95%: -24.3 a -11.3; I<sup>2</sup> = 1.6%) en comparación con placebo. El uso de 15 mg (DM -32.9; IC95% -33.6 a -32.2; I<sup>2</sup> = 4.4%), 10 mg (DM -33.9; IC95% -50.3 a -17.6; I<sup>2</sup> = 41.8%), y 5 mg (DM -20.3; IC95% -35.2 a -5.3; I<sup>2</sup> = 0%) de tirzepatida se asoció con niveles de PCR-us significativamente más bajos frente a placebo. Por otro lado, dosis de 5 mg (DM -18.8; IC95% -32.9 a -4.6, I<sup>2</sup> = 17.2%), 10 mg (DM -17.9; IC95% -28.2 a -7.7, I<sup>2</sup> = 2.1%), y 15 mg (DM -16.8; IC95% -31.1 a -2.6, I<sup>2</sup> = 47.4%) de tirzepatida se asociaron con una reducción de IL-6 en comparación al placebo.

**Conclusión:** El presente estudio demostró que el uso de tirzepatida se asoció con una reducción de los marcadores inflamatorios, independientemente de la población evaluada o del régimen de tratamiento utilizado. Estos hallazgos explicarían uno de los mecanismos por los cuales la tirzepatida podría reducir los eventos cardiovasculares.







**Resultados:** Se analizaron 7733 pacientes (edad media  $61 \pm 12$  años; 78,9% hombres). El 95% (7290/7733) recibió tratamiento de reperfusión, de los cuales el 19% (1387/7290) fue tratado con TL. Entre estos, el 93,5% recibió SK y el 6,5% trombolíticos fibrinoespecíficos. El 35% (482) integró el Grupo A y el 65% (901) el Grupo B. Los tiempos TTI y TPAG fueron mayores en el Grupo B, con solo un tercio de los pacientes cumpliendo TPAG menor 30 minutos. La frecuencia de ATCr y TFINV fue significativamente menor en el Grupo A ( $p=0,001$ ). La hemorragia global fue mayor en pacientes que recibieron estrategias invasivas (ATCr 9,7%; TFINV 14%) en comparación con TL (5,4%) ( $p<0,001$ ), sin diferencias significativas en hemorragia cerebral ( $<1\%$  en todos los grupos). La mortalidad fue mayor en el Grupo A (12% vs. 9%; OR 1,45; IC95% 1,0-2,0;  $p=0,047$ ).

**Conclusión:** El tratamiento trombolítico representa el 20% de las estrategias de reperfusión en los centros vinculados a la SAC y FAC. Solo un tercio de los pacientes tratados con TL cumple el objetivo de TPAG menor 30 minutos. La derivación a otros centros prolonga los tiempos críticos. En pacientes tratados con fibrinolíticos la frecuencia de estrategias invasivas es baja en los centros de primer contacto, donde también se observa una mayor mortalidad. La tasa de hemorragia global aumenta con procedimientos invasivos, pero la hemorragia cerebral permanece por debajo del 1% esperable con SK. Optimizar los tiempos de isquemia y fortalecer las redes de atención son medidas clave para mejorar la calidad y equidad en el tratamiento del IAMCEST. La reciente incorporación del Tenecteplase al vademécum nacional representa una oportunidad para mejorar la sistematización del tratamiento, reduciendo tiempos críticos y mejorando los resultados clínicos.

## 0608 - ALERTA VACUNAS: LA INTERVENCIÓN OLVIDADA

Cardio Geriátría / Cardiología Clínica

Guillermo Alberto SUAREZ | María Soledad PALACIO | María Alejandra ANGRISANI | Laura FLOR | Florencia Ines CANALES | Antonio DELUCA | Mariela Karina HUERTAS | Patricia BLANCO

Consejos: *Cardiogeriatría*

**Introducción:** Las enfermedades crónicas y la inmunosenescencia aumentan el riesgo de complicaciones por influenza y neumococo en los adultos mayores. En Argentina, las recomendaciones incluyen vacunación antigripal y antineumocócica en todos los  $\geq 65$  años, y en los de 60–64 años solo si presentan comorbilidades

**Objetivos:** Determinar la inmunización con las vacuna antigripal y antineumocócica en pacientes ambulatorios de  $\geq 60$  años, con un subanálisis en el grupo de 60–64 años con al menos una comorbilidad (diabetes o antecedentes cardiovascular), y evaluar los factores asociados a la vacunación.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en 574 pacientes  $\geq 60$  años atendidos en consulta cardiológica ambulatoria hasta mayo de 2025. Se registraron edad, sexo, número de comorbilidades, polifarmacia ( $\geq 5$  fármacos), estado funcional (pre-frágil y frágil), factores de riesgo cardíaco y antecedentes cardiovasculares. Se consideró población indicada a  $\geq 65$  años o 60–64 años con diabetes o enfermedad CV. Las coberturas se calcularon con IC 95 %;  $\chi^2$  y prueba de Cochran–Armitage evaluaron diferencias y tendencia, y se ajustaron modelos de regresión logística multivariable (edad, comorbilidad, polifarmacia, estado funcional) en Stata 17 ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** De los 574 pacientes  $\geq 60$  años, 520 (90,6 %) cumplían indicación de aplicación de la vacuna ( $\geq 65$  años o 60–64 años con comorbilidad). En este grupo, 340 recibieron la antigripal (65,4 %), 254 la neumocócica (48,8 %) y 240 ambas (46,2 %). Al estratificar por estado funcional, los robustos ( $n = 278$ ) tuvieron coberturas de 61,5 % antigripal y 44,2 % neumocócica; los pre-frágiles ( $n = 176$ ), 67,0 % y 51,1 %; y los frágiles ( $n = 66$ ), 69,7 % y 56,1 % ( $p$  tendencia para vacuna neumocócica = 0,03). En el subgrupo de 60–64 años con comorbilidad ( $n = 74$ ), la antigripal alcanzó 46,0 %, la neumocócica 28,4 % y ambas 28,4 %, frente al 67,9 %, 50,5 % y 47,6 % observados en los  $\geq 65$  años ( $n = 446$ ) ( $p < 0,001$  para todas). En regresión logística multivariable, cada año de edad aumentó un 4 % la probabilidad de aplicación de vacuna antigripal (OR 1,04; IC 95 % 1,02–1,06;  $p < 0,001$ ) y la fragilidad mantuvo un efecto independiente (OR 1,60; IC 95 % 1,05–2,52;  $p = 0,03$ ). Para la vacuna neumocócica, edad (OR 1,05; IC 95 % 1,03–1,07;  $p < 0,001$ ) y número de comorbilidades (OR 1,15 por diagnóstico; IC 95 % 1,03–1,28;  $p = 0,012$ ) fueron los únicos predictores significativos.

**Conclusión:** La inmunización en pacientes indicados es subóptima, especialmente en los adultos de 60–64 años con comorbilidades. La edad y la fragilidad impulsan la aplicación de la vacuna antigripal, mientras que para la vacuna antineumocócica predominan la edad y la acumulación de enfermedades. Estas brechas exigen reforzar las estrategias de promoción y facilitación del acceso a ambas vacunas en nuestra población ambulatoria



atípica de estos cuadros. Por lo tanto, estos sean quizás los motivos más relevantes por los que, a la hora del manejo de un paciente mayor con síndromes coronarios agudos (SCA), se tomen conductas menos invasivas.

SCACEST estable	ROBUSTO	FRÁGIL LEVE	FRÁGIL MODERADO
Inferior	82.0%	80.0%	22.7%
Inferoposterior	87.0%	86.7%	87.0%
Anterior	85.0%	86.7%	81.0%

**Objetivos:** Discutir brechas en el manejo de los SCA en PM de 80 años y establecer recomendaciones para esta población mediante discusión con médicos referentes en cardiología y geriatría.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una reunión mediante metodología de consenso estructurado a través de mesas redondas (roundtable) para la cual se convocó a 40 médicos referentes y se analizaron diferentes escenarios clínicos. Las estrategias de manejo se evaluaron según tres categorías (robusto, fragilidad leve, fragilidad moderada) mediante discusión estructurada y votación anónima. La aceptación fue dividida como apropiada (verde, >65%), poco apropiada (amarillo, entre 25 a 64%) e inapropiada (rojo, inferior a 24%).

	ROBUSTO	FRÁGIL LEVE	FRÁGIL MODERADO
Acortar tiempos de antiagregación	22.0%	22.0%	44.7%
Uso de inhibidores de iP2Y12 sin AAS	22.0%	22.0%	22.7%
FA con iP2Y12 solo más ACO	78.0%	80.0%	31.0%

**Resultados:** La estrategia invasiva precoz tuvo una elevada aceptación en pacientes robustos con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST (SCACEST), independiente de comorbilidades asociadas. El uso de ticagrelor

tuvo baja aceptación, sobre todo en más frágiles. En síndromes coronarios agudos con supradesnivel del segmento ST (SCACEST), la estrategia invasiva fue fuertemente recomendada de estar disponible. En caso de no contar con hemodinamia, el uso de fibrinolíticos fue respaldado en robustos y frágiles leves, aún mayor en los más extensos. En el caso de eventos pequeños, el respaldo fue bajo en frágiles moderados. Acortar las estrategias antitrombóticas tuvo baja aceptación en robustos y frágiles leves, aunque casi en la mitad de los frágiles moderados. El uso de iP2Y12 sin AAS mostró baja aceptación general y ante la presencia de FA, el uso de iP2Y12 junto a anticoagulación, resultó una alternativa aceptable en robustos y frágiles leves, pero en solo un tercio de frágiles moderados.

**Conclusión:** El grado de fragilidad influyó significativamente en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes octogenarios, con una tendencia hacia abordajes más conservadores a medida que aumenta el grado de fragilidad. Estos hallazgos sugieren la necesidad de algoritmos de tratamiento estratificados por fragilidad y destacan la importancia de incorporar la valorización integral en cardiología a los protocolos de atención cardiovascular.

## 0620 - PREVALENCIA DE LOS SÍNDROMES CARDIOGERIÁTRICOS: CLAVES PARA UNA PRÁCTICA MÁS INTEGRAL

Cardio Geriatría / Cardiología Clínica

Soledad PALACIO | Guillermo Alberto SUAREZ | Patricia BLANCO | Laura FLOR | Florencia SOBRINO | Maria Sol DONATO | Agustina MONTEROS | Natalia Eva Amalia LASARTE

Consejos: *Cardiogeriatría*

**Introducción:** El envejecimiento redefine la práctica cardiológica: los pacientes presentan a la consulta una combinación creciente de enfermedades crónicas, consumo elevado de medicamentos y pérdida progresiva de reserva funcional. Cuantificar esta complejidad resulta imprescindible para diseñar estrategias terapéuticas seguras y efectivas

**Objetivos:** Caracterizar la carga de multimorbilidad, fragilidad y polifarmacia en adultos de 60 años o más que consultan de forma ambulatoria, e identificar los factores clínicos que se asocian de manera independiente con los síndromes geriátricos.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en 574 pacientes ambulatorios de  $\geq 60$  años atendidos en la consulta de cardiología en mayo de 2025. Para el análisis descriptivo se emplearon medianas e intervalos intercuartílicos para variables continuas y frecuencias para categóricas. Las comparaciones se realizaron con la prueba de Mann-Whitney y  $\chi^2$ . Se construyó un modelo de regresión logística multivariable para identificar predictores independientes de fragilidad, incluyendo edad, comorbilidad, polifarmacia, número de factores de riesgo coronario y antecedentes cardiovasculares. Todos los análisis se efectuaron con Stata 17, considerando significación estadística con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 574 pacientes consecutivos; la mediana de edad fue 73 años (RIC 67–79) y 53 % eran mujeres. El 74 % presentaba  $\geq 2$  comorbilidades (mediana 3; RIC 2–5); el 53 % recibía  $\geq 5$  fármacos y el 5,6 % alcanzaba la

hiperpolifarmacia. El 33 % presentaba pre-fragilidad y el 13 % era frágil. Entre los factores de riesgo coronario se observaron hipertensión en el 76,8 %, dislipemia en 61,5 %, sedentarismo en 53,3 %, tabaquismo 22,0 % y diabetes en 23,2 %; la mediana de factores de riesgo por paciente fue 2 (RIC 1–3). El 29 % tenía al menos un antecedente cardiovascular: cardiopatía isquémica 18,5 %, insuficiencia cardíaca 14,2 %, fibrilación auricular 11,8 %, revascularización coronaria 10,6 %, accidente cerebrovascular 9,4 % y enfermedad arterial periférica 8,2 %. En el análisis multivariado se observó que la probabilidad de fragilidad aumentó 8 % por cada año adicional de edad (OR 1,08; IC 95 % 1,04–1,11;  $p < 0,001$ ) y 19 % por cada comorbilidad agregada (OR 1,19; IC 95 % 1,10–1,28;  $p < 0,001$ ). La polifarmacia se asoció con un incremento relativo del 82 % en el riesgo (OR 1,82; IC 95 % 0,99–3,34;  $p = 0,049$ ). Cada FRC adicional elevó la probabilidad de ser frágil en un 30 % (OR 1,30; IC 95 % 1,12–1,51;  $p < 0,001$ ) y la presencia de al menos un antecedente cardiovascular duplicó ese riesgo (OR 2,02; IC 95 % 1,22–3,36;  $p = 0,007$ ).







de pacientes con HP evaluando parámetros claves de la función y remodelación negativa del ventrículo derecho (VD) y su relación con los valores de referencia normales para comprender mejor el fenotipo de la enfermedad en nuestra población.



de 10 años de experiencia. Las provincias más representadas fueron CABA (34%, n=110), Buenos Aires (17,5%, n=58) y Santa Fe (17,5%, n=57). El resto de características demográficas se observan en la Tabla 1. El 84% (n=274) manifestó intenciones de emigrar, siendo Europa el destino preferido (70%, n=229), y un 53% (n=173) ya había iniciado trámites como homologación de título o gestión de ciudadanía. Los principales factores negativos del sistema de salud percibidos fueron económicos, desequilibrio entre trabajo y tiempo libre, y falta de reconocimiento profesional (Tabla 2). Entre las motivaciones profesionales para emigrar se destacaron el deseo de mejor formación académica (43%, n=139) y acceso a tecnología médica avanzada (32%, n=103). Además, un 43% (n=139) indicó no percibir oportunidades de crecimiento profesional. Dentro de los encuestados con deseos de emigrar, un 13% (n=42) consideró la misma como definitiva y un 46% (n=147) estaría dispuesto a dejar temporalmente el ejercicio profesional. Las principales barreras para emigrar fueron la distancia de la familia y vínculos afectivos.

Factores negativos del sistema de salud (n)	
Escasez de oportunidades de crecimiento en su entorno (n)	53% (173)
No iniciado trámites para vivir/trabajar en el exterior	53%
Factores desequilibrados del sistema de salud (n)	
Relocación trabajo/tiempo libre	93% (293)
Desarrollo de trabajo/tiempo libre	88% (274)
Falta de reconocimiento/valoración profesional	69% (217)
Instabilidad económica/política del país	58% (185)
Múltiple en el ámbito laboral	27% (85)
Motivaciones para emigrar (n)	
Económica	74% (236)
Mejores condiciones laborales	72% (221)
Seguridad personal/Calidad de vida	64% (205)
Formación académica	43% (139)
Acceso a tecnología médica avanzada	32% (103)
Dificultades percibidas para vivir/trabajar en el extranjero (n)	
Distancia/Afectos	42% (131)
Validación de títulos profesionales	26% (85)
Idioma	26% (85)

**Conclusión:** La intención de emigrar es altamente prevalente entre cardiólogos jóvenes y en formación, impulsada por factores socioeconómicos, desequilibrio laboral y falta de reconocimiento profesional. La elevada proporción que inició trámites refleja una situación crítica que pone en riesgo la permanencia y el desarrollo profesional de estos médicos en el país. Estos hallazgos resaltan la necesidad de acciones urgentes para mejorar las condiciones laborales y profesionales.

## 0735 - ARGEN-HP: REGISTRO INTERSOCIETARIO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ARGENTINA.

Enfermedad Vasculiar Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolas SILVA CROOME | Pablo COSTAS MARTIGNAGO | Luis LEMA | Martin BOSIO | Graciela SVETLIZA | Guillermina SORASIO | Nicolas DAMELIO | Mariana CORDOBA

ARGENHP RESEARCH GROUP

**Introducción:** Las guías de práctica clínica en Hipertensión Pulmonar (HP) se basan en análisis de grandes cohortes del hemisferio norte, principalmente en Estados Unidos y en Europa. La información disponible en Latinoamérica es limitada.

**Objetivos:** Analizar las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de la población con HP de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Registro nacional, multicéntrico, analítico, prospectivo y consecutivo de pacientes con Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho (CCD) según criterios ESC/ERS 2022, de HP de Grupo I, III, IV y V. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, de estudios complementarios (CCD, ecocardiograma Doppler, test de caminata de 6 minutos (TC6M), laboratorio, espirometría) y terapéutica implementada. La estratificación de riesgo fue realizada según las guías ESC 2022. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%), las cuantitativas en media o mediana con desvío estándar (DS) o rango intercuartilo (RI) según distribución.

**Resultados:** Se incluyeron 683 p con una edad media de 55 años ± 18 y sexo femenino de 66.44%. El grupo I fue el más prevalente, siendo la etiología idiopática la de mayor frecuencia. La demora diagnóstica fue de 10.91 meses. 52.67% presentó clase funcional avanzada (III/IV). 37.5% mostró insuficiencia cardíaca, 12.07% síncope y 5.6% angor. En el TC6m solo el 25% recorrió una distancia mayor a 440 metros. En el CCD 25% presentó índice cardíaco (IC) menor de 2.2 l/min\*m2., presiones pulmonares y RVP severamente incrementadas. La media de diámetro basal del VD fue de 45 mm ± 8 La mediana de NT-proBNP fue 662 pg/ml. (170 – 1457). 74.23% no se encontraban en bajo riesgo. 59.6% recibió terapia combinada.

**Conclusión:** La población argentina con HP se caracteriza por ser heterogénea, con mayor prevalencia del grupo I y sexo femenino,

Edad, años (SD)	55.65 (SD ± 18)
Sexo femenino (%)	69.75
<b>Grupo (%)</b>	
I	67.41
III	15.99
IV	15.84
V	0.75
<b>Patología asociada Grupo I (%)</b>	
Idiopático	44
Enfermedad del tejido conectivo	32
Cardiopatía congénita	14
Hipertensión portopulmonar	3
HIV	3
Asociado a drogas	2
<b>WHO CF (%)</b>	
I	6.72
II	40.61
III	42.14
IV	10.53
<b>TC6M</b>	
Distancia (m)	342 ± 131.4
<b>Estratificación de riesgo (%)</b>	
Bajo	25.77
Intermedio	51.54
Alto	22.69

presentando al momento del diagnóstico clase funcional avanzada, parámetros hemodinámicos de severidad y remodelado negativo de cavidades derechas. Conocer las características de nuestra población permitirá adoptar estrategias para lograr el diagnóstico precoz y un abordaje más efectivo de la patología.

