SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

SAC.22

48° CONGRESO

TEMAS LIBRES

20, 21 y 22 de octubre de 2022

La Rural, Predio Ferial de Buenos Aires

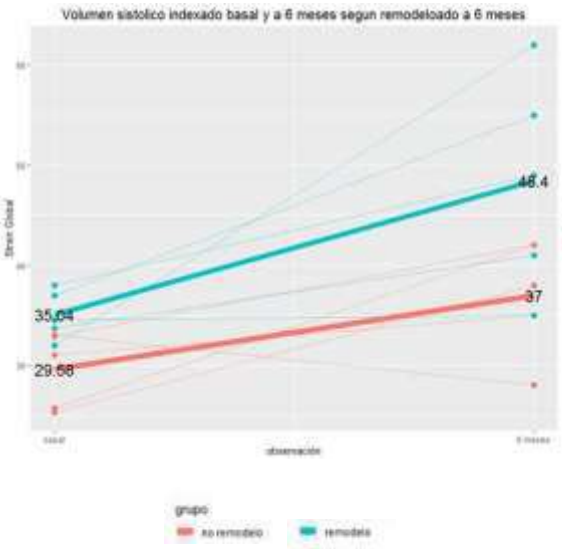
0005. VARIABLES HEMODINAMICAS Y ECOCARDIOGRAFICAS NO CONVENCIONALES EN LA VALORACION DE RIESGO EN PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR PRECAPILAR ¿CUAL ES EL IMPACTO DE LA TERAPIA VASODILATADORA EN HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR PRECAPILAR?

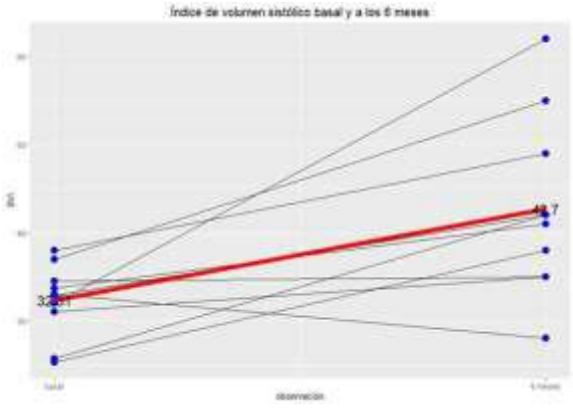
Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca

Nicolas Matías D'AMELIO | Paula KAPLAN | Andres DINI | Fabiana MONTOYA | Ayelen Daniela AGUIAR | Justo CARBAJALES | German Job SOUTO | Martin SIVORI

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El VD (ventriculo derecho) juega un rol importante en la fisiopatología de la HTP(hipertension pulmonar), siendo la disfunción del VD la principal causa de muerte en pacientes con HTP precapilar; tal es así que la insuficiencia del VD demostró ser un fuerte marcador pronostico en estos pacientes. Weatherald et al, demostró la utilidad de Stroke volumen index (SVI) como marcador pronóstico de mortalidad o necesidad de trasplante en pacientes con HTP idiopática, hereditable y asociada a drogas y toxinas. Tatsuro et al, evidencio la utilidad del ITSVD (Índice de trabajo sistólico del ventrículo derecho) como marcador pronostico en pacientes con HTP precapilar. El remodelado reverso del ventrículo derecho(RRVD) tiene valor pronóstico en HTP. Badagliaca y col. Demostraron que la falta de RRVD se comporta como predictor independiente de eventos de morbimortalidad en pacientes que recibían terapia vasodilatadora especifica.





Objetivos: Objetivo primario: evaluar el impacto de la terapia vasodilatadora específica sobre el RRVD, SVI e ITSVD en pacientes con hipertensión pulmonar precapilar, grupo 1 y 4 de la clasificación Niza 2018. Objetivos secundarios: evaluar asociación entre ITSVD, SVI segun aquellos pacientes que alcanzaron el RRVD y en los que no.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo y descriptivo. Inclusión: pacientes en grupo 1 y 4 de HTP, con terapia vasodilatadora estable, con cateterismo cardiaco derecho y ecocardiograma. Se estratifico el Riesgo con calculadora Reveal 2.0. Se analizaron las siguientes variables en tiempo 0 y a los 6 meses: Ecocardiográficas: AAD, AFdVD y IE. La presencia de RRVD positivo se estableció mediante la reducción de -2.45 cm2, -1.30 cm2 y -0.12 cm2 para AFdVD, AAD e IE respectivamente de las tres variables. Hemodinámicas: SVI, ITSVD Score Reveal 2.0 Las variables numéricas se resumen a través de la media aritmética. Las diferencias entre los periodos de tiempo y entre grupos se analizaron mediante test de Student para datos apareados en el primer caso y para datos independientes en el segundo respectivamente.

Resultados: Se analizaron 10 pacientes. Mediana de edad fue de 43+-15. 70% sexo femenino. Etiologia:60% HTP idiopatica. El SVI basal: media de 32.3 y a 6 meses: 42.7, p= 0.0086. Diferencia Basal-6 meses: 10.4 IC95% (3.4;17.4). El ITSVD bsal: media de 18.57 y a 6 meses 0.19, p= 0.92. Diferencia Basal-6 meses: 0.19 IC95% (-3.7;4.2). Al analizar SVI y RRVD +: media: 13.36 y RRVD -: 7.42, p=0.37

Conclusiones: No se observaron cambios significativos en el ITSVD entre la medición basal y a los 6 meses de tratamiento, pero podemos destacar que a los 6 meses de tratamiento todos los pacientes se encontraban por debajo de 19,7g·m/m2/latido, punto de corte utilizado en la literatura internacional y asociado a eventos de morbimortalidad. Se observó un aumento significativo en el SVI entre la medición basal y la medición luego de 6 meses de tratamiento para todos los pacientes, la cual, si bien fue de 13.36 unidades para los que presentaron remodelamiento del VD al final del período y de 7.42 unidades para los otros, no alcanzó significación estadística. Se requerirá observar mayor número de pacientes para alcanzar una potencia necesaria para evidenciar dicha diferencia si esta fuera real.

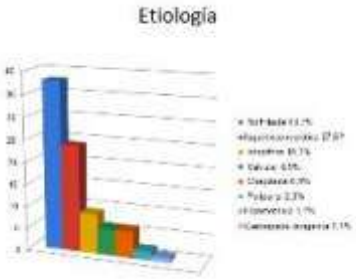
0012. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL HOSPITAL PÚBLICO

Insuficiencia Cardíaca

Adrian Carlos FERNANDEZ | Karen Evangelina GALERA | Leonardo LEIVA | Alejandro César MENZIO | Michelle TORRE

Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Introducción: La insuficiencia cardíaca es una enfermedad de alta prevalencia mundial, siendo el acceso a los sistemas de salud un factor determinante de su incidencia. Los pacientes asistidos por el sistema de salud pública constituyen una población particular por sus características socioeconómicas que inciden en la evolución de la insuficiencia cardíaca.



Objetivos: Evaluar las características de la población con insuficiencia cardíaca en el hospital público.

Materiales y Métodos: Se relevaron 88 internaciones por insuficiencia cardiaca descompensada en el sector de cuidados progresivos del hospital entre Julio de 2021 y Abril de 2022 considerando datos demográficos, comorbilidades, etiología, causa de descompensación, tratamiento farmacológico y no farmacológico al ingreso y fracción de eyección. Las variables continuas fueron expresadas en porcentajes y desvio estandart, las variables absolutas como valores enteros y porcentaje.

Resultados: El sexo fue predominantemente masculino en un 84,1%, la edad promedio fue de 57,9 años (+ 13,7); la fracción de eyección promedio fue de 32,1% (+ 9,3). En cuanto a las comorbilidades, 54 paciente eran hipertensos (64,3%), 26 diabéticos tipo II (31%), 14 tenían insuficiencia renal crónica (16,7%), 5 padecían enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (6%); 14 eran tabaquistas activos (16,7%), 8 tenían enfermedad coronaria (9,5%); 5 chagásicos (6%), 14 presentaban fibrilación auricular (16,7%), 19 eran obesos (22,6%), 2 tenían diagnóstico de hipotiroidismo (2,4%) y 1 hipertiroidismo (1,2%). La etiología más frecuente fue la isquémiconecrótica (27,6%), idiopática (10,3%), chagásica (6,9%), valvular (6,9%), periparto (2,3%), hipertensiva (1,1%), cardiopatía congénita (1,1%). El 43,7% no tenía diagnóstico etiológico al momento de la internación. Respecto de la causa de la descompensación, el 36,5% correspondía a infecciones, 12,9% eran pacientes que se internaban por primera vez, 10,6% por transgresión alimentaria, 10,6% por abandono de tratamiento, 8,2% por arritmias. El 21,2% no tenía una causa identificable de descompensación. En cuanto al tratamiento, 76,1% recibían betabloqueantes, 49,3% inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, 32,8% antialdosterónicos, 52,2% furosemida, 3% ivabradina, 6% sacubitrilo/valsartan y 4,5% digoxina. En cuanto a la terapia no farmacológica 3,4% tenían marcapasos y 4,1% cardiodesfibrilador implantable.

Conclusiones: 1) La etiología de la insuficiencia cardíaca no está evaluada en la mayoría de los pacientes. 2) Existe una evidente subutilización de recursos terapéuticos recomendados por la guías clínicas, tanto farmacológicos como no farmacológicos.3) La causa de descompensación más frecuente fue la infecciosa, en lugar de la transgresión alimentaria o el abandono del tratamiento.

0016. NIVELES DE PCSK9 EN POBLACIÓN CON HIPERCOLESTEROLEMIA SEVERA : EFECTOS DE DIFERENTES ESQUEMAS HIPOLIPEMIANTES

.Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Pablo CORRAL(1) | Maria Gabriela MATTA(1) | Gabriela BERG(2) | Valeria ZAGO (2) | Benjamin SAENZ(1) | Facundo BLAUTZIK(1) | Laura E. SCHREIER(2)

Facultad de medicina-UFASTA (1); Lab. Lipidos y Aterosclerosis-UBA (2)

Introducción: La PCSK9 es una proteína que regula los niveles de colesterol LDL (c-LDL) por su acción sobre los receptores de esta lipoproteína a nivel hepático; sumado a esta función, la PCSK9 tiene efectos pro-inflamatorios y pro-aterogénicos. La administración de estatinas produce un incremento de los niveles de la PCSK9, con impacto clínico desconocido; a su vez la co-administración de ezetimibe junto a estatinas (E+Z) produce un efecto controvertido sobre los niveles de la PCSK9.

Objetivos: evaluar los niveles de la PCSK9 en pacientes con hipercolesterolemia severa (HS), bajo tratamiento con estatinas, estatinas y ezetimibe (E+Z) y sin tratamiento hipolipemiante.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 77 pacientes adultos con HS (definido con LDL > 190 mg/dl) incluidos en el estudio de Detección de HF en Argentina (Da Vinci). 34 pacientes recibían estatinas, 13 E+Z y 30 sin tratamiento hipolipemiante. Se realizó test genético para detectar dentro del grupo de HS pacientes con diagnóstico de Hipercolesterolemia Familiar (HF) que detectó variantes patogénicas en 36 pacientes y causas poligénicas en 8 de los 77 participantes. Se determinó perfil lipídico incluyendo ApoB y se midió PCSK9 sérica por método ELISA. Para la evaluación estadística se utilizó ANOVA inter a intragrupo.

Resultados: Se observó un aumento de los niveles de la PCSK9 entre los 3 grupos (media ± DE, ng/ml): 242 ± 107 en el grupo sin tratamiento, 323 ±129 en el grupo con estatinas y 392±100 en el grupo con tratamiento dual (E+Z), p<0.001. El análisis de grupo por ANOVA mostró diferencia entre los grupos: sin tratamiento versus estatinas p<0.001, sin tratamiento versus E+Z p<0.0001, y la diferencia entre estatinas versus E+Z mostró una tendencia pero sin significancia estadística (p= 0.07). Por último, los niveles de la PCSK9 mostraron una correlación significativa con los niveles de ApoB r=0.27 p<0.02.

Conclusiones: Los datos obtenidos señalan que los pacientes con HS presentan niveles elevados de PCSK9; el tratamiento hipolipemiante (tanto con estatinas como con la combinación de E+Z) en este grupo de pacientes, aumenta los niveles de PCSK9. Estrategias farmacológicas dirigidas a neutralizar el incremento tanto la ApoB como la PCSK9 podrían ofrecer un beneficio clínico superior y constituirían una alternativa para alcanzar las metas de niveles muy bajos de c-LDL.

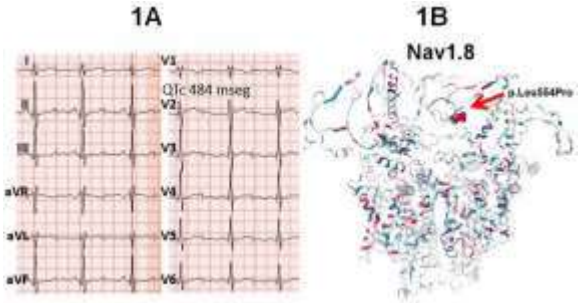
0019. MUTACION CON CAMBIO DE SENTIDO (C.1661T>C) EN GEN SCN10A Y EL SINDROME QT LARGO HEREDITARIO.

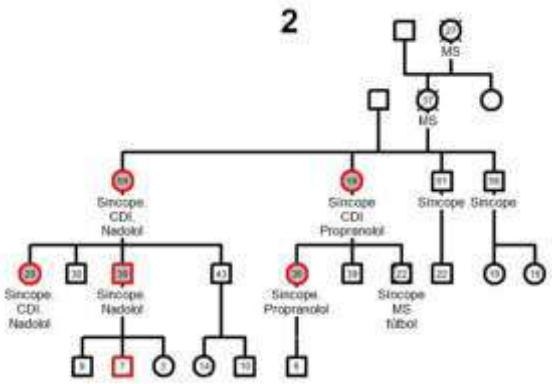
Cardiología Clínica

Cecilia Guillermina PEREYRA | Hyun Sok YOO | Paola SETTEPASSI | Pablo Augusto FERNANDEZ | Analia Gladys PAOLUCCI | Hugo Ariel GARRO | Alejandro TOMATTI | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El síndrome de QT largo hereditario (SQTL) es causado por mutaciones en genes que codifican a los canales iónicos y/o sus proteínas reguladoras y es caracterizado por prolongación del intervalo QT y aumento del riesgo de muerte súbita (MS) cardiaca por taquiarritmias ventriculares potencialmente mortales. El gen SCN10A que codifica la subunidad alfa del canal Nav1.8 no ha sido relacionado con esta enfermedad hasta el momento.





Objetivos: Analizar la segregación familiar de una variante del gen SCN10A que altera la función del canal Nav1.8 y su relación con el SQTL hereditario.

Materiales y Métodos: Se estudió una familia compuesta por 20 miembros con historia familiar de MS, SQTL y síncopes recurrentes. Trece de ellos (6 mujeres) con seguimiento clínico fueron sometidos a un estudio genético mediante un secuenciador de ADN masivo con un panel que incluía 168 genes relacionados a MS cardíaca.

Resultados: El probando fue una mujer de 35 años con antecedentes familiares de MS (un hermano fallecido a los 22 años jugando al fútbol, abuela a los 37 años y la bisabuela a los 27 años) que tuvo reiterados episodios de síncope durante el esfuerzo y/o estrés emocional. El electrocardiograma mostró un intervalo QT de 486 mseg (figura 1A). Se diagnosticó el SQTL hereditario con puntuación de Schwartz: 6,5. El análisis de ADN identificó una variante en el gen SCN10A producida por una mutación heterocigótica con cambio de sentido c.1661T>C (p.Leu554Pro) que altera la función del canal Nav 1.8 (figura 1B). No fueron identificadas variantes en otros genes relacionados al SQTL. Cinco miembros de la familia manifestaron el fenotipo del SQTL. El estudio de segregación familiar reveló que seis miembros de la familia (cinco de ellos con fenotipo positivo) son portadores de la misma variante (figura 2). Todos re

propranolol). Tres de ellos tuvieron episodios sincopales recurrentes y requirieron de un cardiodesfibrilador implantable. Durante un seguimiento de 17 años no se registraron casos de muerte en la familia.

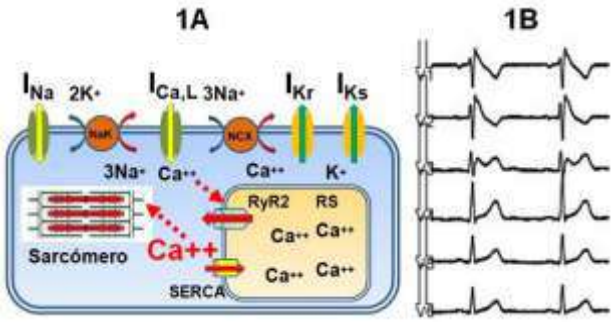
Conclusiones: Los hallazgos clínicos y genéticos de esta familia demuestran que una mutación del gen SCN10A que altera la función del canal Nav 1.8 puede resultar en un síndrome de QT largo hereditario con una manifestación fenotípica severa y un riesgo de muerte súbita cardíaca.

0020. HALLAZGO DE UNA MUTACION MISSENCE EN TNNI3 (C.484C>T) EN PACIENTES CON SINDROME BRUGADA

Cardiología Clínica

David Enric SUBIRATS VILA | Hyun Sok YOO | Rocío Del Cielo VILLA FERNÁNDEZ | Daniel ETCHEVERRY | Mario Bruno PRINCIPATO | Hugo Ariel GARRO | Alejandro TOMATTI | Justo CARBAJALES

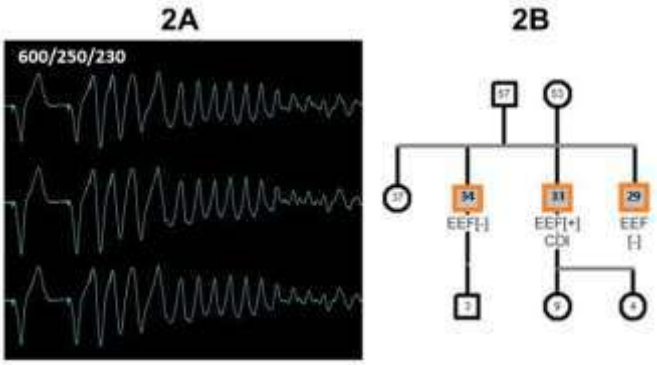
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejia



Introducción: El gen TNNI3 (19q13.4) codifica la troponina I cardíaca (TnI) que es la subunidad inhibidora del complejo troponina-tropomiosina. Este complejo sirve para regular la interacción calcio-dependiente de actina y miosina del sarcómero y juega un papel integral en la contracción del músculo cardíaco. Mutaciones en TNNI3 pueden causar miocardiopatía hipertrófica o dilatada familiar. Numerosos trabajos propusieron que los canales iónicos y las proteínas del sarcómero interactúan y regulan mutuamente a través de complejos mecanismos de señales intracelulares durante el acople excitación-contracción (figura 1A). En la literatura, el síndrome de Brugada (SBr), una canalopatía asociada a canales iónicos de sodio, calcio y potasio pueden asociarse a trastornos estructurales y/o del aparato contráctil pero mutaciones de las proteínas del sarcómero como el TNNI3 no han sido relacionadas con el SBr.

Objetivos: Analizar la segregación familiar de una variante patogénica del gen TNNI3 en una familia con SBr.

Materiales y Métodos: Se estudió a una familia integrada por 8 individuos con historia de síndrome de Brugada. Cinco de ellos (2 mujeres) fueron sometidos a un estudio genético mediante un secuenciador de ADN masivo con un panel que incluía 168 genes relacionados a muerte súbita cardíaca (MSC).



Resultados: El probando fue un hombre de 33 años con fenotipo de SBr asintomático. No tenía antecedentes familiares de MSC. El electrocardiograma mostró un patrón espontáneo tipo 1 de Brugada (figura 1B). La resonancia magnética cardíaca (RMC) no evidenció cardiopatía estructural. Durante el estudio electrofisiológico se indujo una fibrilación ventricular (figura 2A) y se indicó el implante de un cardiodesfibrilador. El análisis de ADN identificó una variante patogénica en el gen TNNI3 producida por una mutación heterocigótica con cambio de sentido c.484C>T (p.Arg162Trp) asociada a miocardiopatía hipertrófica o dilatada familiar. En el estudio de segregación de la familia, se identificó la misma variante en dos hermanos varones del probando. Ambos eran asintomáticos y tenían el patrón espontáneo tipo 1 de Brugada. Ninguno de ellos tuvo evidencia de cardiopatía estructural ni inducción de taquiarritmia ventricular en estudio electrofisiológico. Otros dos miembros familiares (madre y hermana) estudiados fueron fenotipo/genotipo negativos (figura 2B).

Conclusiones: Los hallazgos clínicos y genéticos de esta familia sugiere que una mutación patogénica del gen TNNI3 que codifica la TnI del sarcómero puede manifestarse con el fenotipo del síndrome de Brugada. Requieren futuros estudios para aclarar el mecanismo molecular subyacente.

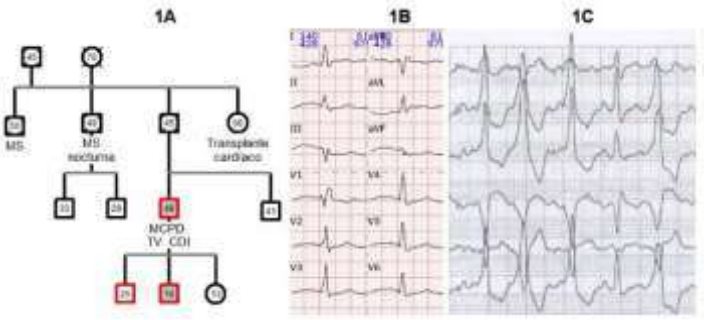
0021. MUERTE SUBITA Y TAQUICARDIA VENTRICULAR EN UNA FAMILIA CON MUTACION PATOGENICA DEL GEN LMNA (C.568C>T).

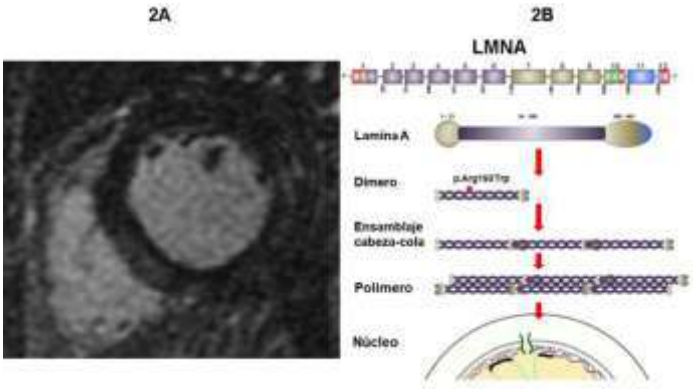
Miocardiopatías

Claudia PAPINI (1) | Hyun Sok YOO(1) | José María RODRIGUEZ(2) | Analia Gladys PAOLUCCI(1) | Mario Bruno PRINCIPATO(1) | Hugo Ariel GARRO(1) | Roberto Oscar CALVIÑO(3) | Justo CARBAJALES(1)

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía (1); Instituto Médico de Alta Tecnología - IMAT (2); Sanatorio Mater Dei (3)

Introducción: Las mutaciones del gen Lamina A/C (LMNA) son causas de un espectro de patologías denominadas como laminopatías que abarca las distrofias musculares y miocardiopatía dilatada (MCPD) familiar con herencia autosómica dominante. La afección cardíaca incluye trastornos de conducción eléctrica, taquiarritmias ventriculares y/o daño miocárdico progresivo. La muerte súbita cardíaca (MSC) ocurre a menudo antes del desarrollo de MCPD. La historia natural de MCPD por mutación de LMNA es incierta.





Objetivos: Analizar las características clínicas y la segregación familiar de una variante patogénica del gen LMNA.

Materiales y Métodos: Se estudió una familia compuesta por 4 miembros con historia familiar de MSC y miocardiopatía dilatada. Todos fueron sometidos a estudios complementarios con electrocardiograma (ECG), eco-doppler cardíaco, holter de 24 horas, ergometría, resonancia magnética cardíaca (RMC), cinecoronariografía y un estudio genético mediante un secuenciador de ADN masivo con un panel de 168 genes relacionados a MS cardíaca.

Resultados: El probando es un hombre de 48 años con múltiples antecedentes familiares de MSC (padre a los 45 años y 2 tíos a los 49 años y 50 años, respectivamente figura 1A). El ECG evidenció un bloqueo de la rama derecha (figura 1B). Durante la ergometría, se desencadenaron arritmias ventriculares complejas multiformes en duplas y taquicardia ventricular no sostenida (figura 1C). En la RMC, el ventrículo izquierdo (VI) mostró una hipocinesia global a predominio anteroseptal e inferoseptal basal con fracción de eyección de 45% y realce tardío de gadolinio en la región inferoseptal basal e inferolateral basal (figura 2A). Ventrículo derecho mostró también hipocinesia global con fracción de eyección de 38%. La cinecoronariografía no evidenció lesiones coronarias significativas. El estudio genético identificó una variante patogénica en el gen LMNA producida por una mutación heterocigótica c.568C>T (p.Arg190Trp) que altera la dimerización de la lamina nuclear y la estabilidad del núcleo de los miocitos y predispone la aparición de miocardiopatía dilatada, trastorno de conducción y arritmia ventriculares (figura 2B). Se indicó un cardiodesfibrilador implantable. A tres hijos del probando (una mujer) de 13 años, 15 años y 24 años fueron sometidos al tamizaje familiar. De los dos varones con genotipo positivo, sólo uno tuvo un volúmen del VI en el límite superior de la normalidad en RMC. Ninguno tuvo taquiarritmias ventriculares complejas en estudios complementarios.

Conclusiones: La mutación en el gen lamina A/C (LMNA) a menudo se asocia con trastornos de la conducción cardíaca y arritmias ventriculares potencialmente letales aún en estadios iniciales de miocardiopatía dilatada idiopática. El estudio genético permite identificar a los individuos con variante patogénica de LMNA e iniciar precozmente el seguimiento clínico, la estratificación del riesgo de MSC y la implementación de una terapia adecuada.

0027. SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LESIONES OCLUSIVAS CRÓNICAS:

Enfermedad Coronaria / Sindrome Coronario Agudo

Ricardo Andrés COSTANTINI | Sofia KRAUSE | Juan Manuel Hijo TELAYNA | Juan Manuel TELAYNA
Hospital Universitario Austral

Introducción: Existen varias razones por las cuales el tratamiento endovascular de lesiones coronarias oclusivas crónicas (OTC) es beneficioso. Las mismas incluyen: reducir la necesidad de cirugía de by pass aorto-coronario; reducir síntomas anginosos; mejorar la fracción de eyección y la sobrevida a largo plazo tras lograr la revascularización completa coronaria.

Resultados	Grupo A: OTC No SCA (n= 279)		Grupo B: Grupo OTC SCA (n= 25)		p
	n	%	n	%	
Revascularización completa funcional	222	79,6	19	82,6	1
Revascularización completa anatómica	159	57,7	10	43,5	0,2
Éxito técnico	205	73,5	17	73,9	1
Mortalidad intrahospitalaria	0	-	1	4,3	0,07
Oclusión coronaria temprana	0	-	0	-	-
CRM urgencia	0	-	0	-	-
Sangrado total	1	0,4	1	4,3	0,1
Requerimiento de nueva revascularización	22	7,9	6	26,1	0,0118

Referencias: CRM: Cirugía de Revascularización Miocárdica; SCA: Síndrome coronario agudo; OTC: Oclusión total crónica

Objetivos: Evaluar los resultados de la angioplastia de las OTC que se presentan en el escenario de un SCA en curso frente a procedimientos electivos en dichas lesiones.

Materiales y Métodos: Entre abril 2002 y mayo de 2021 se realizaron 302 ATC en lesiones de oclusión total crónica con una tasa de éxito creciente: 2010 – 2012: 16% vs 2019 – 2020: 83%. En el período de evaluación el tratamiento de estas lesiones ha representado el 7% del total de las angioplastias y el 1% de las ATC durante un SCA.

Resultados: Población definida como el grupo A (n=279) ATC de lesiones OTC electivas vs grupo B (n=23) ATC de lesiones OTC durante SCA con elevación del ST (n=4) / sin elevación del ST(n=19). Las características basales fueron respectivamente: edad 63.7 ± 10.32 vs 66.3±11.4; mujeres 25(9) vs 1(4); diabetes 91(33) vs 7(30); infarto de miocardio previo 161(58) vs 16(69); by pass coronario previo 26(9) vs 5(22); angioplastia coronaria previa 157(56) vs 9(39); fracción de eyección VI menor 50% 79(28) vs 14(61) p=0,002; enfermedad de múltiples vasos 105(38) vs 20(87) p=0,0001; OTC en arteria descendente aterior 85(31) vs 5(22); OTC en arteria circunfleja 79(28) vs 8(35); OTC en coronaria derecha 115(41) vs 10(43); acceso femoral 63(22) vs 15(65) p=0,001; técnica anterógrada 253(91) vs 23(100); mm de stents 51±39 vs 23±50; material de contraste 221+8 ml vs 243±88 ml; tiempo de fluoroscopía 33±19 min vs 28.6±14 min; requerimiento de nueva revascularización 22(8) vs 6(26) p= 0.0118.

Conclusiones: Los resultados de las intervenciones coronarias en OTC durante el curso de un SCA comparados con procedimientos electivos no han evidenciado diferencias en el éxito técnico o del procedimiento. La necesidad de obtener una revascularización completa durante el SCA en el procedimiento índice podría depender más del status hemodinámico y de la experiencia del intervencionista.

0031. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE ARTERIAS VISCERALES. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UN SOLO CENTRO.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Enfermedad Vascular Periférica

Miguel FERRER | Luis Mariano FERREIRA | Leonela ALOY | Ricardo LA MURA
Clínica La Sagrada Familia

Introducción: Los aneurismas de arterias viscerales (AAV) tienen una frecuencia baja pero también difícil de estimar (0,1 a 2%). Su hallazgo representa un desafío para el profesional tratante ya que muchas veces se dan en pacientes jóvenes.

Angio pre-operatoria | Angio post colocación del DF | Control tomográfico con exclusion del aneurisma

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en el manejo endovascular de los AAV mediante diversas técnicas en un solo centro, con resultados a corto, mediano y largo plazo.

Materiales y Métodos: Recolección retrospectiva de pacientes tratados en forma electiva por AAV por vía endovascular en un solo centro entre mayo de 2010 y mayo de 2020. Solo se incluyeron pacientes con aneurismas verdaderos y seguimiento mínimo de 6 meses. En todos los casos el diagnóstico fue realizado por angiotomografía con reconstrucción

3D (equipo monoplano Philips Allura Clarity FD20. 2012). Existen fundamentalmente tres métodos de tratamiento. Colocación de colis o Stent + colis en donde la exclusión del aneurisma es casi inmediata, y los stents diversos de flujo, que actual lentamente generando trombosis del aneurisma.

Resultados: Analizamos 19 procedimientos en 18 pacientes (9 hombres y 9 mujeres). El promedio de edad fue de 61,9 años, con un seguimiento e internación promedio de 34,6 meses y 1,94 días, respectivamente. La arteria más involucrada fue la esplénica (n=9, 50%); de estos, 5 fueron en mujeres. El tamaño preoperatorio promedio de los sacos aneurismáticos fue de 30,1 mm. No se registraron casos de mortalidad a 30 días ni tampoco casos de mortalidad relacionada al aneurisma durante el período de seguimiento. La estrategia más utilizada fue la colocación de un Stent diverso de flujo (n=8, 42,1%). Dos pacientes debieron ser reintervenidos (11,1%); uno en el primer día postoperatorio mediante conversión a cirugía abierta, y una mujer a los 58 meses mediante colocación de stent cubierto, con seguimiento posterior de 8 meses. Las tasas de exclusión completa del saco fueron del 47,4%, 68,4% y 94,7% a los 3, 6 y 12 meses.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de los AAV es seguro y efectivo. Es menester contar con la tecnología adecuada, tanto para la planificación preoperatoria como para realizar el tratamiento. La técnica a emplear debe adaptarse no solo a la anatomía si no también al contexto clínico.

0035. VALORACIÓN DE ECUACIONES DERIVADAS DEL FLUJO PULMONAR Y REGURGITACIÓN TRICUSPÍDEA. UTILIDAD EN EL TEST DE VASOREACTIVIDAD PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar / Investigación Básica

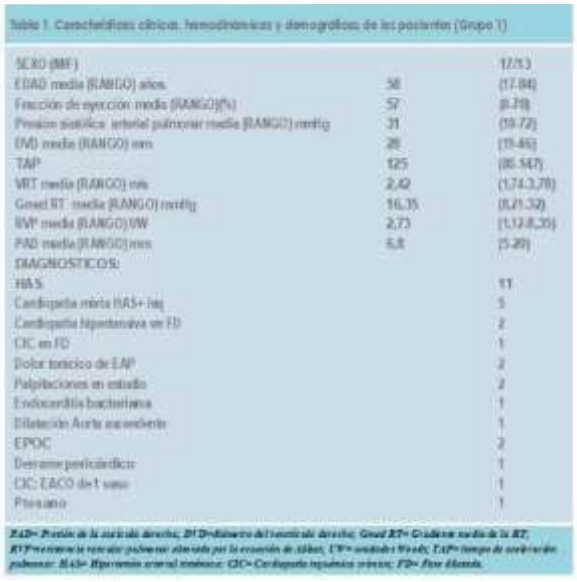
Tania MUÑOZ | Simón TOVAR | Elizabeth HIRSCHHAUT | Mariangel MILLAN

Hospital Militar Central

Introducción: Presión media arterial pulmonar(PMAP) es una variable hemodinámica indispensable para el diagnóstico, clasificación y pronóstico de la Hipertensión Pulmonar(HP).Su cuantificación se realiza invasiva y no invasivamente por ecocardiografía Doppler. Masuyama propuso su medición mediante el gradiente transvalvular pulmonar diastólico derivado de la velocidad máxima inicial de la regurgitación pulmonar(ΔRPi2)correspondiendo cercanamente a la medición invasiva.

Objetivos: Objetivos: revalidar 3 métodos ecocardiográficos que estiman la PMAP y valorar la utilidad del método de Chemla en el Test de Reactividad Vascular Pulmonar(TRVP).

Materiales y Métodos: Métodos: estudio prospectivo, observacional, doble ciego divido en dos etapas. A) 30 pacientes se les realizó ecocardiografía Doppler diagnóstica en nuestro centro. Se midieron regurgitación tricuspídea(RT) y tiempo de aceleración pulmonar (TAP) para derivar las ecuaciones:1) 0.61xPSAP+1.95 (Chemla)2) Gradiente presión media RT(ΔPmRT)+PAD (presión-aurícula derecha) (Aduen).3)0.49xTAP-75 o 0.60xTAP+95 según sea el valor del TAP.B).10 pacientes enrolados para realizar el TRVP comparando la medición ecocardiográfica (Chemla) con cateterismo derecho.



SEXO (M/F)		17/13
EDAD media (RANGO) años	58	(17-84)
Fracción de eyección media (RANGO)(%)	57	(6-70)
Presión sistólica arterial pulmonar media (RANGO) mmHg	31	(13-72)
DVD media (RANGO) mm	28	(15-45)
TAP	125	(86-147)
VRT media (RANGO) m/s	2,42	(1,74-3,79)
Gmed RT media (RANGO) mmHg	16,35	(6,21-32)
RVP media (RANGO) UW	2,73	(1,12-8,25)
PAD media (RANGO) mm	6,8	(5-20)
DIAGNOSTICOS:		
HAS		11
Cardiopatía mixta HAS+ Isq		5
Cardiopatía hipertensiva vs FD		2
CIC en FD		1
Dolor torácico de EAP		2
Palpitaciones en estudio		2
Endocarditis bacteriana		1
Dilatación Aorta ascendente		1
EPOC		2
Derrame pericárdico		1
CIC: EACO de 1 seno		1
Prevano		1

PAD= Presión de la aurícula derecha; DVD=diámetro del ventrículo derecho; Gmed RT= Gradiente media de la RT; RVP=resistencia vascular pulmonar obtenida por la ecuación de Abbas; UW= unidades Woods; TAP= tiempo de aceleración pulmonar; HAS= Hipertensión arterial sistémica; CIC= Cardiopatía isquémica crónica; FD= Falla diastólica.

Resultados: Resultados: en la primera parte del estudio se encontró alta correlación entre las 3 ecuaciones: Chemla-Aduen,R2=0.91; Chemla-Kitabatake,R2=0.87; Aduen-Kitabatake,R2=0,91. En la segunda parte comparando la PMAP-Chemla y Cateterismo derecho(CD) obtuvimos alta correlación: en tiempo 0, 30 min y recuperación:(R2=0.87,0,99,0.98,respectivamente).Ambas partes del estudio mostraron límites de concordancia satisfactoria con valor medio de la diferencia entre los métodos cercano a 1 en el t30 y tR del TRVP

Conclusiones: Conclusión: los métodos dependientes de la medición de la RT son efectivos y confiables para estimar la PMAP. El método de Chemla es útil en el TRVP.

0036. EVALUACIÓN DEL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL PULMONAR MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER

Enfermedad Vascular Pulmonar / Investigación Básica

Tania MUÑOZ | Simón TOVAR | Elizabeth HIRSCHHAUT

Hospital Militar Central

Introducción: el acoplamiento ventrículo-arterial(AVA) evalúa la función ventricular en respuesta al incremento de post-carga. En la Hipertensión Pulmonar(HP),el ventrículo derecho(VD)se adapta mejorando la contractilidad(acoplamiento) para mantener el flujo. El AVA sostiene el volumen latido(VL) preservando la eficiencia ventricular, luego se dilata manteniéndolo pero con desacoplamiento y aumento de tensión de la pared. Para cuantificarlo se estima la relación elastancia ventricular, expresando la contractilidad miocárdica o presión isovolumétrica sistólica final(Esf/Psf-1) con la elastancia arterial(Ea), expresión de la carga independiente de la función ventricular, representada por la resistencia vascular pulmonar(RVP).

Objetivos: Objetivo: validar un nuevo índice ecocardiográfico: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo(TAPSE)/RVP, como medida para evaluar la evolución del AVA en HP.

Materiales y Métodos: Métodos: estudio observacional y transversal dividido en dos etapas: A) En 10 pacientes validamos ecuaciones ecocardiográficas de presión media arterial pulmonar(PMAP)(Chemla),RVPa(Abbas)yRVPt(ecuación propuesta)comparando mediciones invasivas y no invasivas, empleando análisis de regresión lineal. B) Se formaron 2 grupos PMAP≤20 mmHg(51) y PMAP>20mmHg(51) con disfunción ventricular(dfV). Cuantificamos las variables ecocardiográficas: TAPSE, PSAP, gradiente transtricuspídeo sistólico(ΔRT),diámetro ventricular derecho(DVD) y RVP. Se estimaron los índices TAPSE/RVPa, TAPSE/RVPt y compararon con TAPSE/PSAP e índice del producto de presión de contracción del ventrículo derecho(IPCVD), definido como TAPSExΔRT. Empleamos análisis de regresión lineal y Bland-Altman.

Resultados: Resultados: se reportó alta correlación entre los índices TAPSE/RVPa y TAPSE/RVPt, con TAPSE/PSAP(R2 =0,867 y 0,905,respectivamente).No aplicó el IPCVD en el grupo analizado.

Conclusiones: Conclusiones: los índices ecocardiográficos TAPSE/RVP y TAPSE/PSAP son efectivos para la evaluar el AVA en HP.

Tabla 3. **Características demográficas y ecocardiográficas de los grupos de pacientes con PMAP = 20 mmHg y PMAP>20mmHg**

Características demográficas y ecocardiográficas con PMAP=20 y PMAP>20 mmHg	Pacientes con PMAP=20 mmHg			Pacientes con PMAP>20mmHg		
	Pmd(Rango)	Mediana	DS	Pmd(Rango)	Mediana	DS
EDAD	38(18-57)	36	7	65(25-83)	66	12
SEX(m/f)	38/13			31/20		
TAPSE (mm)	20(24-18)	20	1,7	15(8-25)	15	4
PSAP (mmHg)	22(18-28)	22	2,83	48(31-80)	45	14
TAPSE/PSAP	(0,71-1,22)	0,92/0,93	0,13	0,35(0,15-0,77)	0,29	0,17
E/E'	8(5-13)	8	1,82	15(6-30)	16	5
FE (%)	70(63-72)	70	1,8	42(9-70)	45	21
DVD (mm)	27(22-32)	27	1,7	36(22-55)	33	7
VSt (cm/s)	15(13-18)	15	1	11(8-17)	11	3
ITVtsvd (cm)	17(16-19)	17	0,7	12(6-19)	12	4
RVPt (UW)	2(1,5-2,4)	1,61	0,23	(1,11-10,18)	4,39/3,7	2
TAPSE/RVPt	(8,8-14,86)	12,54/12,25	1,5	(1,2-11,41)	5,0/4,0	3
RVPa (UW)	(1,21-1,66)	1,41/1,39	0,12	(1,12-11,42)	4,41/2,66	3
TAPSE/RVPa	(11,76-18)	15/15	1,52	(1,25-18,55)	5,85/4,91	4
IPCvd (mmHg)	(456-234)	334/335	70	(216-1025)	541/541	186
VRT (m/s)	(1,8-2,4)	2	0,24	3(2,5-4)	3	0,49
?RT (mmHg)	16(13-23)	15	1,8	38(26-64)	36	10
PAD (mmHg)	5			10(5-20)	10	5

TAPSE= excursión sistólica del anillo tricuspídeo; PSAP= Presión sistólica arterial pulmonar; FE= fracción de eyección; DVD= diámetro del ventrículo derecho; VSt=velocidad sistólica del anillo tricuspídeo; ITVtsvd: integral tiempo velocidad del tracto de salida del ventrículo derecho ; RVPt= resistencia vascular pulmonar según la ecuación propuesta en este trabajo. ; RVPa= resistencia vascular pulmonar según el algoritmo propuesto por Abbas; IPCvd= Índice presión de contracción del ventrículo derecho; VRT= velocidad máxima de la regurgitación tricuspídea ?RT= gradiente de regurgitación tricuspídea; PAD= presión de la aurícula derecha

0039. "PROGRAMA DE ECOCARDIOGRAFIA FETAL EN CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS (GRAVES) EN LA CIUDAD DE BARILOCHE. RESULTADOS"

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto

Daniel José ABRIATA (1) | Rodrigo ALBERO (2) | Maria Moira ZAMPACH (3) | Mariano TREVISAN (2) | Jorge Luis BOCIÁN (2) | Marina ROMERO VILLAFAÑE (2) | Jorge Oscar GRILLI (1)

Hospital Privado Regional Del Sur (HPR) de Bariloche (1); Sanatorio San Carlos de Bariloche (2); Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramon Carrillo" (3)

Introducción: Dado que el centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal más cercano a la ciudad de Bariloche se encuentra a ~2000 km es de suma importancia la pesquisa fetal de cardiopatías congénitas (CC) que requerirán tratamiento urgente en los primeros días de vida

Objetivos: Describir las características y resultados del programa de ecocardiografía fetal (EF) implementado en la ciudad de Bariloche con foco en las CC complejas (graves)

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional en el que se analiza la base de datos de los autores de mayo 2008 a mayo 2019 (11 años) donde se registraron prospectivamente los datos detallados a continuación.

Resultados: Se realizaron 804 estudios. La edad gestacional: promedio 28.32 rango 18-40. La edad materna :promedio 31.58 rango 15-48. Se realizaron 114 estudios (13%) antes de la semana 24. Estudios no concluyentes: 6 (0.7%). Requerimiento de repetición de estudios: 64 (8%). Indicacion : . 154 (19%) diabetes mellitus . 134 (17%) anomalías extracardiacas y cardiacas fetales cardiacas detectadas en la ecografía obstétrica general . 80 (10%) antecedentes familiares de cardiopatías. 51 (6%) arritmias fetales. 25 (3%) foco hiperecogénico en ventrículo izquierdo. 20 (2%) exposicion a teratogénicos. 16 (1.8%) fertilización in vitro. 10 (1%) enfermedad reumatológica materna. 2(0.2%) toxoplasmosis aguda . 312 (39%) universal (screening) Se diagnosticaron 17 casos intrautero, que se consideraron CC graves, las cuales excedían la complejidad en cardiología neonatal de los servicios de Neonatología de la ciudad:. sindrome de corazón izquierdo hipoplasico SCIH 4 (23%). tumor cardiaco 2 (12%). coartacion de aorta 2 (12%). ventrículo único 2 (12%). estenosis pulmonar severa EPS 2 (12%) . doble arco aórtico 1 (5%). atresia tricuspidea 1 (5%). tetralogía de Fallot 1 (5%). anomalía de Ebstein 1 (5%). sindrome de Marfan 1 (5%) CC complejas según indicación del EF: . 154 diabetes mellitus casos: 0 . 134 anomalias en la ecografía obstétrica general casos: 16 (12%) . 80 antecedentes familiares de cardiopatías casos: 1 (1.3%) . 51 arritmias fetales casos: 0 . 25 foco hiperecogenico en ventrículo izquierdo casos: 0 . 20 exposicion a teratogenicos casos: 0 . 16 fertilizacion in vitro casos: 0 . 10 enfermedad reumatologica materna casos: 0 . 2 toxoplasmosis aguda casos: 0 . 312 screening (39%) casos: 0 Se derivó, antes del parto, a centro de alta complejidad en Cardiologia Neonatal por vía aérea (avión de línea comercial) a 17 pacientes . Derivación adecuada (neonatos que requirieron acción de alta complejidad en Cardiología Neonatal): 14 p (1.74% del total de pacientes del estudio y 82% de los pacientes con diagnostico considerado CC complejas). Se detectaron 6 casos de CC factibles de tratamiento intrautero: (4 casos de SCIH, 2 casos EPS) . Estos diagnósticos fueron hechos en las semanas: 22, 27, 29, 31, 33, 35. En los 2 casos más tempranos (ambos correspondieron a síndrome de corazón izquierdo hipoplásico) se intentó valvuloplastia aórtica intrautero. El desempeño, en esta serie, del EF fue : falsos (+): 2 (ATRVP, CANAL AV), FALSOS (-): 1 (ATRVP + sindrome heterotaxia). S 94%, E 99%. VPP 89% VPN 99%

Conclusiones: En esta serie el ecocardiograma fetal demostró ser un método confiable para el diagnóstico de cardiopatías congénitas complejas/graves permitiendo derivar, a las madres en forma programada preparto, hacía centro de alta complejidad en cardiología neonatal. En concordancia con la literatura, la realización selectiva del ecocardiograma fetal en pacientes con ecografía fetal general anormal aparece como la estrategia más razonable

0049. UTILIDAD DEL NT-PRO BNP EN LA EVALUACIÓN PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA ASINTOMÁTICOS CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA.

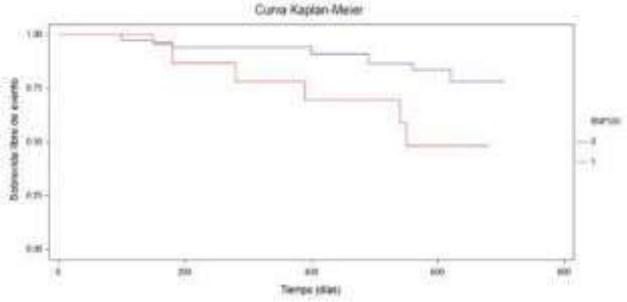
Valvulopatías

Cintia Soledad LAURENZANO | Maria Florencia CERDA JORGI | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Alejandra DIAZ CASALE

CENTRO JONAS SALK OSECAC

Introducción: En la evolución natural de la estenosis aortica severa con función ventricular conservada, el comienzo de síntomas o el deterioro de la función ventricular marca la indicación de reemplazo valvular. Los síntomas, como marca su definición, son elementos subjetivos y dependen mucho de las variabilidades e interpretaciones individuales de los pacientes. El pro-péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) es un marcador de aumento de presiones de llenado del Ventrículo izquierdo y se asocia a peor pronóstico en varias patologías.

Objetivos: Evaluar si la elevación de NT-proBNP predice la aparición de síntomas y la indicación de reemplazo valvular en pacientes con EAO severa con FE conservada, inicialmente asintomáticos.



Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con estenosis aórtica severa, FE conservada que se siguen en forma ambulatoria y que fueron considerados asintomáticos sin indicación inicial de reemplazo valvular aórtico. Se excluyeron los pacientes considerados sintomáticos en el interrogatorio o examen físico. Los pacientes con síntomas dudosos fueron sometidos a ergometría, en caso de presentar síntomas o alteraciones en el comportamiento de la presión arterial sistólica durante el ejercicio, fueron considerados sintomáticos y por lo tanto excluidos. A todos se les realizó laboratorio con medición de NT-pro BNP en forma basal y ecocardiograma con Doppler tisular consignando la onda S de la pared lateral (S lat) y la relación E/e´. Se consideró como punto final el requerimiento de reemplazo valvular durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 133 pacientes asintomáticos con una edad de 69 ± 8 años, 49% mujeres. La mediana de NT-pro BNP basal fue de 110 (rango intercuartilo 62.3 - 310) pg/ml. Luego de un seguimiento de 570 (rango intercuartilo 380 – 680) día el 35 % (n=46) de los pacientes presentaron requerimiento de reemplazo valvular. En el análisis univariado tanto el NT-pro BNP, la relación E/e´ y la S lat fueron predictores de requerimiento de cirugía. En el análisis multivariado, el NT-pro BNP y la relación E/e´ fueron predictores independientes de requerimiento de cirugía (HR 1.02 (IC95% 1.001-1.03), p<0.001 y HR 1.42 (IC95% 1.21-2.45), p<0.001; respectivamente). Se calculó el Área Bajo (ABC) la curva ROC para el NT-Pro BNP de 0.88 (IC95% 0.81-0.91) estableciéndose un punto de corte de NT-pro BNP> 350 pg/ml; mientras que el ABC de la Relación E/e´ fue de 0.64 (IC95% 0,52-0.68), significativamente menor que el NT-pro BNP (p=0.02). El NT-pro BNP >350 presento un HR ajustado de 1.55 (IC95% 1.38 – 2.01), p>0.001. En la figura se muestra la curva de Kaplan-meier del NT-pro BNP.

Conclusiones: En el seguimiento más del 20% de los pacientes desarrollaron síntomas y requirieron reemplazo valvular. El NT-pro BNP y la relación E/e´fueron predictores independientes de requerimiento de cirugía. El NT-pro BNP presentó una muy buena capacidad de discriminación, mayor que la relación E/e´.

0051. UTILIDAD DEL DÍMERO D EN LA EXCLUSIÓN DE TROMBO AURICULAR

Cardiología Clínica / Arritmias y Electrofisiología

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA (1) | Dayana BUSTAMANTE MENESES (1) | Victor Miguel MAURO (2) | Enrique FAIRMAN (1) | Adrian CHARASK (1) | Lisandro OLGUIN JOSEAU (1) | Diego VALDERRAMA (1) | Carlos BARRERO (2)

CLINICA SANTA ISABEL (1); Clínica Bazterrica (2)

Introducción: En la fibrilación auricular de tiempo de evolución incierto puede plantearse la realización de un ecocardiograma transesofágico (ETE) para excluir la presencia de trombo auricular previo a la reversión a ritmo sinusal. Asimismo, la concentración de Dímero D elevada correlaciona con la presencia de trombos en algunas patologías y podría ser útil también en este contexto clínico.

Objetivos: 1) Evaluar la correlación entre el dímero D elevado (>0,5 ugr/dl) y la presencia de trombo auricular izquierdo diagnosticado por ETE. 2) Calcular la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del Dímero D elevado (>0,5 ugr/dl) para la detección de trombo auricular.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio prospectivo de pacientes consecutivos ingresados a la unidad coronaria con FA/AA en los que se haya indicado la realización de un ETE con motivo de excluir la presencia de trombo para realizar cardioversión de la arritmia. Se excluyeron los pacientes sin dosaje de dímero D disponible y los que se encontraban anticoagulados. Se evaluó la prevalencia de trombo auricular. Se correlacionó la presencia de trombo con los valores de Dímero D obtenidos al ingreso dicotomizado en elevado/normal si el mismo era mayor o menor a 0,5 ugr/dl respectivamente. Se analizaron las características de la población de acuerdo a la presencia de trombo intraauricular y al resultado del Dímero D. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del Dímero D elevado para la detección de trombo intraauricular.

Resultados: se analizaron los datos de 176 pacientes con fibrilación auricular, dosaje de dímero D y ETE disponibles internados en dos unidades coronarias de CABA en el período julio 2016 a marzo 2022. Se excluyeron 26 por encontrarse anticoagulados. Quedaron para el análisis 150 pacientes. Edad mediana 74 (RIC 25-75% 65-81), sexo masculino 63%, Diabéticos 15,3%, Hipertensos 64,6%, con antecedentes de insuficiencia cardíaca previa 20%,CHADSVASC >=73,3%. . Un 46,7% de los pacientes tuvieron Dímero D elevado. Se halló trombo en 15,3% de los pacientes (23 pacientes). Los pacientes con trombo tenían similares características que los pacientes sin trombo a excepción de un mayor porcentaje de pacientes con dímero d elevado (74 vs 41,7%, p <0.001). La sensibilidad del dímero D elevado para detectar la presencia de trombo fue 73%, la especificidad fue del 62%, el VPP del 22% y el VPN fue del 94%.

Conclusiones: Un valor menor a 0,5 ugr/dl de Dimero D presenta un alto valor predictivo negativo para excluir la presencia de trombo auricular. Sin embargo, creemos que por el potencial riesgo clínico no debería reemplazar al ETE

0054. ROL DEL VOLUMEN CONDUCIDO COMO MECANISMO COMPENSADOR DE LA DISFUNCIÓN DE AURÍCULA IZQUIERDA EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE.

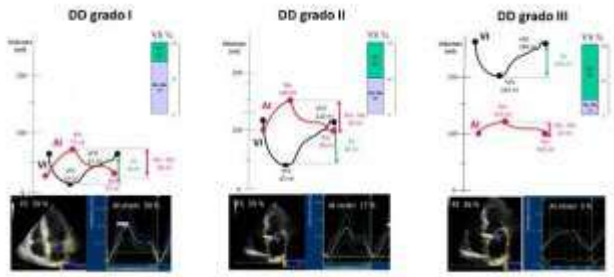
Ecocardiografía / Valvulopatías

Ricardo Alberto MIGLIORE | María Elena ADANIYA | Joselyn MILLES | Jeremías Daniel DORSCH | Silvia Consuelo GONZALEZ

Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin

Introducción: La aurícula izquierda (AI) tiene un rol central en el mantenimiento del volumen sistólico (VS) en presencia de disfunción diastólica (DD) del ventrículo izquierdo (VI) a través de la función de reservorio, conducción y contracción. En individuos normales, la contribución del volumen auricular (conducción y contracción) al VS es de aproximadamente 60 – 70 %, siendo el resto completado por el volumen conducido (VC) definido como el volumen de sangre que pasa desde las venas pulmonares al VI durante el lleno pasivo, sin producir cambios en el volumen auricular. En la DD del VI, a medida que las presiones de lleno aumentan y se acercan al límite de reserva de la precarga, la AI se comporta predominantemente como un conducto con disminución de la fase de reservorio y de contracción, con el consiguiente aumento del VC. La estenosis aórtica (EAo) grave se caracteriza por DD en los estadios iniciales y disfunción de la AI en los estadios más avanzados.

	DD grado I	DD grado II	DD grado III
VC%	34 ± 16	38 ± 22	62 ± 22 *
FVAI (%)	43 ± 15	37 ± 13	18 ± 10 *
Strain pico AI (%)	23 ± 5	22 ± 4	13 ± 2 *
IVAI (ml/m2)	47 ± 16	56 ± 15 °	68 ± 14 *
VS (ml)	55 ± 19	60 ± 21	59 ± 19
FEVI (%)	62 ± 14	53 ± 17	33 ± 14 *
	° p < 0.01	* p < 0.001	



Objetivos: Analizar el rol del VC como mecanismo compensador de la disfunción de la AI para completar el lleno del VI en la EAo grave.

Materiales y Métodos: 210 pacientes (p) (edad 69 ± 11 años, 48 % mujeres) EAo grave (índice de área valvular 0.37 ± 0.12 cm2/m2) fueron estudiados con eco-Doppler. La función de la AI fue evaluada mediante la fracción de vaciado de AI (FVAI) como la diferencia entre el volumen máximo (Mx) (incluye las fases de conducción y contracción) y el volumen mínimo (Mn) /Mx x 100 y el strain pico de AI. La contribución del VC al volumen sistólico (VS) fue estimada como porcentaje de VS (VC%): VS – (AI Mx – Mn)/VS x 100. Los volúmenes de AI, VS y fracción de eyección del VI (FEVI) fueron calculados por el método de Simpson. El grado de DD fue clasificado de acuerdo con las recomendaciones de la ASE/EACVI y los p fueron divididos en 3 grupos: DD grado I (98 p), DD grado II (74 p) y DD grado III (38 p).

Resultados: El VC% se correlacionó negativamente con la FVAI ($r = -0.57$ $p < 0.0001$), el strain pico de AI ($r = -0.38$ $p < 0.001$) y positivamente con el grado de DD ($r = 0.35$ $p < 0.001$). La FEVI se correlacionó con FVAI ($r = 0.57$ $p < 0.0001$) y el VC% ($r = -033$ $p < 0.001$). En el grupo DD grado III el VS fue mantenido por el aumento del VC% a pesar de la significativa disminución de la FVAI y el strain pico de AI.

Conclusiones: La disfunción de la AI expresada como la disminución de la FVAI y el strain pico de AI se correlaciona con un aumento de la contribución del VC al VS (VC%). En pacientes con EAo grave, a medida que la DD progresa, el VS es mantenido a expensas del incremento del VC como un mecanismo compensador de la disfunción de la AI.

0055. UTILIZACIÓN DE ESTATINAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA. ANÁLISIS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Sergio MONTENEGRO (2) | Adrian CHARASK(1) | Andres RUDERMAN(1) | Pedro PÉREZ(3) | Juan Manuel PÉREZ(3) | Federico RACCA(3)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Integrando Salud (2); Tres Sigmas (3)

Introducción: La prevención secundaria con estatinas es un pilar fundamental para disminuir el riesgo de nuevos eventos en los pacientes vasculares. Se recomienda el uso de estrategia de alta intensidad en pacientes de entre 40 y 75 años de edad diabéticos y/o con antecedentes vasculares. La historia clínica electrónica (HCE) de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) es una herramienta que nos permite analizar datos preestablecidos en el manejo ambulatorio de los pacientes seguidos por cardiólogos.

Objetivos: 1) Analizar el porcentaje de uso de estatinas y ezetimibe en prevención secundaria y diabetes. 2) Analizar el porcentaje de utilización de la estrategia de alta intensidad utilizado en esta población.

Materiales y Métodos: La HCE es una plataforma de registro de pacientes ambulatorios que la SAC le brinda gratuitamente a sus socios para que puedan utilizarla en sus consultorios. Cumple con todos los requisitos legales de una historia clínica y a la vez permite que la información contenida (anonimizada tanto de datos del paciente como del profesional) puede extraerse, exportarse en excel y ser analizada con cualquier paquete estadístico. Está estructurada en "fichas" de primera consulta y ulteriores y en la primera hay casilleros que se tildan ante la presencia de antecedentes y factores de riesgo. Para el análisis de datos puede cruzarse la información de la ficha de primera vez con los datos contenidos en las fichas ulteriores que contienen datos de signos, síntomas, diagnósticos, evoluciones y prescripciones farmacológicas. Este cruzamiento de datos permite registrar también cambios evolutivos. Para este trabajo, se seleccionaron los pacientes que tenían entre 40 y 75 años.

Resultados: De una base de 19621 pacientes con datos desde el 1 de julio 2014 hasta el 1 de julio de 2021, 13527 pacientes tuvieron entre 40 y 75 años. 2348 (un 17,4%) eran diabéticos y 6570 tenían algún antecedente vascular (48,6%). El 54% de los diabéticos tenía además antecedente vascular. En los pacientes con antec vasculares, el uso de estatinas fue del 38,3% y de ezetimibe del 5,5%. Mientras que en los diabéticos fue del 40,5% y del 4,9%, respectivamente. Los diabéticos que además tenían antecedentes vasculares fueron tratados con estatinas en el 49,7% de los casos, considerablemente más que los diabéticos sin antecedentes vasculares 29,4%, p<0,001. De los 951 pacientes diabéticos con estatinas, un 32,6% utilizaban estrategia de alta intensidad. Entre los pacientes vasculares que usaban estatinas (n:2520) las de uso más frecuente fueron la rosuvastatina en el 58% de los casos, la atorvastatina en el 33% y la simvastatina en el 10% restante. Sólo un 34% de los que tomaban estatinas se encontraban en estrategia de alta intensidad (43% en los de rosuvastatina, 26% en los que utilizaban atorvastatina y 3% en el grupo simvastatina)

Conclusiones: el análisis de la HCE permite analizar los datos solicitados (edad, sexo, antecedentes, uso de drogas y dosis). La calidad de los datos obtenidos depende de la forma en que fueron completados los casilleros por los médicos tratantes. Se observa una subutilización importante de estatinas tanto en diabéticos como en prevención secundaria. Asimismo, también es muy subutilizada la estrategia de alta intensidad. Se requiere un trabajo prospectivo para confirmar estos hallazgos e incursionar en las potenciales razones que lo determinan.

0056. ÍNDICE DE SHOCK, ÍNDICE DE SHOCK MODIFICADO E ÍNDICE DE SHOCK AJUSTADO POR EDAD COMO PREDICTORES DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. SUB ANÁLISIS DEL ARGEN IC

Insuficiencia Cardíaca / Cardiología Clínica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Leonardo Luis CÁCERES (1) | Victor MAURO(1) | Adrián LESCANO(2) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Guillermina SORASIO(2) | Julieta SORICETTI(2) | Alberto FERNANDEZ(2)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Consejos: Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" (2)

Introducción: El índice de shock (IShock) y sus variantes han demostrado utilidad para predecir mortalidad en distintas patologías agudas. Se calculan en forma sencilla y sin costo mediante fórmulas con datos de frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial sistólica (TAS) o diastólica (TAD) y edad obtenidos al ingreso a la unidad coronaria.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la capacidad predictora del IShock y sus variantes para mortalidad intrahospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD)

Materiales y Métodos: Ensayo retrospectivo de pacientes (ptes.) incluidos de manera prospectiva y consecutiva en el registro nacional ARGEN IC con información provista por 50 centros de salud durante el período agosto 2018-marzo 2021. El IShock se calculó mediante la fórmula: FC/TAS, el IShockM se calculó con FC/TAM y el IShock ajustado por edad se calculó mediante la fórmula IShock x edad. Se realizaron curvas ROC para cada uno de ellos y por test de Youden se detectaron los valores que con mayor sensibilidad y especificidad predijeran mortalidad intrahospitalaria. Asimismo, se consignaron los valores predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de cada índice. Se realizaron análisis uni y multivariado para determinar predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. Se excluyeron del análisis los pacientes que presentaron shock cardiogénico.

Resultados: Se incluyeron 879 pacientes. Edad mediana 74 años (RIC 25-75 64-83). Hombres 60%.HTA 74%, DBT 33%, TBQ 30% tabaquistas, 18% IRC, 17% IAM previo y un 42% presentaban Fey <40%. La mortalidad intrahospitalaria global fue de 6,6%. La mediana del IShock fue de 0,66 (RIC 25-75 0,55-0,83), del IShockM de 0,89 (RIC 25-75 0,75-1,1) y del IShock

ajustado por edad de 47 (RIC 25-75 37-60). El ABC ROC fue de 0,55 (DS 0,039), 0,57 (DS 0,039) y 0,64 (DS 0,036) para cada índice, respectivamente, siendo significativamente mayor la del IShockM y el IShock ajustado a edad por sobre el IShock (p 0,04 y <0,01, respectivamente). De acuerdo al test de Youden el mejor valor para predecir mortalidad del IShock fue de 0,9 con una sensibilidad de 72% y especificidad de 16% (VPN 89, VPP 6), del IShockM 1,26 con una sensibilidad de 28% y especificidad de 87% (VPN 94%, VPP 13%) y del IShock ajustado por edad 50,4 con una sensibilidad de 64% y una especificidad 61% (VPN y VPP de 96% y 10%, respectivamente). Se realizaron distintos modelos multivariados.. En el primer modelo de análisis se utilizaron la edad, TAS<115 mmHg, nitrógeno ureico en sangre (BUN) >43 mg/dL, creatinina >2,75 mg/dL, anemia (Hb<10 mg/dL) y el IShockM >1,26. El IShockM >1,26 demostró valor predictivo independiente (OR 2,3 IC95% 1,1-4,7, p 0,02) junto a la edad (OR 1,04 IC95% 1,02-1,07, p<0,01). En otro modelo similar pero con el IShock ajustado a edad >50,4 resultaron predictores independientes la creatinina >2,75 mg/dL (OR 2,53 IC95% 1,08-5,9, p 0,03) y el IShock ajustado x edad >50,4 (OR 2,55 IC95% 1,4-4,6, p <0,01)

Conclusiones: El IShockM y el IShock x edad son variables muy sencillas de obtener, sin costo adicional y tomadas al ingreso del paciente a la internación por insuficiencia cardíaca descompensada aportan información útil sobre su evolución intrahospitalaria

0060. REVASCULARIZACIÓN DE MÚLTIPLES VASOS EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: IMPACTO DE LA NUEVA EVIDENCIA EN EL REGISTRO ARGEN-IAM-ST

Enfermedad Coronaria

Eugenia MESANZA (1) | Abdiel Mateo ANQUIZ DORADO(1) | Irma Leonor SLIMOBICH(2) | Heraldo D' IMPERIO(2) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(3) | Victor MAURO(1) | Carlos Manuel BARRERO(1) | Adrian CHARASK(1)

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

Introducción: La enfermedad coronaria es la principal causa de morbimortalidad cardiovascular a nivel mundial. Se estima que entre los pacientes que debutan con un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) el 50% se asocia a enfermedad de múltiples vasos (EMV), siendo este subgrupo de pacientes los que presentan mayor morbilidad y mortalidad en el seguimiento a largo plazo.

Tabla 2: Impacto de la nueva evidencia

	Muestra total n=1203 (%)	Año <2020 n=914 (%)	Año ≥2020 n= 289 (%)	p
ATC completa	242 (20.12)	186 (20.35)	56 (19.38)	NS

Objetivos: 1: Evaluar la prevalencia de revascularización completa en pacientes con IAMCEST durante la fase hospitalaria. 2: Conocer las características de los pacientes a los que se realiza angioplastia (ATC) a múltiples vasos frente a quienes se tratan el vaso responsable únicamente. 3: Establecer la prevalencia de ATC a múltiples vasos luego de las nuevas recomendaciones publicadas en las guías (a partir del año 2020).

Tabla 1: características basales de los pacientes con enfermedad multivaso con o sin revascularización

Variables	c/ATC a MV n=242 (%)	s/ATC a MV n=961 (%)	p
Edad (mediana y RIC)	61 (55-59)	62 (55-70)	NS
Diabetes	20	26	0,02
Hipertensión arterial	60	64	NS
Tabaquismo	35,7	36,4	NS
Varones	62	60	NS
IC previa	3,4	2,3	NS
EPOC	5	3,7	NS
Mortalidad	9	5,7	0,04
IC	24	18	0,03
Sangrado	3,7	3,5	NS
Días de internación (mediana y RIC)	5 (4-8)	5 (4-6)	NS

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes incluidos en forma consecutiva en el registro nacional Argen-IAM-ST desde el año 2015 hasta el 13/02/2022. La muestra inicial fue de 6122 pacientes. Se excluyó a quienes se les realizó otra estrategia diferente a la ATC primaria (n=2261), a aquéllos con shock cardiogénico (n=589), a los pacientes sin datos completos (1088) o con enfermedad de un solo vaso (n=981). La población para analizar fue de 1203 pacientes.

Resultados: De la población analizada, el 20% (242 pacientes) recibió revascularización completa durante la internación. Estos pacientes presentaban menor prevalencia de diabetes y mayor de insuficiencia cardiaca (IC) al ingreso (24% vs 18%, p=0,03), (ver tabla 1). En el análisis multivariado se comprobó que la presencia de IC fue un predictor independiente de decisión de ATC a múltiples vasos (Odds Ratio 1,4 IC 95% 1,01-2,0, p=0,04). Asimismo, se observó una mayor mortalidad en este grupo (9% vs 5,7%, p=0,04). No encontramos diferencias en la prevalencia de ATC a múltiples vasos a partir del año 2020 con respecto a años previos (19,3% vs 20%, respectivamente p= NS) (ver tabla 2).

Conclusiones: La revascularización completa fue utilizada en uno de cada cinco pacientes con EMV. Los médicos han tomado la decisión de realizar ATC a otros vasos en pacientes de mayor gravedad. No se encontraron diferencias en la prevalencia de ATC a otros vasos a lo largo del tiempo. Es esperable un incremento de la ATC a múltiples vasos de acuerdo a la evidencia actual.

0065. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN JOVENES

Sindrome Coronario Agudo

Stella Maris MACIN (1) | Julieta Agustina ARCE(2)

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (1); Facultad de Medicina - Universidad Nacional del Nordeste (2)

Introducción: Los factores de riesgo cardiovascular son importantes en el desarrollo de un SCA así como en el desarrollo de la ateroesclerosis. Los pacientes jóvenes pueden debutar con un infarto sin factores de riesgo presentes

Objetivos: Evaluar la prevalencia, características clínicas y evolución de pacientes jóvenes con infarto agudo de miocardio

Materiales y Métodos: Análisis prospectivo, observacional de pacientes jóvenes internados en Unidad Coronaria del Instituto de cardiología de Corrientes, admitidos dentro de 24 horas de inicio de los síntomas desde 3/09/2020 hasta 18/01/22. Se definió como población joven a los menores de 45 años. Las Variables estadísticas cualitativas se analizaron con el método de Chi cuadrado y las cuantitativas con el método de Student. Se consideró significativa cuando el valor de p fue menor de 0.05

Resultados: Se incluyeron en total 78 pacientes, la edad media fue de 42.56±6 años, el 80.5% fueron de sexo masculino, el 7.8% tenían antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, el 38% de pacientes eran tabaquistas, el 3.5 fumaban drogas ilícitas. El 52% fueron sedentarios, la HTA estuvo presente en 56.5%, 32% eran diabéticos y 2.2% insulinodependientes, respecto al peso el 37% tenían sobre peso y el 35.2% obesidad, el 36% fueron dislipidémicos. El 62.5% refirió estar bajo condiciones de estrés. El 4% de las mujeres eran menopaúsicas y el 2.2% tenían antecedente de ingesta de anticonceptivos.

Conclusiones: Uno de cada 5 pacientes jóvenes con infarto fueron de sexo masculino, un tercio fumaban, la mitad fueron sedentarios, un tercio fueron diabéticos, dos tercios tenían sobre peso u obesidad. Estos datos son importantes para fortalecer la prevención primaria en la población joven

0073. ROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN EL REMODELADO VASCULAR DEL ESPESOR MEDIO INTIMAL EN ARTERIAS CAROTIDAS Y FEMORALES

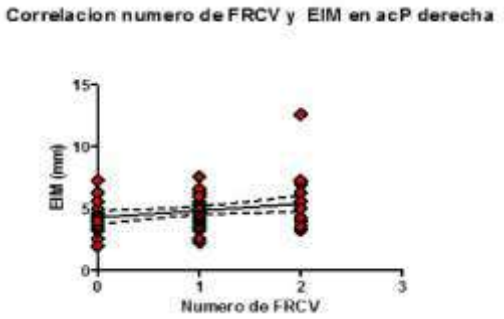
Hipertensión Arterial / Enfermedad Vascular Periférica

Alvaro Daniel CARRIZO | María PERAL DE BRUNO | Claudio JOO TURONI

Universidad Nacional de Tucumán

Introducción: La dislipemia (DLP), la hipertensión arterial (HTA) y el tabaquismo (TBQ) son factores de riesgo cardiovasculares que afectan a varios lechos vasculares en forma simultánea pudiendo llegar al remodelamiento con aumento del espesor intima-media (EIM) y favorecer la presencia de placas ateroscleróticas (pAt).

Objetivos: Evaluar el impacto de los factores de riesgo cardiovaculares en el EIM y pAt en dos lechos arteriales: carotideas primitivas y femorales comunes.



Materiales y Métodos: Se estudió pacientes que concurrieron por primera vez al Servicio de Ecocardiografía y Ecografía Doppler Vascular del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en el mes de noviembre de 2019, con o sin DLP, TBQ y/o HTA según antecedentes de su Historia Clínica. Se calculó índice de masa corporal. Se excluyeron pacientes con daño de órgano blanco o diabetes. Se utilizó un ecógrafo Toshiba Aplio 300, con un traductor lineal de 14 MHz. Las medidas del EIM se realizaron en la arteria carótida primitiva en la pared lejana 10 mm previo al bulbo y en arteria femoral común en los últimos 20 mm previos a la bifurcación. Se consideró el EIM como el segmento entre el borde sangre-íntima y media-adventicia. Se registró el promedio de 3 mediciones en cada lecho. Se consideró pAt como engrosamiento focal mayor de 0,5 mm dentro de la luz arterial, un engrosamiento >50% del EIM adyacente o un EIM >1,5 mm. Los resultados se presentaron como n (número de determinaciones) ±SEM. Se realizó prueba t de Student, correlación de Pearson o 2, considerándose estadísticamente significativa una p<0.05.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes (12 varones y 60 mujeres) de 45±1 años de edad, con índice de masa corporal de 30±1. 17% presentaban DLP; 76% TBQ y 50% HTA. El número de factores de riesgo fue de 0,9+0-0,1. No se encontró diferencias en las variables estudiadas entre pacientes con o sin DLP o TBQ. Cuando se estudió el papel de la HTA, el EIM fue mayor en los pacientes con HTA en arteria carótida primitiva derecha (sin HTA: 0,42±0,02 mm vs. con HTA: 0,53±0,03; p <0.05%), arteria femoral común derecha (sin HTA: 0,45±0,02 mm vs. Con HTA: 0,54±0,04; p <0.05%) e izquierda (sin HTA: 0,43±0,03 mm vs. Con HTA: 0,54±0,03; p <0.05%), sin diferencias en arteria carótida primitiva izquierda (p: NS). Se observó una asociación entre la presencia de HTA y pAt en arteria carótida primitiva derecha (2: 4,5; p<0,05). Esta asociación no se presentó en el resto de las arterias estudiadas. El número de factores de riesgo se correlacionó positivamente con el EIM en arteria carótida primitiva derecha (Pearson r: 0,2600; IC95%: 0,02835 a 0,465; p<0,05; n=72; Figura 1), esta correlación no se observó en los otros lechos estudiados.

Conclusiones: La HTA se presenta como el principal factor de riesgo cardiovascular y tiene una gran implicancia en el remodelado arterial (evaluado por EIM y pAt). El índice de masa corporal incrementado indica una tendencia a la obesidad en esta población. Por otro lado, la mayor afectación de la arteria carótida primitiva derecha por la HTA y por la asociación de factores de riesgo cardiovasculares es un dato interesante, que debería tenerse en cuenta al momento de valorar lesión de órgano subclínica en esta población.

0074. RESULTADOS DE ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA: CRIOABLACIÓN VERSUS RADIOFRECUENCIA CON FUERZA DE CONTACTO Y PROTOCOLO TIPO CLOSE.

Arritmias y Electrofisiología

Pablo MOLINA (1) | Pablo Roberto ROMERO (1) | Nicolas Mario MARTINENGHI (1) | Claudio León HADID (1) | Omar Alejandro AGUILERA (2) | Javier ARRINDA CALZETTA (2) | Gabriel CHAROVSKY (1) | Sergio Josè DUBNER (1)

Clínica y Maternidad Suizo Argentina (1); Sanatorio de los Arcos (2)

Introducción: Introducción: La ablación de Fibrilación Auricular (FA) por radiofrecuencia (ARF) y la crioablación con balón (CAB) han demostrado resultados clínicos similares para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística (FAP), aunque existen pocos datos comparativos entre CAB y ARF con la utilización de un protocolo estandarizado tipo CLOSE.

Objetivos: Objetivos: Comparar la efectividad de CAB vs ARF utilizando un protocolo tipo CLOSE en pacientes (ptes) con FAP. Los objetivos secundarios fueron: tasa de complicaciones y los tiempos de procedimiento y de fluoroscopia. El punto final primario fue valorar sobrevida libre de FA a 6, 12 y 18 meses, definida como recurrencia de FA documentada mediante métodos diagnósticos no invasivos, de una duración >=30 segundos después de un período de cegamiento de 90 días. Los puntos finales secundarios fueron: duración del procedimiento, tiempo de fluoroscopia y las complicaciones mayores relacionadas al procedimiento, definidas como accidente cerebrovascular (ACV), taponamiento cardiaco, sangrado con requerimiento de transfusión o muerte.

Materiales y Métodos: Materiales y métodos: Estudio unicentrico, prospectivo, en curso, con inclusión de 124 ptes., consecutivos con FAP, los cuales fueron derivados en forma aleatoria al tratamiento con CAB (excepto situaciones anatómicas) o ARF con protocolo tipo CLOSE: definido como el uso del índice de ablación que incluye estabilidad, fuerza de contacto, tiempo y potencia juntamente con la distancia interlesion <=6 mm. Criterios de inclusión: ptes mayores de 18 años con FAP sintomática refractaria a tratamiento farmacológico. Criterios de exclusión: cualquier ablación o cirugía

previa de la aurícula izquierda (AI). La sobrevida libre de FA fue calculada con el método de Kaplan y Meier. Se realizó el seguimiento de manera presencial y con Holter de 24 hs., a la semana, al mes, 3, 6, 12 y 18 meses o ante la aparición de un evento clínico relevante.

Resultados: Con CAB se trataron 72 ptes y 52 con ARF. En el grupo CAB 55 ptes fueron hombres (76.4%) y 40 (76,9%) en el grupo de ARF (p = NS). La edad media fue de 58 ± 12 años vs 57 ± 12 años (p= NS). Se observo HTA en el grupo CAB en 28 (39 %) vs 22 (42.3 %) para ARF (p= NS) y el número de ptes tratados con amiodarona fue: 21 (29%) para CAB vs 12 (23%) para ARF (p= NS). La mayoría de los ptes fueron tratados con nuevos anticoagulantes orales (NOACs): 63 (87.5%) vs 51 (98%) p=0.03. La sobrevida libre de FA en el grupo CAB fue de 91.9% y 70.4% y en el grupo ARF fue de 94.4% y 89.7% a los 12 meses y 18 meses respectivamente en cada grupo. Log rank: 0.268 (p=NS). La duración promedio del procedimiento fue 109 min ± 28 en CAB vs 146 min ± 30 p<0,001. El promedio de fluoroscopia fue 20 ± 9 min para CAB vs 10 min ± 5 para ARF p<0,001. Con la técnica de ARF se observó una complicación mayor (1,9%), correspondiente a taponamiento cardiaco, mientras que con la técnica de CAB no se observaron complicaciones mayores.

Conclusiones: Conclusión: En la población del estudio, ambas técnicas de ablación mostraron similar eficacia. El grupo de ARF mostró diferencias significativas con menor exposición a radioscopia, y el grupo CAB un menor tiempo total de procedimiento. No hubo diferencias significativas en las tasas de complicaciones.

0077. SINCRONÍA ELECTRICA MEDIDA POR SYNCHROMAX EN SINDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE

Arritmias y Electrofisiología

Germán Darío ANSONNAUD | Florencia DUCKWEN | Teresa María GARCIA BOTTA | Sebastian MALDONADO | Pablo Guillermo STUTZBACH | Raúl PÉREZ ETCHEPARE | Camilo PULMARI | Micaela MOCCIA

Sanatorio Las Lomas

Introducción: La preexcitación ventricular que causan las vías accesorias (VAcc) en pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) ocasiona despolarización ventricular disincrónica que en algunos casos genera disfunción cardíaca. Ciertos autores señalan que la activación ventricular asincrónica conduce a una contracción disquinética generando alteración de la fisiología y estructura del cardiomiocito. El sistema EXO Synchromax (SY) analiza en forma no invasiva por un electrocardiograma con promediación de señales, la sincronía eléctrica del ventrículo izquierdo y calcula un índice de sincronía (IS).

Objetivos: HIPÓTESIS Existen distintos IS eléctrica en pacientes con WPW según la localización de las VAcc. OBJETIVOS: Conocer la sincronía eléctrica del ventrículo izquierdo de pacientes con WPW en forma no invasiva con el SY según las diferentes localizaciones de las VAcc.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo, de corte transversal, analítico, con inclusión consecutiva de 20 pacientes con WPW que fueron sometidos a estudio electrofisiológico con eventual ablación entre julio de 2019 y diciembre de 2021. Se realizó ecocardiograma Doppler transtorácico a todos los pacientes previo al procedimiento para evaluar presencia de cardiopatía y función ventricular. Se evaluó localización de la VAcc y se realizaron mediciones de IS con SY. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes menores de 18 años de edad, en ritmo sinusal y con una sola una vía accesoria. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes con cardiopatía y/o deterioro de la función ventricular izquierda, antecedente de colocación de marcapasos, cardiodesfibrilador y/o resincronizador. Para el análisis estadístico se utilizó el Software SPSS 25. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartilo debido a la distribución asimétrica de las mismas según los test de normalidad; las variables cualitativas como porcentajes. Para la comparación de variables continuas se utilizaron test no paramétricos (U de Mann Whitney) y se consideró significativo un valor de P: <0,05.

Resultados: Sobre un grupo de 20 pacientes, la totalidad con una única vía accesoria; sin cardiopatía estructural y fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada. La mediana de edad fue de 12,38 RIC (10,7 -14) años. El 50 % (10) eran mujeres. La localización de las vías accesorias fue en el 70 % (14) en el anillo tricúspideo (AT) y el 30 % (6) en anillo mitral (AM). Ver tabla 1. Se realizó ablación exitosa al 75 % de los pacientes, en su mayoría por radiofrecuencia. La mediana de

sincronía fue 0,99 (0,18 -2,80) a nivel AT versus 0,19 (0,10 - 0,38) en el AM. P:0,058. Dentro de las de AT (14), 1 (7,14%) se localizó en hora uno, 1 (7,14%) en hora tres, 3 (21,42 %) en hora cuatro, 4 (28,57%) en hora cinco, 1 (7,14%) en hora seis, 1 (7,14%) en hora nueve, 1 (7,14%) en hora diez y 2 (14,28%) en hora doce. Ver Gráfico 1. Dentro de las de AM (6), 1 (16,6 %) se localizó en hora cuatro, 1 (16,6%) en hora cinco y 4 (66,6%) en hora seis. Ver Gráfico 2. La distribución según el IS fue del 50 % para sincrónicos, con una mediana de 0,17 RIC (0,10-0,20); 10 % intermedios, mediana de 0,44 RIC (0,45-0,46) y 40 % disincrónicos, con mediana de 2,31 (1,20-2,99). Ver gráfico 3. La zona posteroseptal tuvo una disincronía eléctrica significativamente mayor, con una mediana de 2,78 RIC (1,21-3) versus la mediana del resto de las localizaciones 0,19 RIC (0,13 - 0,40). P:0,0001. Ver tabla 2.

Conclusiones: Observamos distintos IS según las distintas localizaciones. Las VAcc posteroseptales presentaron mayor disincronía eléctrica según el SY.

0002. VARIACIÓN DE TROPONINA T ULTRASENSIBLE LUEGO DE LA OCLUSIÓN PERCUTÁNEA DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR NO COMPLICADA

Cardiología Intervencionista y Estructural / Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto

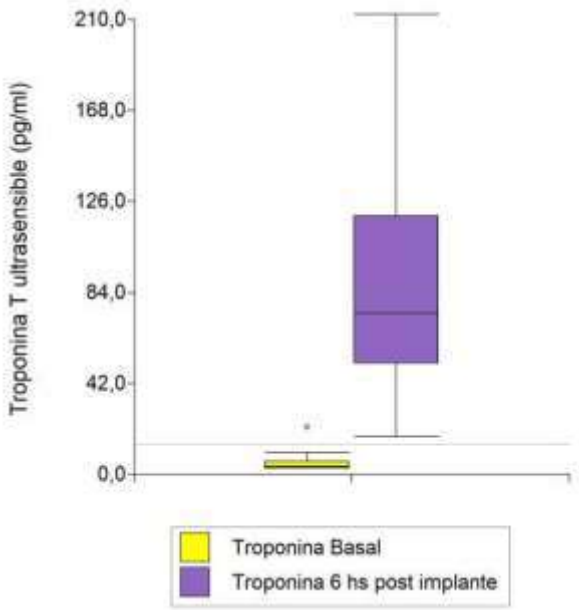
Alejandro CONTRERAS | Alejandro Román PEIRONE | Facundo LEDESMA | Ernesto JUANEDA | Victor DEFAGO | Eduardo CUESTAS

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: Se denomina infarto tipo 5 a la injuria miocárdica posterior a la cirugía cardíaca y es definida como la elevación de troponina mayor a 10 veces el punto de corte establecido. No existen datos a cerca de valores de corte posterior a la manipulación cardíaca luego de la oclusión percutánea de una comunicación interauricular (CIA). La erosión cardíaca es una complicación poco común aunque severa, cuya presentación más frecuente se observa en las primeras horas luego del implante y por consiguiente, la determinación de troponinas podría ser de utilidad en el control post procedimiento.

Objetivos: Determinar los niveles de elevación de troponina T ultrasensible (TTUS) en una población que recibió oclusión percutánea de una CIA no complicada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron de forma consecutiva desde agosto de 2020 los pacientes con los siguientes criterios de inclusión: comunicación interauricular tipo ostium secundum, dilatación de cavidades cardíacas derechas, oclusión percutánea con dispositivo. No hubo límites de edad para el ingreso. Se excluyeron los pacientes con fallo de implante. Previo a la intervención se midió TTUS y se repitió la medición a las 6 horas luego de la finalización del procedimiento. Luego de 24 horas se otorgó el alta médica si no se registraron trastornos de conducción o arritmias en el electrocardiograma ni complicaciones observadas en el ecocardiograma Doppler color. Las mediciones de TTUS fueron realizadas en un autoanalizador Cobas® mediante un ensayo de electroquimioluminiscencia de cuarta generación, con reactivos de troponina T Ultrasensible Roche®. El valor normal del ensayo fue de 14 pg/ml (recomendado según la 4ta definición de infarto). El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación Institucional y los pacientes y/o tutores firmaron consentimiento informado. Las variables categóricas se expresan en porcentajes e IC95% y las variables continuas en medianas y rangos intercuartílicos (RIC) o medias y desviación estándar (DE) según su distribución. Se utilizó el programa InfoStat/P 2020 (UNC).



Resultados: Fueron incluidos 49 pacientes, de los cuales 34 eran mujeres (69%; IC95 56-81%) con una edad de 10 años (RIC 5-22 años). La presión media de arteria pulmonar fue de 21,49 mmHg (DE 5,64 mmHg) y el diámetro de la CIA en ecocardiografía fue 14,57 mm (DE 5,28 mm). Presentaban defectos múltiples 13 pacientes (27%; IC95 15-40%) y borde aórtico deficiente 18 pacientes (37%; IC95 14-51%). La TTUS basal fue 3,80 pg/ml (RIC 3-6 pg/ml). Se utilizó balón

elastomérico para medir el defecto en 23 pacientes (47%; IC95 33-60%), se implantó 1 dispositivo en 47 pacientes (96%; IC95 91-100%) y 2 dispositivos simultáneos en 2 pacientes (4%; IC95 0-9%). El diámetro de los dispositivos fue 19,76 mm (DE 6,17 mm) y el tiempo de radioscopía fue 6,30 minutos (RIC 4,60-9,90 minutos). Se midió TTUS posterior al implante a los 363 minutos (RIC 360-374 minutos) obteniéndose un valor de 74,5 pg/ml (RIC 51,2-119,3 pg/ml) lo que corresponde a una elevación de 5,32 veces (RIC 3,65-8,52 veces) comparado con el valor inicial. El percentil 97 de TTUS posterior al implante fue 212,70 pg/ml (15,19 veces el valor normal).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes que recibieron oclusión percutánea de CIA tipo ostium secundum no complicada, se observó una elevación consistente de TTUS en todos los casos. El valor esperado en una oclusión percutánea no complicada debería ser menor a 15 veces el valor normal del fabricante.

0081. USO DE LA CUÁDRUPLE TERAPIA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN LA ARGENTINA, REGISTRO PILOTO DEL CONSEJO DE CARDIOLOGÍA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LA SAC.

Insuficiencia Cardíaca / Cardiología Clínica

Alfredo Matías RODRIGUEZ GRANILLO | Mirta Daniela LOBIANCO | Karen WAISTEN | Lisandro PÉREZ VALEGA | Leandro BARBAGELATA | Eder MENESES | Maria Valeria CUROTTO | Carolina SALVATORI

Consejos: Cardiología Clínica y Terapéutica "Dr. Tiburcio Padilla"

Introducción: Actualmente se recomienda el uso de 4 drogas - betabloqueantes, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)/ Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA)/ Inhibidor de la neprilisina (ARNI), antialdosterónicos e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (islgt-2) - para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (ICC) con fracción de eyección (FEY) <40% con nivel de recomendación I. La penetrancia de estas recomendaciones en la práctica clínica diaria se desconoce.

Objetivos: Reconocer la penetrancia de las recomendaciones actuales así como las características clínicas de los pacientes con ICC crónica con FEY reducida en el ámbito público y privado de nuestro país.

Materiales y Métodos: Estudio piloto de cohorte prospectivo y observacional de pacientes con ICC crónica con FEY reducida que fueron evaluados por cardiólogos del Consejo de Cardiología Clínica y Terapéutica de la Sociedad Argentina de Cardiología tanto en forma ambulatoria como en la internación por ICC entre los meses de febrero a abril de 2022 en distintos centros, públicos y privados en Área Metropolitana de Buenos Aires y la ciudad de Córdoba. Los pacientes fueron categorizados de acuerdo con el origen de la patología en isquémico necrótica (ICC isq) o no (ICC no isq), cobertura médica o si estaban recibiendo las 4 drogas. Se registraron las características demográficas y clínicas, y se categorizaron posibles causas de incumplimiento del tratamiento recomendado. Para las evaluaciones se tomaron variables cualitativas como porcentajes que se compararon con test de chi2 o Fisher y variables cuantitativas como media con desvío estándar y comparadas mediante test de ANOVA.

Tabla. Características demográficas y clínicas de la población estudiada (n=64)	
Edad, años	62,4 +/- 9
Hombres, %	67,2
Indice de masa corporal (IMC), Kg/cm2	28,4 +/- 5,9
Tensión arterial sistólica, mmHg	113 +/- 16
Isquémico-necrótico, %	57,8
Cobertura médica privada, %	39,1
Estudios universitarios o terciarios, %	40,6
Hipertensión arterial, %	64,1
Tabaquismo, %	9,4
Dislipemia, %	51,6
Diabetes, %	21,9
Infarto previo, %	48,4
Clase funcional III/IV	37,5
Anemia, %	29
Insfuciencia renal crónica	25
FE Ventrículo izquierdo, %	31,6+/- 6,2
Diámetro diastólico, mm	59,2 +/- 6,2
PSAP, mmHg	40,3 +/- 12,3
TAPSE, mm	17,4 +/- 4,6
Uso de IECA,ARA2 o5/V	82,8
Uso de betabloqueantes, %	95,4
Uso de antagonistas de aldosterona,	67,3
Uso de cuádruple terapia, %	32,8
Terapia CDI	15,6%

Resultados: Participaron del registro 9 cardiólogos que incorporaron 64 pacientes de forma consecutiva. La edad media fue de 62,4 +/- 13,4 años, 67,2% fueron hombres. La fracción de eyección medida por ecocardiograma (Simpson) fue del 31,6 +/- 6 30 pacientes tenían obra social (IOMA, PAMI, otras), 25 prepaga y 9 no tenían cobertura de ningun tipo. Dentro de las causas, 57,8% fueron ICC isq y 42,2% ICC no isq, siendo la idiopática (33,3%) y la hipertensiva (14,8%) las mas prevalentes en ese grupo. Al momento de la consulta 32,8% del total de pacientes recibía las 4 drogas, 37,5% tres y 29,7% dos, una o ninguna. Las drogas mas utilizadas de acuerdo al grupo farmacológico fueron enalapril (32,8%), bisoprolol (68,7%), espironolactona (42,2%) y empagliflozina (31,2%). El 15,6% tenía implantado un CDI y ninguno terapia de resincronización cardíaca. El 16% tenía insuficiencia renal crónica y, de ellos, el 18,8% estaba en diálisis. En la tabla se detallan las características demográficas y clínicas de la población estudiada. De los motivos por los cuales 43 pacientes no

recibieron la cuádruple terapia, al 74,4% no se les ofreció el tratamiento completo mientras que el 16,3% no pudo cumplirlo por razones económicas. Al comparar los pacientes que recibieron la terapia cuádruple vs los que no, el 61,2% fue atendido en el consultorio (vs 53,5%, p=0,52), 52,4% tenían medicina prepaga (vs 32,6%, p=0,12), la edad fue de 61,6 +/- 12 años de media (vs 62,7 +/- 13,7 años, p=0,74) y el 47,6% tenía formación universitaria (vs 37,2%, p=0,42), comparado con el grupo que no recibió el tratamiento recomendado.

Conclusiones: En la actualidad el uso del cuádruple esquema terapéutico recomendado para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deteriorada es escaso. Ante estos resultados debemos plantearnos diferentes estrategias e intervenciones para aumentar la prescripción de estas drogas a fin de beneficiar directamente a nuestros pacientes.

0082. ABLACION POR RADIOFRECUENCIA DE FIBRILACION AURICULAR PAROXÍSTICA. RESULTADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO

Arritmias y Electrofisiología / Cardiología Intervencionista y Estructural

Mariel ALVAREZ CORREA | Guillermo Alejandro CARNERO | Néstor GALIZIO | Mauricio MYSUTA | Juan Pablo CATTANEO | Maria Eugenia AMREIN | María Eugenia SANTILLÁN | José Luis GONZALEZ

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: El aislamiento eléctrico circunferencial (AEC) de las venas pulmonares es el tratamiento de elección en pacientes con fibrilación auricular paroxística (FAp) sintomática, refractaria al tratamiento médico, con un nivel de evidencia y grado de recomendación IA según las recomendaciones internacionales y el última guía de FA (ESC-2020).

Objetivos: Describir los resultados de la ablación con radiofrecuencia en un seguimiento a mediano y largo plazo en una población de pacientes (pts) con FAp.

Materiales y Métodos: Entre enero 2010 y julio 2021 a 324 pts se les realizó AEC de las venas pulmonares con radiofrecuencia mediante sistema de navegación tridimensional NavX™ EnSite™ Abbott. La estimación de la sobrevida libre de arritmias se llevó a cabo mediante la curva de Kaplan-Meier a 12, 24, 36 y 48 meses

Resultados: La edad promedio fue de 55.3±11.3 años, 248 (76.5%) eran varones, el 75% de los pts tenía un CHA2DS2-VASc entre 0-1. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 57.4 ±9% y el diámetro de la Aurícula Izquierda (AI) de 40±7.5 mm. Se logró el aislamiento de 97 % de las venas pulmonares (VP), con una duración total del procedimiento de 215±68 minutos y 42.5± 30 minutos de radioscopia. El 14% de los pts presentó FA durante el periodo de blanking. Con un seguimiento medio de 33.5 meses, el 65 % de los pts (213) se encontraban libre de arritmia auricular. La estimación de la sobrevida libre de arritmia en la curva de Kaplan-Meier fue de 78%, 71%, 63% y 59% a los 12, 24, 36 y 48 meses respectivamente.

Conclusiones: Un aceptable porcentaje de pts sometidos a ablación por radiofrecuencia permaneció libre de arritmia en el seguimiento a mediano y largo plazo.

0083. ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Enfermedad Vascular Periférica / Multimagen

Gonzalo Manuel FERNANDEZ VILLAR | Mauricio DELGADO GAETE | Emiliano ROSSI | Marco BORJA YENCHONG | Elsa NUCIFORA | Rodolfo PIZARRO | Cesar BELZITI | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La anemia ferropénica tiene una prevalencia del 90 % en el postoperatorio de cirugía cardiovascular. Se sabe que la misma es un marcador de morbilidad y mortalidad, ya que genera un aumento del número de transfusiones, aumento de la incidencia de fibrilación auricular, infarto de miocardio, stroke, infecciones y retraso tanto en el egreso hospitalario como en la incorporación del paciente a su vida habitual. En la actualidad no contamos con información sobre la prevalencia preoperatoria de la misma, su evolución en el postoperatorio inmediato y alejado, y el tiempo de recuperación. De la misma forma tampoco sabemos si con las terapias actuales estamos logrando resultados favorables.

Tabla 1. Caracteristicas de los pacientes y la cirugia	
	n=122
Caracteristicas basales de los pacientes	
Edad, mediana (RIC), años	67 (57-75)
Sexo femenino, n(%)	29 (23,7)
Peso, media (DS), Kg	82
Talla, media (DS), M	1,71
Hipertension arterial, n(%)	78 (63,9)
Dislipemia, n(%)	79 (64,8)
Diabetes, n(%)	26 (21,3)
Insulinorequiriente, n(%)	6 (4,9)
Enfermedad renal cronica, n(%)	11 (9%)
Tabaquista activo, n(%)	23 (19)
Infarto de miocardio, n(%)	9 (7,4)
Cirugia cardiaca, n(%)	5 (4,1)
Aaccidente cerebro vascular, n(%)	2 (1,7)
Claudicacion, n(%)	2 (1,7)
EPOC, n(%)	5 (4,1)
Fraccion de eyeccion, n(%)	
>55	101 (82,8)
45-35	6 (4,9)
55-45	13 (10,7)
<35	2 (1,6)
Caracteristicas de la cirugia	
Tiempo de Cirugia, mediana (RIC), min	300 (240-360)
Tiempo de CEC, mediana (RIC), min	138 (110-165)
Cell Saver, n(%)	4 (3,3)
Tipo de Cirugia, n(%)	
CRM	64 (52,5)
Remplazo Valvular aortico	53 (43)
Biologico	43 (35,2)
Mecanico	10 (8,2)
Valvula mitral	16 (13)
Plastica	12 (9,8)
Remplazo biologico	2 (1,6)
Remplazo Mecanico	2 (1,6)
Aorta	13 (10,7)

Objetivos: Primarios: 1) Describir la prevalencia de anemia en el preoperatorio de cirugía cardiovascular. 2) Describir la incidencia de anemia en el posoperatorio de cirugía cardiovascular. 3) Describir la prevalencia de ferropenia sin anemia en el preoperatorio y su incidencia en el posoperatorio de cirugía cardiovascular. 4) Describir la prevalencia de la misma a los 30 días con el tratamiento estándar. 5) Buscar asociación entre la anemia preoperatoria y el aumento de los días de internación.

Materiales y Métodos: Materiales y métodos. Se realizaó un estudio observacional de cohorte prospectivo en el que se incluyeron pacientes sometidos a cirugía cardiovascular central, operados entre septiembre de 2021 y febrero de 2022. El seguimiento fue de 30 días por paciente.

Resultados: Luego del seguimiento a 30 días se analizaron 122 pacientes. Las características de los mismos se observan en la tabla 1. El tipo de cirugía en un 52 % fue revascularización miocárdica, un 35 % de reemplazo valvular aórtico y un 9 % de plásticas mitrales. El tiempo de circulación extracorpórea en promedio fue de 138 minutos. La prevalencia de anemia preoperatoria fue de alrededor del 32 % y la de ferropenia aislada (sin anemia) del 2.5 %. Al 5to día del postoperatorio la prevalencia de anemia fue de un 90 %. A los 30 días con el tratamiento médico actual (hierro, vitamina b12 y ácido fólico), el 76 % de los pacientes persisten anémicos y hasta un 56 % persisten con ferropenia. La anemia no se asoció al aumento de los días de internación. Si bien la media de ferritina a los 30 días estaba en valores de 330, existe un grupo de pacientes que se encuentra con ferritina elevada, lo cual nos habla de que persisten inflamados. La transferrina media fue de 234, teniendo transferrina por debajo de 200 hasta en un 25 % de los pacientes. Por ultimo observamos que a los 30 días la respuesta medular, a pesar del estado inflamatorio ha sido aceptable por presentar una media de 2.1 % que con un recuento total medio de 105.000.

Conclusiones: La prevalencia de anemia en el preoperatorio es alta. La misma no se asoció con una demora en la recuperación de la hemoglobina a los 30 días. El tratamiento de la anemia durante los primeros 30 días del postoperatorio es insuficiente, teniendo un grupo de pacientes que aún persisten con ferropenia clara,esto justificaría la implementación de un programa de manejo de esta patología.

0084. TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA. REDUCCIÓN DE LA INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL EN PACIENTES RESPONDEDORES CON CARDIOMIOPATIA ISQUEMICO NECROTICA VS DILATADA.

Arritmias y Electrofisiología / Insuficiencia Cardíaca

Néstor Oscar GALIZIO | Maria AMREIN | Jose GONZALEZ | Guillermo Alejandro CARNERO | Mauricio MYSUTA | Eduardo GUEVARA | Liliana FAVALORO | Roberto FAVALORO

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

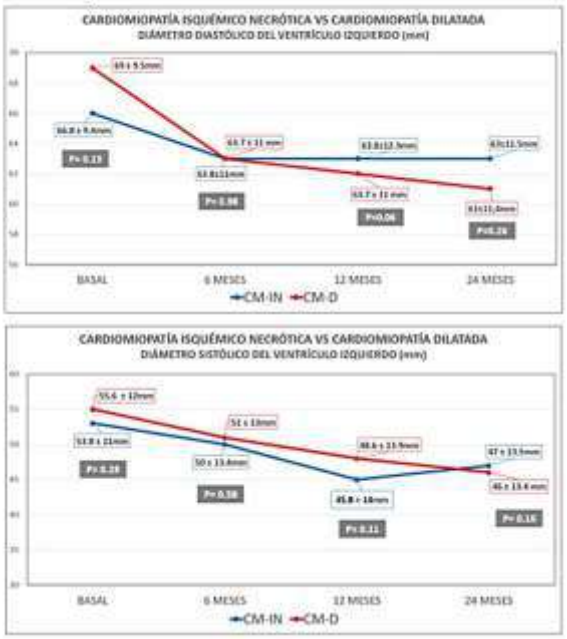
Introducción: Ha sido descripto que los pacientes (pts) con cardiomiopatía dilatada (CM-D) responden mejor a la terapia de resincronización cardíaca (TRC) que los pts con cardiomiopatía isquémico necrótica (CM-IN). También que la insuficiencia mitral funcional moderada/severa (IMF M/S) se asocia a un mayor incidencia de insuficiencia cardíaca y mortalidad. Sin embargo, hasta el día de la fecha no se ha descripto sobre la mejoría que provoca la TRC sobre la IMF en pts con CM-D vs CM-IN.

Objetivos: Describir la respuesta y la mejoría de la IMF a la TRC en pts con CM-D vs CM-IN a corto y largo plazo.

Materiales y Métodos: Entre 2009 y 2018, 338 pts con disfunción ventricular izquierda y tratamiento optimizado fueron implantados con TRC y seguidos a 6, 12 y 24 meses. Se excluyeron aquellos pts que no presentaban evaluación clínica y/o ecocardiográfica completa en cada control. Fueron respondedores cuando la clase funcional se redujo ≥ 1 grado o la

fracción de eyección de ventrículo izquierdo aumentó ≥ 5% (absoluto) y super-respondedores con fracción de eyección de ventrículo izquierdo ≥ 10% (absoluto). La severidad de la IMF se graduó en 4 puntos: No-IMF, leve, moderada y severa. Características Basales: edad 64±10 años, hombres 239 pts (71%), CM-D 215 pts (63.6%), CM-IN 123 (36.4%), clase funcional II-III 311 pts (92%), ritmo sinusal 256 (76%), bloqueo de rama izquierda 227 (67%), duración del QRS 156±27 ms, diámetro diastólico del ventriculo izquierdo 68±9 mm, diámetro sistólico del ventriculo izquierdo 52±12 mm, fracción de eyección de ventrículo izquierdo 24±7%, IMF 92.6% (313/338 pts), IMF-M/S 170 pts (55%). Entre los pts respondedores se evaluaron, los cambios en la IMF. Las variables continuas se presentaron como media y desvió standard y las categóricas como números y porcentajes.

Figura 1



Resultados: A los 6 meses 204/237 pts (86%) fueron respondedores: CM-D 135/151 (89.4%) vs CM-IN 69/86 (80%) (p= 0.05) y 86/237 pts (36%) super-respondedores: CM-D 62/151 (41%) vs CM-IN 24/86 (28%) (p= 0.04). A los 12 meses 152/170 pts (89.4%) fueron respondedores: CM-D 104/112 (92.8%) vs CM-IN 48/58 (82.7%) (p= 0.05) y 86/170 pts (50%) super-respondedores: CM-D 66/112 (59%) vs CM-IN 20/58 (35%) (P= 0.002). A 24 meses 116/132 pts (88%) seguían siendo respondedores: CM-D 82/87 (94.2%) vs CM-IN: 35/45 (77%) (P= 0.004) y 75/132 pts (57%) super-respondedores: CM-D: 57/87 (65.5%) vs CM-IN 18/45 (40%) (P=0.005). Medida en condiciones basales y a 6, 12 y 24 meses la IMF se redujo de 56% a 28%, 23% y 16% en pts con CM-D vs 49%, 24%, 18% y 15% en pts con CM-IN, sin observarse diferencia significativa entre los dos grupos de pts. La mayor reducción de la IMF en ambos grupos ocurrió entre el implante y los 6 meses (P=0.0001). Los diámetros y la fracción de eyección fueron similares en los distintos periodos de tiempo analizados, aunque se observó una sutil tendencia a continuar el remodelamiento inverso en la CM –D (figuras 1 y 2).

Conclusiones: En nuestra población en estudio se observó significativamente mayor incidencia de respondedores y super-respondedores en pts con CM-D a corto y largo plazo. Sin embargo, la incidencia de IMF M/S fue elevada y la reducción fue igualmente significativa en ambas cardiomiopatías debido a la presencia de similar remodelamiento inverso.

0085. TROMBOELASTOMETRÍA COMO GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS EN CIRUGÍA CARDIACA

Cirugía Cardiovascular

Néstor Oscar Isabel RODRIGUEZ MARTIN

Hospital Español

Introducción: La cirugía cardiovascular (CCV) asociada a circulación extracorpórea (CEC) ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático.

Objetivos: El objetivo general es demostrar que la implementación de test viscoelásticos, como es el caso de ROTEM®, a la cabecera del paciente sometido a cirugía cardiovascular, como forma de monitorización de la hemostasia durante el perioperatorio, permite una terapia transfusional más selectiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo, que incluye todos los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea, en nuestro centro hospitalario, durante un periodo de tiempo de 3 años, entre enero del año 2014 y enero del año 2017. Los criterios de inclusión fueron: cirugías programadas (descartando cirugías urgentes/emergentes), uso de CEC y uso de técnica convencional. El análisis incluye 675 pacientes, los cuales han sido divididos en dos grupos. El primer grupo está formado por 336 pacientes (N=336), los cuales se caracterizan por haber recibido una terapia transfusional perioperatoria basada en test clásicos de laboratorio (TP, TTPa,INR y recuento de plaquetas). El segundo grupo incluye 339 pacientes (N=339), se caracteriza por haber recibido una terapia transfusional dirigida basada en resultados obtenidos a partir de un sistema point of care ROTEM® y un algoritmo de transfusión específico elaborado a partir de dicho test viscoelástico. Todos los pacientes incluidos en el estudio se

sometieron a cirugía cardiovascular bajo circulación extracorpórea, utilizando técnicas quirúrgicas similares y la misma máquina corazón-pulmón Sorin Stockert S5 (Sorin Group Deutschland GmbH, Munich, Germany).

Resultados: Tras la implementación de un sistema viscoelástico, junto a un algoritmo transfusional específico, se observó una disminución de la incidencia de cualquier tipo de transfusión (41.4% vs 31.9%, p=0.026) durante el perioperatorio de cirugía cardiovascular. Esta disminución fue especialmente significativa en el caso de concentrados de hematíes (31.3% vs 19.8%, p=0.002) y de plasma fresco congelado (9.8% vs 3.8%, p=0.008). Del mismo modo, el uso de ROTEM® se asoció a una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de transfusión de unidades de plasma fresco congelado durante la estancia en UCI (15.8% vs 7.7, p=0.004). Además, se registró una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de hemorragia postoperatoria (9.5% vs 5.3%, p=0.037), de la necesidad de reintervención (6.0% vs 2.9%, p=0.035) y del tiempo de estancia en UCI (6.0 días vs 5.1 días, p=0.026).

Conclusiones: El empleo de ROTEM® en cirugías cardiovasculares permite un mejor manejo de la coagulopatía perioperatoria, lo cual se ha traducido en un uso más racional de los productos hemostáticos, en una menor incidencia de complicaciones postoperatorias y en una menor estancia en UCI.

0089. VALOR INFORMATIVO DEL ECG CON BCRI EN EL DIAGNÓSTICO DE DISINCRONÍA INTERVENTRICULAR Y SUS IMPLICANCIAS EN LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA (1) | Diego Federico GONZALIA(2) | Bruno MONACCI(1) | Maximo INVERNIZZI(2) | Eliana Grisel CALVO(1) | Andrés Federico BIELECKI(3)

Sanatorio de la Providencia (1); Clínica de los Virreyes (2); Hospital Nacional Profesor A. Posadas (3)

Introducción: Las guías internacionales recomiendan la terapia de resincronización (TRC) en los pacientes (p) con BCRI e Insuficiencia cardíaca, sin embargo no está completamente esclarecido si el BCRI es siempre desincronizante y si las variantes atípicas, desestimadas en las indicaciones de TRC, no producen disincronía eléctrica. Por ello es importante establecer el valor informativo del ECG en la indicación de TRC para minimizar los no respondedores.

Objetivos: Evaluar la disincronía eléctrica de los p con BCRI mediante la utilización del ECG convencional tratado con sistema Synchromax.

Tipos de BCRI	QRS	ISE	% Disincronía	% Desacoplamiento
Típicos	155 ± 30	1.48 ± 1	71,7	62,6
Atípicos	144 ± 30	1.53 ± 1	72,4	60.7
Significación P	0,16	0,25	0,81	0,66

Materiales y Métodos: Fueron incluidos 94 pacientes (p) con BCRI de los cuales 79, grupo A (GA) tenían un BCRI típico (NYHA-HRS) definido por "empastamiento" (notch) de R en DI, DII, AVL V5 o V6, duración del QRS de > 120 mseg, repolarización opuesta al QRS, ausencia de Q en DI y L y de R en V1 y V2 y duración de la deflexión intrinsecoide > 60 mseg.. Quince p, grupo B (GB), tenían BCRI atípico con similitud estética del QRS a los anteriores pero sin cumplir los requisitos mencionados. En los 94 p se realizó un ECG convencional tratado con el sistema Synchromax®, mediante el análisis de la correlación cruzada de la varianza de las derivaciones DII y V6 expresiones de la activación de la pared septal y lateral del VI respectivamente, analizando volumen, dirección y concordancia en el tiempo del flujo de activación de ambas derivaciones, expresadas en un índice matemático Índice de Sincronía Eléctrica (ISE). Se consideró ISE anormal aquel superior a 0,4 y se definió "desacoplamiento" VD-VI al retraso en la activación de la deflexión intrinsecoide de V6 con respecto a DII ,testimonio del retraso en activación de la pared lateral del VI.

Resultados: No existieron diferencias entre los pacientes con BCRI típicos o atípicos ni en la duración del QRS 155± 30 vs 144± 30 (p=0,16), ni en el indice de sincronía ISE: 1.48± 1 vs 1.53± 1 (p=0,25.) así como en la incidencia de desacoplamiento eléctrico VD-VI: 62,6 % en el GA y 60.7% en el B. Un tercio de los pacientes con BCRI no tienen disincronía eléctrica (71.7% GA y 72.4% en el GB).Los BCRI asociados a una desviación axial izquierda tuvieron peor ISE que aquellos con ejes normales ,1.99 ±1 vs 1.0 ± 1 (p= 0,0058). Finalmente, no existió correlación alguna entre la disincronía eléctrica y la duración del QRS. r = 0.1719 , P= 0.288.

Conclusiones: 1) No existen diferencias de sincronía entre los BCRI típicos o atípicos por lo cual estos últimos no pueden ser excluidos de la consideración para TRC. 2) Un tercio de los p con BCRI están sincrónicos, por lo cual su identificación es importante pues no deberían recibir TRC . 3) la duración del QRS no tiene correlación alguna con el grado de sincronía. 4) la desviación axial izquierda asociada al BCRI es un potente predictor de disincronía eléctrica.

0090. SOSPECHA DE AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA POR GAMMAGRAFÍA CARDÍACA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA, HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y MANIFESTACIONES DE BANDERA ROJA

Miocardiopatías / Multimagen

Mariano Ezequiel NAPOLI LLOBERA (1) | Lilia LOBO MARQUEZ(2) | Kari KOSTIW(2) | Dave WEBSTER(2) | Atilio COSTA VITALI(2)

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (1); Universidad Nacional de Tucumán (2)

Introducción: La amiloidosis por transtiretina (ATTR) es un tipo de miocardiopatía restrictiva, que normalmente se manifiesta como insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada (ICFEp). La presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) inexplicada asociada a IC y manifestaciones de bandera roja podría aumentar la probabilidad diagnóstica.

Variable	Odds Ratio (IC 95%)
2 o mas banderas rojas	1.6 (0.52-4.89)
Índice Kappa/Lambda <1.65	3.5 (0.73-16.85)
Edad mayor a 65 años	2.8 (1.01-7.7)

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue optimizar la atención de los pacientes con ATTR, analizando la prevalencia diagnóstica de esta tríada, que sigue siendo incierta.

Materiales y Métodos: Del 1 de agosto al 31 de diciembre de 2021, 22 pacientes consecutivos con diagnóstico de ICFEp (fracción de eyección superior al 40%), HVI de etiología inexplicada y al menos una manifestación clínica de bandera roja, se sometieron a gammagrafía con pirofosfato (99mTc-PYP). Los pacientes se dividieron en dos grupos: "Positivo" y "Negativo" (según lo definido por la captación de grado 2 o 3). Se realizaron modelos logísticos múltiples con la variable 99mTC-PYP y variables explicativas.

Resultados: Entre 22 pacientes, 15 tuvieron un estudio 99mTc-PYP positivo para ATTR. La prevalencia de ATTR utilizando la tríada de HFpEF, HVI inexplicable y al menos una bandera roja fue del 68 % (IC 95 %; 45-86 %). Los pacientes con 99mTc-PYP positivo tendieron a ser varones, de mayor edad y con gradiente aórtico medio y septum interventricular más altos, en comparación con el grupo con estudio negativo. Las manifestaciones clínicas de bandera roja más frecuentes fueron la proteinuria (55%) y el patrón de pseudoinfarto (55%). La presencia de 2 o más banderas rojas podría aumentar la probabilidad diagnóstica de la prueba (OR 1,6 (IC95% 0,52-4,89).

Conclusiones: La prevalencia de ATTR diagnosticada mediante gammagrafía con 99mTc-PYP aumentó notablemente cuando al diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardiaca e hipertrofia ventricular izquierda se le sumó una manifestación clínica de bandera roja. El uso de técnicas no invasivas permite la identificación y el tratamiento precoz de esta enfermedad infradiagnosticada. El uso de técnicas no invasivas permite la identificación y tratamiento temprano de esta enfermedad infradiagnosticada.

0096. ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA Y MUJER: SEVERIDAD, CUADRO CLINICO Y CAMBIOS ELECTRICOS MAS FRECUENTES.

Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

Fátima Victoria ALANOCA LLANOS | Erick VILLALBA BALDIVIEZO | Alexander ALMENDRAS ENRIQUEZ | Pablo Sergio ANGELO VISCARRA | Brenda Patricia SOLANO QUIROZ | Cristian Denis BARRIOS | Gustavo RUIZ DEZA | Juan KINASZUK

Sanatorio Bernal

Introducción: La enfermedad cardiovascular, fundamentalmente la coronaria, es la primera causa de mortalidad de la mujer en Argentina. La enfermedad coronaria severa en mujeres ha sido por muchos años subestimada, creyendo erróneamente que se trata de una entidad de hombres. En los últimos años se han presentado varios estudios relacionados con las diferencias de presentación y severidad entre hombres y mujeres; y pese a que estas diferencias son claras, todavía nos cuesta definir las características predominantes de enfermedad coronaria severa en mujeres.

Objetivos: Describir la presentación de la enfermedad Coronaria severa en la Mujer bajo distintas variables, como ser severidad, presentación clínica, factores de riesgo cardiovascular y cambios eléctricos más frecuentes.

Materiales y Métodos: Se realizo un estudio observacional, analítico y retrospectivo, donde se incluyeron 82 mujeres, con enfermedad coronaria severa diagnosticada durante la internación hospitalaria en los años 2020 y 2021, todas con anatomía conocida por cinecoronariografía. Tomando en cuenta las siguientes variables: edad, días de internación,

diagnostico , factores de riesgo cardiovascular, cambios en el electrocardiograma y severidad de lesión coronaria clasificada según el ISCHEMIA trial publicado por Reynolds et col el 2021.

EDAD	
MAYORES DE 60 AÑOS	56%
ENTRE 41 Y 59 AÑOS	43%
MENOS DE 40 AÑOS	1%
DIAGNOSTICO	
ANGINA INESTABLE	38%
ANGINA ESTABLE	22%
SCACEST	13%
SCASEST	12%
ANGINA VASOESPÁSTICA	10%
MINOCA	5%

SEVERIDAD DE ENFERMEDAD CORONARIA	
lesión >70% de 3 vasos o 2 vasos >70% incluyendo DA	31%
%), lesión de 2 vasos >70% o 3 vasos >50% o DA proximal >70%	25%
sin lesiones epicardicas significativas	16%
lesión severa de 1 vaso >70% o 2 vasos >50%	14%
lesión severa de TCI + 1 o 2 vasos	6%
lesión severa de TCI + 3 vasos	5%
lesión severa de TCI	1%

ASOCIACION DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIAGNOSTICO	
HIPERTENSION ARTERIAL	24% (angina inestable)
DISLIPIDEMIA	17% (angina inestable)
SEDENTARISMO	12% (SCASEST, angina inestable y MINOCA)
TABAQUISMO	12% (SCASEST y angina inestable)
DIABETES	10% (SCACEST, angina estable y MINOCA)
OBESIDAD	10% (SCACEST)
ESTRES	7% (SCACEST, SCASEST, angina estable y angina vasoespástica)
MENOPAUSIA	7% (SCACEST, angina inestable, MINOCA y angina vasoespástica)

Resultados: De 82 pacientes (p) estudiadas, la media fue 63 +/- 15 años, (IC=95%, 60,5 - 65,48), de las cuales 46 p (56%) son mayores de 60 años, 35 p (43%) tienen de 41 a 59 años, y 1% menos de 40 años. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue la angina inestable (31 p, 38%), angina estable (18 p., 22%), SCACEST (11 p, 13%), SCASEST (10 p, 12%), angina vasoespástica (8 p, 10%), MINOCA (8 p, 5%). El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue hipertensión arterial (24%: OR >1 para angina inestable), luego dislipidemia (17%: OR >1 para angina instable), sedentarismo (12%: OR>1 para SCASEST, angina inestable y MINOCA), tabaquismo (12%: OR>1 para SCASEST y angina inestable), diabetes mellitus (10%: OR>1 para SCACEST, angina estable y MINOCA), obesidad (10%: OR>1 para SCACEST), estrés (7%: OR>1 con SCACEST, SCASEST, angina estable y angina vasoespástica), menopausia (7%: OR>1 para SCACEST, angina inestable, MINOCA y angina vasoespástica); el cambio en el electrocardiograma más frecuente fue ondas T negativas (38%), sin cambios isquémicos sugestivos (33%), supradesnivel del ST (16%), Bloqueo completo de rama izquierda (8%), infradesnivel del ST (5%). La severidad de la enfermedad coronaria estuvo asociada a lesión >70% de 3 vasos o 2 vasos >70% incluyendo DA (31%), lesión de 2 vasos >70% o 3 vasos >50% o DA proximal >70% (25%), sin lesiones epicardicas significativas (16%), lesión severa de 1 vaso >70% o 2 vasos >50% (14%), lesión severa de TCI + 1 o 2 vasos (6%), lesión severa de TCI + 3 vasos (5%), lesión severa de TCI (1%).

Conclusiones: La enfermedad coronaria severa en mujeres tiene mayor predominancia a partir de los 40 años, siendo más frecuente aun a partir de los 60 años. Mas de un tercio de la población estudiada presento un cuadro clínico compatible con angina inestable. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue Hipertensión arterial con una fuerte asociación de probabilidad a angina inestable, al igual que la dislipidemia; se detalla en la TABLA 1 la asociación de probabilidad de los factores de riesgo. En cuanto a severidad de la enfermedad coronaria en mujeres fueron más frecuentes los cuadros de lesión >70% de 3 vasos o 2 vasos >70% incluyendo DA, lesión de 2 vasos >70% o 3 vasos >50% o DA proximal >70% y ausencia de lesiones epicardicas significativas.

0097. REEMPLAZO DE VALVULAR AÓRTICO POR MINIESTERNOTOMÍA VS ESTERNOTOMÍA CONVENCIONAL

Cirugía Cardiovascular / Valvulopatías

Guillermo GUTIÉRREZ | Nestor Manuel CLUSA | Guillermo VACCARINO

Hospital Universitario Austral

Introducción: La esternotomía completa o convencional (EC) es el abordaje estándar para realizar el reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica (RVA). Sin embargo, las ventajas potenciales de un abordaje menos traumático fomentaron el desarrollo de los llamados procedimientos mínimamente invasivos, que incluyen la miniesternotomía (ME) superior.

Objetivos: Comparar los resultados clínicos postoperatorios inmediatos y la mortalidad perioperatoria después de RVA por EC y ME.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes que se sometieron a RVA aislada por ME entre el 1 de agosto de 2019 y el 1 de agosto de 2021. Luego se compararon con los pacientes que se sometieron al mismo procedimiento por EC y por los mismos cirujanos que realizaron la ME, emparejando las variables edad, sexo, índice de masa corporal y factores de riesgo (tabla 1). Posteriormente se caracterizó a los grupos y se compararon los resultados postoperatorios mediante las pruebas de Chi-cuadrado y Mann-Whitney.

	ME (n=25)	EC (n=32)	p
Nro Protesis	23	23	ns
Tiempo Clampeo	57.8 min	60.6 min	ns
Tiempo CEC	74.7 min	77.4 min	ns
ACV SEC	0	0	-
ACV TIA	2	0	ns
IRA	3	3	ns
Dialisis	0	0	-
Inf Esternal	0	1	ns
Mediastinitis	0	0	-
Reop Sang	0	0	-
MCP	2	1	ns
Dias int Prom/Med	6.5 / 6	7/6	ns
Obito	0	0	-

	ME (n=25)	EC (n=32)	p
HTA	18 (72%)	26 (81%)	0.16
Dislilpemia	13 (52%)	21 (65.6%)	0.29
Tabaquismo	9 (36%)	8 (25%)	0.36
Diabetes	4 (16%)	8 (25%)	0.4
Edad (prom)	66.5	65	ns
Sexo M	19 (76%)	19 (59.4%)	ns
BMI	27.4	27.7	ns

Resultados: Se incluyeron pacientes (n= 25 grupo ME y N=32 en el grupo EC). En los tiempos de clampeo aórtico [57.8 min, ME vs 60.6 min, EC, p NS] y CEC [74.7 min, ME vs 77.4 min EC, p NS] se vieron diferencias, aunque sin alcanzar significancia estadística. Así mismo la prótesis valvular más utilizada fue la numero 23 ambos grupos (tabla2). Se hallaron 2 casos de accidente isquémico transitorio en el grupo ME, un caso de infección esternal en el grupo EC y se requirió el implante de marcapasos definitivo post procedimiento en 2 paciente en el grupo ME vs 1 en el grupo EC, aunque sin impacto estadístico en todas estas variables. No se observaron eventos de accidentes cerebrovasculares con secuela, necesidad de diálisis, reoperación por sangrado o mediastinitis en ambos grupos. En cuanto a la estadía hospitalaria, hubo una pequeña diferencia con un promedio de 6.5 días para el grupo ME vs 7 días para el grupo EC, sin significancia y una mediana de 6 días en ambos grupos. Tanto en el grupo estudio como el control no hubo óbitos (tabla2).

Conclusiones: Si bien no hubo diferencias perioperatorias en los resultados, el recambio valvular aórtico mediante ME parece ser una alternativa segura a la EC estándar en el RVA, debiendo extender el estudio a variables subjetivas para completar la evaluación.

0107. SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA ESTIMULACIÓN DEFINITIVA FISIOLÓGICA NO SELECTIVA (PARA-HISIANA) GUIADA POR LA CORRELACIÓN CRUZADA DE LA VARIANZA DE DII Y V6.

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA (1) | Bruno MONACCI(1) | Diego Federico GONZALIA(2) | Maximo INVERNIZZI(2) | Eliana Grisel CALVO(1) | Andrés Federico BIELECKI(3)

Sanatorio de la Providencia (1); Clínica de los Virreyes (2); Hospital Nacional Profesor A. Posadas (3)

	Est. Ápex (G1)	Est. P-His (G2)	Est. MdSp (G3)
ISE pre implante	0,74 ± 1,0	1,22 ± 1,22	0,61 ± 0,4
ISE post-implante	0,89 ± 0,9	0,27 ± 0,2	0,82 ± 0,8
significación p	0,036	0,0001	0,017

Introducción: El conocimiento del efecto adverso de la estimulación definitiva apexiana, ha motivado la búsqueda de lugares alternativos de estimulación definitiva en el ventrículo derecho (VD) que aseguren una activación más fisiológica. Así surgen la estimulación selectiva del His, la no selectiva o para hisiana (P-His) y la estimulación medio septal (MdSp). Sin embargo, poco se conoce sobre el verdadero beneficio de cada una de ellas en la fisiología de la activación ventricular y la estabilidad de los catéteres así como en los umbrales de estimulación.

Objetivos: Comparar el impacto de la estimulación definitiva MdSp y P-His con aquella del ápex del VD y determinar cual es la mas fisiológica así como la estabilidad en los catéteres y umbrales de estimulación .

Materiales y Métodos: Se incluyeron 137 pacientes (p) consecutivos en un registro retrospectivo en quienes se realizó estimulación VD definitiva por bradiarritmias. El 63% fueron varones y la edad media fue de 61 ± 24 años. Un poco más de la mitad de los p, 71/137 (52%) tenían un QRS <120 mseg. sin evidencias de anomalías en la conducción intraventricular, 37 pacientes (27%) con BCRD y 29 (21%) BCRI. En 54 p (GA); se realizó un implante en el ápex del VD, 22/54 fueron CDI, en 66 (GB) se usó la región P-His, en el tracto de salida del VD, por debajo del plano valvular pulmonar. 33/66 fueron CDI. En 17 p (GC) el implante fue realizado en la zona MdSp,3/17 fueron CDI. En todos se utilizaron catéteres convencionales de fijación activa. Se realizó ECG de 12 derivaciones con el análisis de la señal promediada de dos derivaciones DII y V6 expresión de la activación septal y de la pared lateral del VI respectivamente y mediante la correlación cruzada de la varianza de ambas, se evaluó la dirección del flujo eléctrico, el volumen del mismo y la coincidencia de las deflexiones intrinsecoides,(EXO-Synchromax®) elaborando un índice matemático de sincronía eléctrica (ISE) Los valores entre 0,0 a 0,39 buena sincronía; de 0,40 a 0,70 disincronía moderada, y más de 0,70 disincronía severa.

Resultados: La duración del QRS se prolongó en cualquier sitio de estimulación, GA= 114 ± 28 a 160 ± 29, GB= 110 ± 28 a 122 ± 29 y GC=de 121 ± 24 a154 ± 30,no existiendo correlación entre la duración del QRS y el ISE (r) = 0.02828, p= 0.79. El ISE mejoró significativamente solo en la estimulación P-His a pesar del leve alargamiento del intervalo QRS. (tabla) No existió diferencia en los umbrales de estimulación, GA= 0,9 ± 0,4 V GB= 0,9 ± 0,3 V y GC=1.0 ± 0,5 V(p=0,21) ni en el voltaje de R en las tres regiones, 12,3 ± 5 mV; 11,1 ± 4 mV; 9,2 ± 4 mV respectivamente, p= 0,06. Un catéter implantado en la región P-his, (1,5%) mostró desplazamiento al séptum medio 48 hs posteriores al implante, sin observarse defectos de captura o detección por lo cual no fue relocalizado. Ningún cateter desfibrilador mostró desplazamientos en el seguimiento inmediato.

Conclusiones: 1) La duración del QRS fue independiente a las modificaciones del ISE en los tres grupos, confirmando así la escasa importancia del ancho del QRS en la sincronía eléctrica 2) Sólo con la estimulación P-His se logra una sustancial mejoría en la sincronía eléctrica 3) La estimulación de ápex y MdSp empeoraron el indice de sincronía eléctrica. 3) No existieron diferencias en los umbrales de estimulación ni detección de R en todos los lugares investigados.

0109. ESTENOSIS AÓRTICA EN PACIENTES NEONATALES Y LACTANTES. EXPERIENCIA DE 7 AÑOS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Cirugía Cardiovascular

Maria Sol DE LOS SANTOS | Ana Lucia CORISI | Ignacio BERRA | Carlos Javier CORNELIS | Laura ZENOBI | Pablo GARCÍA DELUCIS

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La estenosis aórtica representa un amplio espectro anatómico y clínico, por lo que cada paciente debe ser evaluado individualmente para ofrecer la mejor alternativa terapéutica, teniendo en cuenta el estado clínico del paciente, el grado de disfunción ventricular y fibroelastosis y la morfología de la válvula.

Objetivos: Seleccionar la mejor alternativa terapéutica para pacientes diagnosticados de estenosis aórtica, teniendo en cuenta la morfología de la válvula aórtica, el grado de disfunción ventricular y el estado clínico preoperatorio del paciente.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron pacientes neonatales y lactantes de hasta 1 año de edad con diagnóstico de estenosis aórtica que se sometieron a cirugía o cateterismo en nuestra institución entre 2015 y 2021

Resultados: Se realizó cateterismo terapéutico en 9 neonatos. Complicaciones: insuficiencia aórtica severa en un paciente (11.1%), insuficiencia aórtica moderada en 2 pacientes (22.2%), estenosis aórtica residual severa en un paciente 11.1%. 4 pacientes debieron reintervenirse tempranamente. En el grupo de lactantes se realizaron 12 hemodinamias terapéuticas. Complicaciones: Insuficiencia aórtica severa 1 (8.3%), insuficiencia aórtica moderada 1 (8.3%). Días de ARM promedio de 2 días. Dos pacientes se tuvieron que reintervenir Se realizó cirugía de válvula aórtica en 5 neonatos. En 3 pacientes se realizó comisurotomía quirúrgica (60%), 1 reemplazo aórtico con homoinjerto (20%), y 1 Ross-Konno (20%). Dos pacientes fallecieron. Los otros 3 pacientes se encuentran libres de re operación al día de la fecha. Se realizó cirugía en 12 lactantes. Se realizó comisurotomía en 8 pacientes (66.6%), reemplazo con homoinjerto en 1 paciente (8.3%), 3 Ross-Konno en pacientes (25%). No se registraron muertes en este grupo. Todos se encuentran libres de reintervención al día de la fecha.

Conclusiones: En el periodo neonatal, la estenosis aortica, representa un desafío para todo el equipo. En el caso de las válvulas bicúspides hemos tenido que realizar cirugía temprana post hemodinamia en el 22.2% de los pacientes neonatales y 16.6% de los lactantes, por insuficiencia aórtica severa. Pensamos que este grupo tiene mejor respuesta a la cirugía que a la hemodinamia y permite que el paciente llegue en mejores condiciones clínicas comparado a cuando tienen un procedimiento previo. La comisurotomia aortica en pacientes con valvula Bicuspide pensamos que es una alternativa adecuada, permite tener el control de la valvula aortica bajo vision directa y el grado de incidencia de insuficiencia aortica es menor, acompañado de tiempos de circulacion extracorporea breves. En pacientes con insuficiencia aórtica post hemodinamia y con disfunción ventricular severa hemos colocado homoinjertos para reducir el tiempo de CEC. Ese grupo se encuentra libre de re operación. Pensamos que es una alternativa aceptable en pacientes con mal estado clinico, y que no descarta que el paciente pueda hacerse una Cirugía de Ross en los años siguientes. Lo fundamental en estos pacientes es tener un exhaustivo análisis interdisciplinario previo a la realización de cualquier procedimiento para seleccionar la conducta terapeutica mas acertada en cada caso.

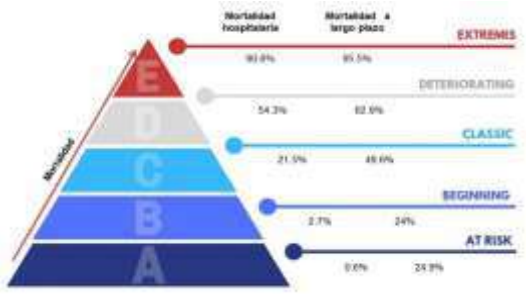
0111. CLASIFICACIÓN DEL SHOCK CARDIOGÉNICO SCAI PARA PREDECIR LA MORTALIDAD HOSPITALARIA Y A LARGO PLAZO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca / Cardiología Crítica

Lucrecia BURGOS | Rocio BARO VILA | Franco BALLARI | Ana SPACCAVENTO | Bianca Maria RICCIARDI | Maria Lujan TALAVERA | Fernando BOTTO | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

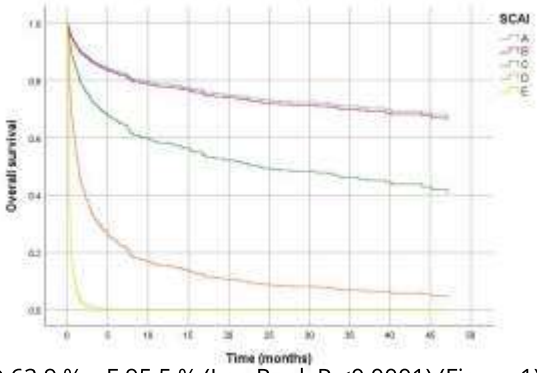
Introducción: El esquema de clasificación SCAI en shock cardiogénico (SC) es simple y adecuado para una evaluación rápida. Su comportamiento predictivo en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) primaria no se conoce en la actualidad, como así tampoco la capacidad para predecir mortalidad más allá de los 30 días.



Objetivos: Evaluar la capacidad de la clasificación por etapas SCAI CS para predecir la mortalidad hospitalaria y a largo plazo en pacientes con ICA primaria.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio de cohorte de un solo centro, realizando un análisis retrospectivo de datos recopilados prospectivamente de pacientes consecutivos ingresados con diagnóstico de ICA primaria entre 2015 y 2020. Los criterios de valoración primarios fueron la mortalidad hospitalaria y a largo plazo por todas las causas. Se usaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para determinar la asociación entre las etapas de SCAI y la mortalidad después de ajustar por múltiples factores de confusión relevantes.

Resultados: Se incluyeron consecutivamente 856 pacientes, con una edad media de 74,7 ± 13 años, 63,7% hombres. La enfermedad arterial coronaria representó el 35,6% de las etiologías de la IC y el 37,6% de los pacientes tuvieron una hospitalización previa por IC. La mediana de FEVI fue de 42 (RIC 29-58), y la FEVI reducida < 40% representó el 45,7% de los casos. Hubo un aumento escalonado en la presencia de falla de órganos con cada estadio SCAI más alto. El seguimiento medio fue de 16,8 meses. La proporción de pacientes con shock de SCAI en estadios A a E fue del 39,8 %, 39,4 %, 14,1 %, 4,1 % y 2,6 %, respectivamente. Hubo un aumento gradual en la mortalidad no ajustada con cada etapa de SCAI: A 0,6 %, B 2,7 %, C 21,5 %, D 54,3 % y E 90,6 % (Log Rank P <0,0001). Y la mortalidad a largo plazo fue: A 24,9 %, B 24 %, C 49,6 %, D 62,9 % y E 95,5 % (Log Rank P <0,0001) (Figura 1). Después del ajuste multivariable, cada etapa de shock SCAI permaneció asociada con una mayor mortalidad (todos P < 0,001 en comparación con la etapa A). Con la excepción del punto final a largo plazo, no hubo diferencias entre el estadio A y B para la mortalidad ajustada (p = 0,1) (Figura 2).



Conclusiones: En esta gran cohorte clínica de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda primaria exclusivamente, la estadificación SCAI CS se asoció con mortalidad hospitalaria y a largo plazo. Brindamos validación en el mundo real de la clasificación SCAI como un enfoque simple para identificar a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en elevado riesgo de mortalidad. Este hallazgo apoya la justificación de la clasificación en este entorno, sin embargo se necesitan más estudios prospectivos para validar estos hallazgos.

0112. IMPACTO DEL INICIO HOSPITALARIO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO Y GLUCOSA TIPO 2 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Insuficiencia Cardíaca

Lucrecia BURGOS (1) | Rocio BARO VILA(1) | Franco BALLARI(1) | Ana SPACCAVENTO(1) | Bianca Maria RICCIARDI(1) | Carlos SANTOS GALLEGO(2) | Mirta DIEZ(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Mount Sinai (2)

Introducción: La inercia terapéutica limita la prescripción de nuevos fármacos durante el seguimiento del paciente. El ingreso hospitalario puede ser un momento óptimo para la prescripción dado que una vez introducidos, se mantendrán en el tiempo. La seguridad y el beneficio clínico temprano hacen que la terapia con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (iSGLT-2) sea apropiada para el inicio hospitalario en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (ICFEr). Actualmente los iSGLT-2 se encuentran infrautilizados, y la inercia clínica puede contribuir a ello.

Objetivos: Primario: Evaluar el impacto de la iniciación de iSGLT-2 al alta hospitalaria en las tasas de prescripción a 90 días en pacientes con ICFEr durante una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD). Secundarios: Evaluar la presencia de contraindicaciones al alta y 90 días, y los factores asociados a la prescripción a 90 días. Explorar los eventos clínicos a 90 días.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva y consecutiva de un hospital. Se incluyeron pacientes adultos internados entre Enero 2021 y Febrero 2022 con diagnóstico primario de ICAD y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) <40%. Se excluyeron aquellos fallecidos o trasplantados en internación, y uso previo de iSGLT-2. Se compararon aquellos que iniciaron iSGLT-2 pre alta de la hospitalización índice con aquellos que no. El punto final

primario fue la tasa de prescripción de dicho fármaco a 90 días. Y como punto secundario exploratorio: muerte por todas las causas y hospitalización o visita urgente por ICAD a 90 días. Los factores asociados a la prescripción de iSGLT-2 se analizaron mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Se hospitalizaron un total de 171 pacientes con ICFEr, de los cuales 23 fallecieron y 11 se trasplantaron en la internación, 24 usaban iSGLT- 2 previamente. Se analizaron 113 pacientes, con una media de edad de 75 años (±12) y el 69% sexo masculino. La FEVI media fue de 28%(±7). El 92% tuvo seguimiento a 90 días. Se inició iSGLT-2 al alta en el 33,6%. La tasa de prescripción de iSGLT-2 fue del 97,3% en aquellos que iniciaron en hospital, y del 6% en aquellos que no (p<0,001). La presencia de 1 o más contraindicaciones de iSGLT-2 fue del 16,8% y 9,7% en internación y 90 días respectivamente. En aquellos sin contraindicaciones, el factor independiente asociado al inicio intrahospitalario fueron FEVI más bajas, OR 0.90 (0.84-0.97) por cada punto %. Sin diferencias estadísticamente significativas en el punto final combinado de muerte por todas las causas, rehospitalización por IC o visita no programada por IC a 90 días entre ambos grupos (p=0.4). No se reportó eventos de seguridad de relevancia como hipotensión arterial sintomática o insuficiencia renal que requiera suspensión de fármacos, diálisis o internación.

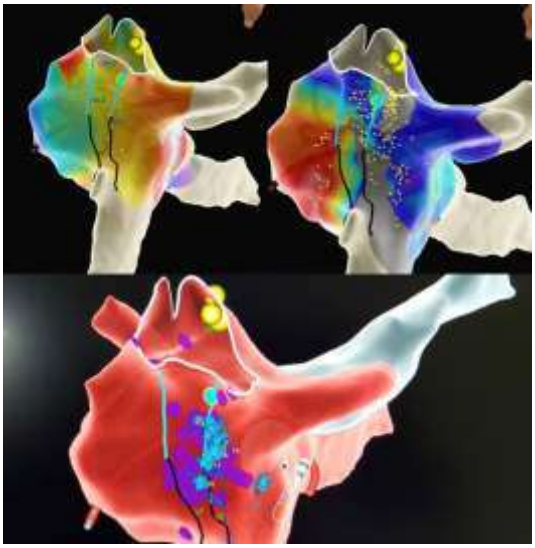
Conclusiones: El inicio intrahospitalario de iSGLT-2 se asoció con tasas significativamente más altas de prescripción a 90 días posteriores al alta. Este estudio refleja la presencia de inercia médica post alta especialmente en aquellos pacientes con función ventricular menos reducida. Adicionalmente destacamos al período de hospitalización como un momento óptimo para iniciar iSGLT-2, vencer la inercia terapéutica, y obtener los beneficios clínicos probados que se acumulan rápidamente en semanas, con un sólido perfil de seguridad y tolerabilidad.

0117. ABLACION DE ALETEO AURICULAR ITSMO CAVOTRICUSPIDEO DEPENDIENTE CON MAPEO DE ALTA DENSIDAD DE PUNTOS, SIN USO DE FLUOROSCOPIA

Arritmias y Electrofisiología

Dufil Alexander ARMESTO CHARRY | Leandro TOMAS | Agustin OROSCO | Juan Manuel VERGARA | Leandro Juan RUIZ | Roberto RODRIGUEZ | Joaquin JARMA | Debora RAMIREZ

Clínica Modelo Lanús



Introducción: La ablación con radiofrecuencia de aleteo auricular Istmo Cavo-Tricuspideo dependiente guiado por Fluoroscopia, se considera tratamiento de primera línea. El desarrollo y alcance actual de los sistemas de navegación con mapeo electroanatómico de alta densidad de puntos nos abre nuevos caminos para el abordaje de este tipo de arritmias. Esto nos brinda la posibilidad de reducir el tiempo de exposición fluoroscopica tanto al medico operador como al paciente.

Objetivos: Compartir la experiencia de nuestro grupo de trabajo en ablación de aleteos auriculares típicos utilizando mapeo electroanatómico de alta densidad de puntos, sin uso de fluoroscopia, en los diferentes centros en Argentina. Evaluar la eficacia y seguridad de ablación de aleteos auriculares sin el uso de fluoroscopia.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, sin grupo control en pacientes con recidiva post ablación convencional de aleteo auricular típico, derivados de consultorios externos e internados, en diferentes centros de trabajo en Argentina. Los procedimientos fueron realizados con sistema CARTO 3 y EnSite Precision para visualizar y guiar los catéteres. Se introdujeron un catéter de registro endocavitario duoecapolar en cresta terminalis y ostium del seno coronario y un catéter de ablación irrigado con medición de fuerza de contacto en cada caso. Se tomo como end point bloqueo bidireccional del Istmo Cavo-Tricuspídeo. Técnica de mapeo: Se avanza el catéter de mapeo y ablación irrigado, guiado por electrogramas endocavitarios hasta le aurícula derecha (AD). Se continua y se toma anatomía de Vena Cava Superior. Se desciende hasta AD alta. Se avanza hasta región del Haz de His y se marca el mismo. Se procede a toma de anatomía de AD media y del seno coronario. Por

ultimo se toma anatomía del Istmo CavoTricuspídeo hasta llegar a la Vena Cava inferior. Se procede a ablación del Istmo cavo-tricuspídeo hasta alcanzar bloqueo bidireccional. Se constata el éxito mediante estimulación, mapa de voltaje y propagación

Resultados: Partiendo de nuestra experiencia incluimos un total de 8 pacientes con diagnostico de Aleteo típico antihorario recurrentes a ablación convencional en nuestros 3 centros de trabajo; se realizo procedimiento de ablación en los 8 pacientes, en todos sin fluoroscopia; 6 pacientes hombres (75 %) y 2 mujeres (25 %); edades comprendidas entre 38 y 68 años; sin cardiopatía estructural 4 pacientes (50 %); MCPD idiopática 2 pacientes (25 %); CIA 1 paciente (12.5 %); 1 paciente isquémico (12.5%); no hubo necesidad de repetir procedimiento ya que no hubo recurrencias del aleteo por lo cual se logro éxito en todos los pacientes (100 %); no se presento complicaciones pre, intra y posterior al procedimiento y no hubo diferencias en le tiempo de ablación ya que fue similar al de utilizar fluoroscopia (90 minutos).

Conclusiones: Nuestro objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia del procedimiento realizado sin el uso de fluoroscopia. Se tomaron en cuenta los tiempos totales desde la punción hasta comprobar el bloqueo completo del ICT. Concluimos que el procedimiento guiado con mapeo electroanatómico con sistema CARTO 3 presento la misma seguridad y eficacia que con el uso de radiofrecuencia, sin aumento considerable de los tiempos totales y una completa reducción de la exposición a fluoroscopia

0118. REGISTRO ARGEN IAM ST: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SE PRESENTAN CON SHOCK CARDIOGÉNICO

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Crítica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio DELFINO (1) | Victor Miguel MAURO(1) | Mauro Javier GARCIA AURELIO(1) | Stella MACIN(2) | Augusto BARBOZA(3) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Gerardo ZAPATA(2)

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

Introducción: El Shock Cardiogénico (SC) es una complicación grave del infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y constituye una de sus principales causas de muerte. El Registro ARGEN-IAM-ST, con casi 6200 pacientes, nos permite analizar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de los pacientes que presentaron shock cardiogénico y compararlos con los que no lo han hecho.

Objetivos: 1) Conocer las características clínicas y evolutivas de los pacientes con y sin SC 2) Evaluar variables predictoras de SC

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes con IAMCEST ingresados en el Registro ARGENIAM-ST entre el 2015 y 2022. Se seleccionaron los pacientes que presentaron SC ya sea desde el ingreso o en la evolución. Se compararon las características clínicas, tratamientos y evolución intrahospitalaria de pacientes con y sin SC. Se definió SC a: hipotensión arterial sistólica (< 90 mmHg) por más de 30 minutos, índice cardiaco < 2.2 L/min/m2, requerimiento de vasopresores y/ o dispositivos de soporte mecánico para mantener la tensión arterial y el índice cardíaco. Se realizó un análisis uni y multivariado.

Resultados: Se incluyeron 6122 pacientes, de los cuales 10,75% (658p) presentaron SC. Los pacientes con SC eran más añosos (64,5 vs 60 años), más probablemente mujeres (41 vs 36%), mayor frecuencia de infarto previo (14,7 vs 10,3%), más factores de riesgo (a excepción del tabaquismo), mayor prevalencia de infarto de localización anterior (52,7 vs 48,2%) y compromiso de múltiples vasos en la coronariografía (65,3 vs 46,7%). Asimismo fueron menos revascularizados (88,5 vs 91,5%), con un mayor tiempo de evolución al ingreso (180 vs 150 min) y tuvieron mayor prevalencia de angioplastia frustra (15,7 vs 2,7%). También hubo mayor incidencia de complicaciones mecánicas (6,8 vs 0,4%), recurrencia isquémica (7,4 vs 3,4%), fibrilación auricular en la evolución (17,7 vs 8,9%) y necesidad de cardioversión eléctrica (34 vs 6,5%). El paro cardíaco como forma de presentación fue más frecuente entre los pacientes que presentaron SC comparados a aquellos que no lo presentaron (44,8 vs 2,6%). Todas las diferencias descriptas tienen significación estadística con p <0,05. La mortalidad de los p sin SC fue del 2,77% mientras que fue del 58% en los p con SC (p<0,001). Los p con SC que presentaron paro cardíaco (PCR) como forma de presentación tuvieron una mortalidad del 79,3% mientras que fue del 39% en los pacientes con SC pero que no presentaron PCR al ingreso (p<0,001). La mortalidad de los p con SC asociado a complicaciones mecánicas fue del 78%. En el análisis multivariado que incluyó edad, sexo, HTA, DBT, DLP, TBQ, antecedente de IAM, angioplastia 1ria, IAM anterior, tiempo dolor-ingreso institución, paciente derivado, PCR durante las primeras horas, angioplastia frustra, complicaciones mecánicas, lesión de múltiples vasos, recurrencia isquémica y FA, solo la edad (OR 1,04; IC95 1,0026-1,0814), la DBT (OR 3,1; IC95 1,34-7,16) y el PCR en las primeras horas (OR 16; IC95 6-43) fueron predictores independientes de SC en la internación

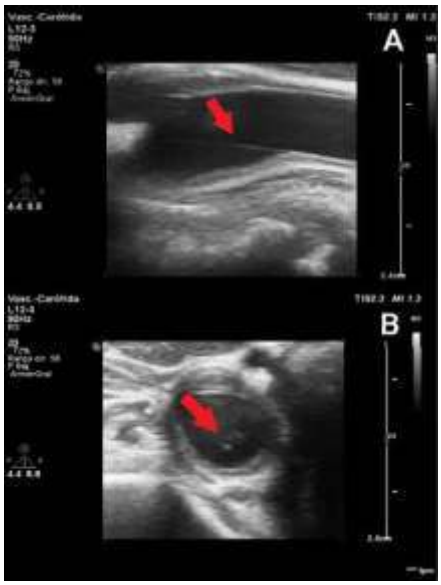
Conclusiones: Uno de cada 10 pacientes con IAMCEST presentaron shock cardiogénico. Sus características clínicas son las mismas que fueron descriptas hace más de 20 años. Las únicas variables que se asociaron en forma independiente con su presencia fueron la edad, la presencia de DBT y el haber presentado PCR en las primeras 24 hs. El SC en nuestro medio tiene una muy elevada mortalidad, especialmente cuando presentan PCR al ingreso o desarrollan complicaciones mecánicas.

0119. BANDAS MÓVILES Y DELGADAS: UN NUEVO HALLAZGO DEL ULTRASONIDO CAROTÍDEO

Medicina Vascular / Cerebro Vascular

Antonella Del Carmen CICCALE SMIT | Juan Manuel FILIPUZZI | Ana Florencia MALIO | Gisela Mabel KILLINGER | Araceli SEGOVIA | Carlos RODRIGUEZ CORREA

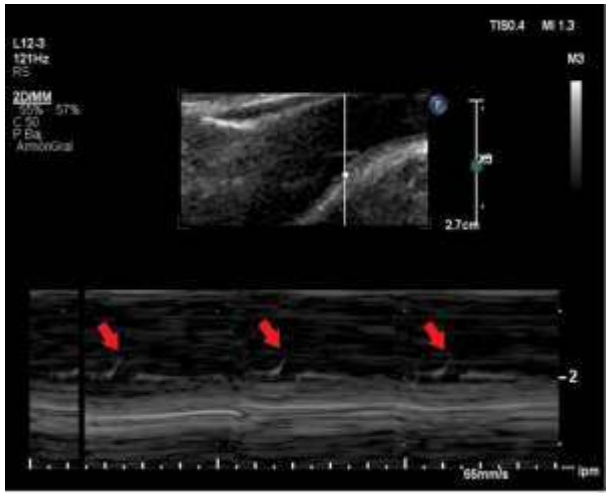
Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi



Introducción: Un estudio reciente describió el hallazgo en el ultrasonido carotídeo de imágenes lineales, hiperecogénicas y muy móviles en la luz arterial, habiendo descartado la presencia de disección carotídea. Se las denominó bandas móviles y delgadas (BMD).

Objetivos: Investigar la prevalencia, características y posible impacto clínico de las BMD en nuestra población, confirmar que sean estructuras reales y valorar la variabilidad inter e intra-observador en la detección y evaluación de las mismas.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y observacional realizado en un único centro entre 2016 y 2018. Se incluyeron pacientes (p) que concurrieron a nuestro centro para la realización de un eco Doppler de vasos de cuello (EDVC), investigando factores de riesgo cardiovascular, antecedentes patológicos y síntomas. En el EDVC se evaluaron la presencia de placas carotídeas, el espesor íntima-media (EIM) de ambos lados, las velocidades del flujo y la morfología espectral. Se determinó el número, la longitud y la localización de las BMD; y su relación espacial con eventuales placas vecinas (Imagen 1). La variabilidad inter e intra-observador se estudió en un subgrupo de 20p seleccionados por un "operador experto" (10p portadores de BMD y 10p sin BMD), y posteriormente evaluados por 2 operadores en momentos diferentes, determinando la presencia de BMD, su longitud y características.



Resultados: 3440 p fueron evaluados, detectando BMD en 118p que resultaron la población de análisis, (prevalencia 3,43%). La media de edad fue de 58,9 ± 8,5 años y 48p eran varones (40,7%). El 97,5% se encontraba asintomático. Se identificaron 134 BMD (1,13 BMD/p: 104p con 1 BMD, 12p con 2 BMD y 2p con 3 BMD), el 83% de las cuales fueron visualizadas en ambas vistas (longitudinal y transversal). 77 BMD se localizaron del lado derecho (57,5%) siendo la ubicación más frecuente a nivel de la bifurcación carotídea (127 BMD, 94,8%). La longitud media de las BMD fue de 5,6 ± 2,6 mm sin encontrar diferencias significativas acorde a la localización, EIM o presencia de placas. El análisis con Doppler color reveló en todos los casos la presencia de flujo reverso asociado a las BMD. La evaluación con modo M mostró el movimiento anárquico característico de las BMD (Imagen 2). En el subestudio de variabilidad, no se encontró variabilidad inter o intraobservador significativa.

Conclusiones: Se describieron pacientes con BMD en el lumen carotídeo, observando una prevalencia significativa en nuestra población y confirmando que se trata de estructuras reales. Su relación con la placa carotídea y/o su posible impacto neurológico permanecen inciertos.

0121. LA PRUEBA CARDIOPULMONAR DE EJERCICIO CONTRIBUYE A DETERMINAR EL RIESGO CON PRECISIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DE BAJO RIESGO

Enfermedad Vascular Pulmonar

Ignacio BLURO (1) | Leandro BARBAGELATA(1) | Coronel MARIA LORENA(2) | Luciano MELATINI(3) | Graciela SVETLIZA(1) | Norberto O. VULCANO(1) | Andres Nicolas ATAMAÑUK(4) | Walter MASSON(1)

Hospital Italiano de Buenos Aires (1); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (2); Instituto de neumonología del sur (INeuS) (3); Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (4)

Introducción: Las guías europeas de hipertensión arterial pulmonar (HAP) estratifican el riesgo valiéndose de características clínicas y estudios complementarios entre los cuales está la prueba cardiopulmonar de ejercicio (PCPE) de la cual toma en cuenta 3 parámetros: el consumo de O2 pico, el porcentaje del consumo de O2 predicho y la pendiente VE/VCO2. Sin embargo, ninguno de los modelos que validaron esta ecala incluyeron la PCPE entre sus variables.

Objetivos: Determinar qué proporción de pacientes con HAP del grupo I considerados de bajo riesgo y que caminan >440 metros en la prueba de marcha de 6 minutos (PM6M) tienen en la PCPE parámetros considerados de riesgo moderado o alto.

	ME (n=25)	EC (n=32)	p
Nro Protesis	23	23	ns
Tiempo Clampeo	57.8 min	60.6 min	ns
Tiempo CEC	74.7 min	77.4 min	ns
ACV SEC	0	0	-
ACV TIA	2	0	ns
IRA	3	3	ns
Dialisis	0	0	-
Inf Esternal	0	1	ns
Mediastinitis	0	0	-
Reop Sang	0	0	-
MCP	2	1	ns
Dias int Prom/Med	6.5 / 6	7/6	ns
Obito	0	0	-

	ME (n=25)	EC (n=32)	p
HTA	18 (72%)	26 (81%)	0.16
Dislilpemia	13 (52%)	21 (65.6%)	0.29
Tabaquismo	9 (36%)	8 (25%)	0.36
Diabetes	4 (16%)	8 (25%)	0.4
Edad (prom)	66.5	65	ns
Sexo M	19 (76%)	19 (59.4%)	ns
BMI	27.4	27.7	ns

Materiales y Métodos: Se incluyeron paciente > 18 años con diagnóstico de HAP grupo I en bajo riesgo de eventos con una PM6M > 440 metros a los que se les realizó una PCPE en la que se registró el consumo de O2 pico, el porcentaje del consumo de O2 predicho y la pendiente VE/VCO2. Se determinó que proporción de pacientes presentaban estos parámetros en un estrato de riesgo mayor a bajo riesgo (consumo de O2 pico < 15 ml/min/Kg, el porcentaje del consumo de O2 predicho < 65% y la pendiente VE/VCO2 > 36).

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes cuyas características basales se describen en la tabla 1. A pesar de ser pacientes de bajo riesgo y con buena clase funcional todos los pacientes tuvieron un consumo de O2 menor al 85% del predicho, lo cual determina un deterioro al menos leve de la capacidad funcional. Un solo paciente (6%) presentó los tres parámetros evaluados en bajo riesgo, 8 pacientes (44%) tuvieron al menos un parámetro alterado, 7 pacientes (39%) presentaron 2 parámetros alterados y en 2 pacientes (11%) todos los parámetros estuvieron alterados. Los parámetros que más frecuentemente se vieron alterados fueron el porcentaje del consumo de O2 predicho y la pendiente VE/VCO2 en el 67% de los casos. Solo 4 pacientes presentaron un consumo de O2 < 15 ml/kg/m. Ningún paciente presentó valores de consumo de O2 pico o porcentaje del consumo de O2 predicho en la categoría de alto riesgo. Sin embargo, 6 pacientes (33%) presentaron una pendiente VE/VCO2 considerada de alto riesgo.

Conclusiones: El 94% de los pacientes considerados de bajo riesgo presentaron al menos una variable en la PCPE que no corresponde a un perfil de bajo riesgo. La pendiente VE/VCO2 y el porcentaje del consumo de O2 predicho fueron las variables más frecuentemente alteradas. La pendiente VE/VCO2 fue la única que mostró valores considerados de alto riesgo. La PCPE podría tener un lugar en la estratificación de precisión de pacientes de bajo riesgo. El valor de este hallazgo deberá ser evaluado en estudios

0126. CUMPLIMIENTO DE METAS DE LDL Y USO DE ESTATINAS AL INGRESO A UNIDAD CORONARIA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN PACIENTES CON ANTECEDENTES VASCULARES DOCUMENTADOS

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Sofía Laura COHENDOZ (1) | Victor MAURO(1) | Adrian CHARASK(1) | Enrique FAIRMAN(2) | Augusto MERETTA(1) | Mateo ANQUIZ(1) | Carlos BARRERO(1)

Clínica Bazterrica (1); CLINICA SANTA ISABEL (2)

Introducción: Los pacientes con antecedentes vasculares documentados (AVD) tienen indicación clase 1A de recibir estatinas para su prevención secundaria. De hecho, deben hacerlo con estrategia de alta intensidad para lograr valores bajos o muy bajos de LDL. Sin embargo, estos fármacos son en ocasiones subutilizados y los pacientes no alcanzan los valores de LDL deseados.

	Con AVD N: 214	Con AVD y estatinas N: 160 (%)	CON AVD sin estatinas N: 55 (%)	p
LDL mediana (RIC 25-75%)	80 (60-105)	78 (56-97)	104 (79-125)	<0,001
LDL<=100 mg/dl (%)	68,7	77	44,4	<0,001
LDL<=70 mg/dl (%)	32,2	38,7	13	<0,001
LDL<=55 mg/dl (%)	17,7	21,9	5,6	<0,001

Objetivos: 1) Analizar la frecuencia de uso de estatinas en pacientes con AVD ingresados por un SCA sin ST. 2) Evaluar la prevalencia de pacientes con AVD que cumplen las metas de colesterol LDL propuestas por las guías de acuerdo al uso/no uso de estatinas

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes que fueron internados por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCAsinST) en el período 2017-2021 en los que se contaba con perfil lipídico obtenido dentro de las 24 hs de la internación. Se analizó la frecuencia de uso de estatinas en los pacientes con AVD y se calculó en ellos la prevalencia de pacientes con LDL <=55 mg/dl, LDL <=70 mg/dl y <=100 mg/dl en el laboratorio de ingreso de acuerdo al uso de estatinas. Se consideró AVD a los pacientes con antecedentes de angioplastia, cirugía de revascularización, infarto, accidente cerebrovascular y/o enfermedad vascular periférica.

Resultados: Se incluyeron 528 pacientes con SCAsinST y perfil lipídico disponible. Un 41,6% (n=214) tenía AVD y de éstos, un 75% (160p) se encontraba bajo tratamiento con estatinas. Su edad mediana fue de 67 (RIC 25-75%: 60-78) años, un 79% fueron hombres, 80% HTA, DBT 30,3%. Los pacientes bajo tratamiento con estatinas tenían similares características clínicas que no las utilizaban a excepción de que tenían más prevalencia de dislipemia como FRC (73 vs 46%, p<0,001). En la tabla se observa el perfil lipídico y % de pacientes con LDL objetivo.

Conclusiones: A pesar de que el uso de estatinas es el pilar fundamental de la prevención secundaria, casi un tercio de los pacientes con antecedentes vasculares documentados no se encontraban bajo sus efectos al momento de una internación por un SCASEST. Asimismo, solo un tercio de los pacientes con AVD que se encontraban bajo tratamiento con estatinas tenían LDL menor a 100 mg/dl. Un valor ideal, menor de 70 o 55 mg/dl fue logrado solo en 2-3 de cada 10 pacientes tratados. Mejorar la prevención secundaria es un objetivo fundamental en el manejo de los pacientes con antecedentes vasculares documentados.

0128. ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Cardiopatía Isquémica / Enfermedad Coronaria

Lucia Victoria CAMPOS CERVERA (1) | Florencia MUÑOZ(1) | Marcos Lucas VIRUEL(1) | Juan Pablo COSTABEL(1) | Rosina ARBUCCI(1) | José BONORINO(2) | Gonzalo Emanuel PEREZ(3) | Ezequiel José ZAIDEL(4)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Hospital Austral (2); Clínica Olivos (3); Sanatorio Güemes (4)

Introducción: El tratamiento médico óptimo ha demostrado reducir eventos cardiovasculares en pacientes que han presentado un síndrome coronario agudo. La adherencia al tratamiento resulta fundamental para obtener dichos beneficios, pero se desconoce el grado de adherencia en nuestro medio. El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia terapéutica a los 6 y 15 meses en pacientes tratados por un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Objetivos: Objetivo primario: evaluar la adherencia terapéutica a los 6 y 15 meses en pacientes tratados por un SCASEST. Objetivo secundario: evaluar los factores basales asociados a la adherencia a los 6 meses; evaluar la ocurrencia de eventos isquémicos y hemorrágicos de acuerdo a la adherencia a los 6 meses.

Materiales y Métodos: Se trata de un sub-análisis preespecificado dentro del registro prospectivo BUENOS AIRES I, que incluyó 1100 pacientes. La adherencia fue evaluada utilizando la escala de Morisky-**Green modificada.**

Resultados: La edad promedio de la población fue de 65 ±11 años. A los 6 meses el 76.4 % calificó como adherente. No se hallaron predictores independientes de esta adherencia. Los pacientes adherentes, tuvieron una tasa de eventos isquémicos combinados (MACE: infarto, muerte, accidente cerebro vascular) a los 15 meses del 11.5 % (52/452) versus el 20 % (27/135) en los pacientes no adherentes. La adherencia se comportó como un predictor independiente de MACE (HR 0.517, IC95% 0.308-0.869, p=0.013). Los eventos hemorrágicos no difirieron entre los grupos.

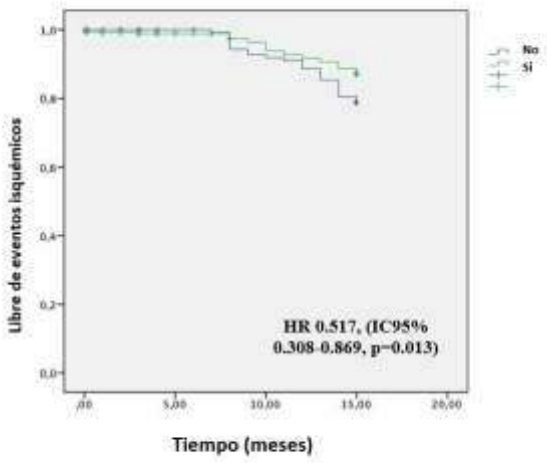


Figura 1. Eventos isquémicos combinados.

Conclusiones: En la población de nuestro trabajo hubo una adherencia elevada al tratamiento médico sin poder hallar predictores clínicos de este fenómeno. Dicha adherencia se comportó como un factor protector de eventos isquémicos sin relación con los eventos hemorrágicos. Sin embargo, uno de cada cuatro sujetos se considera no-adherente luego de una hospitalización por SCASEST y se deben desarrollar intervenciones proactivas para su reducción.

0129. ARGEN IAM ST: PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO

Cardiología Crítica / Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio DELFINO (1) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Augusto BARBOZA(2) | Adrian CHARASK(1) | Juan GAGLAIRDI(1) | Maria Rosa SIEGEL(2) | Victor MAURO(3)

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

Introducción: El Shock cardiogénico (SC) que complica la evolución del infarto con elevación del ST (IAMCEST) se asocia a elevada mortalidad, especialmente en el marco de las complicaciones mecánicas. Los otros mecanismos que pueden desencadenar la muerte implican complicaciones arrítmicas, recurrencias isquémicas, complicaciones infecciosas o la disfunción ventricular refractaria.

Objetivos: 1) Analizar las características de los pacientes con IAMCEST y sin complicaciones mecánicas que fallecen como complicación del SC en la etapa hospitalaria.2) Determinar predictores de mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes con IAMCEST complicados con SC (x definición clásica) ingresados en el Registro ARGEN-IAM-ST entre marzo de 2015 y diciembre 2021. Fueron excluidos del análisis los pacientes con complicaciones mecánicas. Se analizaron las características clínicas al ingreso, tratamientos utilizados y evolución. Se realizó un análisis univariado para establecer las variables asociadas con mayor mortalidad y un análisis multivariado por regresión logística para determinar los predictores independientes.

Resultados: Se analizaron 6122 pacientes con IAMCEST y se seleccionaron los 658p que presentaron SC. Se excluyeron 45 p por haber presentado complicaciones mecánicas. Quedaron 613 p con shock cardiogénico por falla ventricular secundaria al IAMCEST. La mediana de edad fue 65 años [RIC 25-75%: 58-74], género masculino 59%. KK D de ingreso: 66%. Reperfusión 87%. La mortalidad hospitalaria fue de 56,6% y un 57,64% de las muertes ocurrieron durante las primeras 24 hs de internación. Los pacientes que fallecieron en la internación fueron de edad más avanzada (66 vs 64, p 0,007) y más frecuentemente mujeres (44 vs 36%, p 0,02). Tuvieron mayor prevalencia de IAM anterior (58 vs 48%, p 0,008), lesiones en múltiples vasos (75 vs 57%,p<0,001) y paro cardíaco como forma de presentación (61,4 vs 22%, p<0,001). Fueron menos reperfundidos (84 vs 91%, p<0,001) y fue más probable que la angioplastia haya sido frustra (22,6 vs 6,4%,p<0,001). No hubo diferencias en factores de riesgo, antecedentes de infarto ni recurrencia isquémica. Los predictores independientes de mortalidad fueron la edad (OR 1,035; IC95 1,006-1,06), el género femenino (OR 2,49; IC95 1,28-4,86), el paro cardiaco como forma de presentación (OR 8,86; IC95 4,53-17,3) y la angioplastia frustra (OR 5,07; IC95 1,81-14,17).

Conclusiones: El shock cardiogénico por disfunción ventricular izquierda es un cuadro con alta mortalidad intrahospitalaria, especialmente en las personas de edad avanzada, mujeres, los que presentan angioplastia frustra y los que sufren PCR como forma de presentación.

0130. ARGEN IAM ST: SHOCK CARDIOGÉNICO PRECOZ VS. TARDÍO. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Cardiología Crítica / Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Flavio Andres DELFINO (1) | Victor MAURO(1) | Heraldo D´IMPERIO(1) | Mauro Andres QUIROGA(2) | Mariela ONOCKO(2) | Valentina BELLUZZO(3) | Victor Hugo ZERNA REQUE(3)

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

Introducción: El shock cardiogénico (SC) es la causa más frecuente de muerte en el infarto y puede presentarse desde el ingreso (precoz) o desarrollarse en la evolución (tardío), Históricamente existían diferencias clínicas entre ambas formas de presentación del SC por lo cual es relevante compararlos en la actualidad.

Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de cada tipo de SC. 2) describir las características de los pacientes que los presentan y su evolución intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes con infarto con elevación del segmento ST (IAMCEST) ingresados en el Registro ARGENIAM-ST entre el 2015 y 2022. Se seleccionaron los pacientes que presentaron shock, ya sea desde el ingreso o en la evolución. Se analizaron las características clínicas, tratamientos y evolución intrahospitalaria de los pacientes de acuerdo al tipo de shock presentado: precoz o tardío. Se definió SC precoz al que ingresó en killip y Kimbal (KK) D y SC tardío al que desarrolló SC (x definición clásica) luego de las primeras 24 hs de evolución ingreso habiendo ingresado en KK A, B o C.

Resultados: Se incluyeron 6122 pacientes, de los cuales 10,75% (658p) presentaron shock cardiogénico. Un 65% presentó shock precoz y un 35% shock tardío. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con shock precoz vs tardío en edad (65 años, RIC 25-75%: 58-74), género masculino 59%, tabaquismo 31%, HTA (75 vs 68,5%), Diabetes (37,7 vs 40%), localización anterior del infarto (51 vs 56%), tiempo de evolución al ingreso (180 vs 184 min), porcentaje de reperfusión (87,5 vs 89,3), de angioplastia directa (86%) y frustra (16,5 vs 14,1%). Los pacientes con SC precoz tuvieron más antecedente de infarto (16,7 vs 11,2%, p 0,04), más paro cardíaco al ingreso (50,6 vs 34,3%, p<0,001) y más cardioversiones eléctricas (38,2 vs 27,3%, p 0,005). Los pacientes con SC tardío, por el contrario, tuvieron más prevalencia de complicaciones mecánicas (11,1 vs 4,5%, p 0,001) e isquémicas (15 vs 3,3%, p <0,001) y mayor mortalidad (63,1 vs 55,3%, p 0,03).

Conclusiones: El SC precoz es más frecuente en nuestro medio y se correlaciona con más infarto previo y paro cardíaco como forma de presentación. El SC precoz tiene menor mortalidad que el SC tardío, en el cual predominan las complicaciones mecánicas e isquémicas recurrentes. Ambos tipos de shock cardiogénico tienen una mortalidad mayor al 55%.

0132. 10 AÑOS DE HEART TEAM EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA CANDIDATOS A REEMPLAZO PERCUTÁNEO

Valvulopatías / Cardiología Intervencionista y Estructural

Marcelo Sergio TRIVI | Florencia DRA. CASTRO | Romina DRA.TROSSERO | Fernando CURA | Fernando DR. PICCININI | Alfonsina DRA. CANDIELLO | Ruth DRA. HENQUIN | Fernando DR. BOTTO

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La difusión en el uso de las prótesis endovasculares para el reemplazo aórtico percutáneo (TAVI) en la estenosis aórtica ha creado la necesidad de un grupo de discusión sobre la elección del mejor tratamiento para los pacientes. Este grupo denominado Heart Team (HT) es una recomendación clase I en todas las guías sobre valvulopatías aunque con bajo nivel de evidencia.

Objetivos: Reflejar la evolución de un HT a lo largo de 10 años, analizando las características de los pacientes asignados a cada tratamiento.

Materiales y Métodos: Diseño retrospectivo y unicéntrico, con inclusión consecutiva de todos los pacientes con Estenosis Aórtica Severa (EAS) evaluados por el HT entre enero del 2012 y julio del 2021. Los criterios de derivación al HT fueron: 1) casos potenciales para TAVI y 2) casos con incertidumbre, para seleccionar la mejor estrategia entre TAVI, Cirugía de Reemplazo valvular aórtico (CRVA) y tratamiento médico conservador (TMC). Se seleccionó para TAVI pacientes con estenosis aórtica severa comprobada, sintomáticos, de alto riesgo quirúrgico, añosos, frágiles y aptos para el procedimiento, y para CRVA los de menor riesgo quirúrgico, no adecuados para TAVI o con necesidad de otra intervención. Quedaron con TMC, los que no cumplían criterios de intervención, fútiles, con expectativa de vida <1 año o que rechazaran el procedimiento. El HT estuvo integrado por, al menos, un cirujano cardiovascular, un cardiólogo intervencionista, un especialista en imágenes cardiovasculares y un cardiólogo clínico especialista en valvulopatías. El HT se reunió con frecuencia semanal (virtual desde la pandemia). Se comparó anualmente a lo largo de 10 años el número de pacientes evaluados, las conductas propuestas y la concreción de las intervenciones. Cuando fue factible, se midió el grado de fragilidad en una escala de 1 a 5. Los pacientes intervenidos fueron seguidos por contacto personal, telefónico o correo electrónico. El análisis estadístico se efectuó utilizando las pruebas correspondientes según las variables y se midió sobrevida actuarial.

Resultados: De 892 pacientes evaluados, se asignaron a TAVI 473, aunque se implantó efectivamente en 392 (83% de los asignados y 44% del total); se asignó a CRVA a 216 y se operaron 183 (85% y 24% respectivamente) y se asignó a TMC a 284 (32%). La edad media fue de 85±7 años, 45% eran mujeres, el área valvular aórtica fue de 0.67±0.2 cm2, la fracción de eyección del VI (FEVI) de 55±11%, un 48% tenían enfermedad coronaria previa y un 47% comorbilidades. Comparando los pacientes que fueron a TAVI con respecto a los CRVA, los primeros eran algo mayores (86±7 vs 83±7 años), con mayor EUROSCORE II (6.2 ,IC95%. 5.7-6.6 vs. 5.6 ,IC95% 4.37-6.5) y más frágiles (1.62±1 vs. 0.94±1) (todos p < 0.01). El área valvular aórtica medida por ultrasonidos era similar (0.61 vs.0.62 cm2), lo mismo que la FEVI (58 vs.57%) (ambos p=n.s.). La sobrevida al año y a los 2 años fue, para TAVI 86% (IC 95% 80-90) y 78% (IC95% 72-83), para CRVA 83% (IC95% 77-88) y 77% (IC95% 69 y 84) (TAVI vs. CRVA, todos p=n.s.) y para ambos 85% (IC95% 81-88) y 78% (IC95% 72-82).

Conclusiones: A lo largo de 10 años de establecido un Heart Team para la selección de pacientes con estenosis aórtica candidatos a reemplazo percutáneo, se asignaron a esta intervención algo menos de la mitad y el resto se asignó a cirugía o tratamiento médico. Los pacientes intervenidos parecieron seguir la indicación propuesta por el equipo. La sobrevida de los pacientes intervenidos fue similar hasta los 2 años, sugiriendo una selección adecuada de los pacientes a cada intervención.

0133. ESTIMULACIÓN DE LA RAMA IZQUIERDA EN UN HOSPITAL COMUNITARIO. RESULTADOS Y CURVA DE APRENDIZAJE

Arritmias y Electrofisiología

Leonardo KRSTICEVIC | Fabian AZZARI

Actividad Clinica Privada

Introducción: En los últimos anos, hay un interés creciente en la estimulación de la rama izquierda (ERIZQ). La mayoría de los reportes publicados provienen de hospitales universitarios y de operadores de alto volumen.

Objetivos: Evaluar la factibilidad y la curva de aprendizaje de la ERIZQ en un hospital comunitario, con larga experiencia en el implante de marcapasos.

Periodo	APRENDIZAJE	CONSOLIDACIÓN	APLICACIÓN
N	17	33	20
Edad (años)	76.9	77.2	77.9
Marcapasos DDD	70.6%	81.8%	95.5% (*)
Duración (min.)	75.3	71.5	67.3
Duración ≤60 min.	23.5%	33.3%	45.5% (*)
Fluoroscopia (min.)	10.1	9.5	9.6
Dosis piel (mGy/cm2)	31.1	23.6	20.6
Éxito	35.3%	69.7%	81.8% (*)
Amplitud onda R (mV)	12.3	11.3	12.2
Impedancia (Ohms)	852	791	790
Umbral onda R (V)	1.0	1.1	1.1
QRS post (mseg)	146	143	130
R'V1	41.2%	72.7%	50.0%
ACV6 (mseg)	95 (†)	79	74
ACV6 <=80 mseg	35.3%	51.5%	68.2%
CapRI SELECTIVA	29.4%	63.6%	45.5%
CapRI NO SELECTIVA	17.6%	15.2%	40.9%

(*) χ2 de Trend<0.05; (†) Prueba de Bartlett=0.05.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo y consecutivo de ERIZQ de pacientes (p) referidos para implante de marcapasos por bradicardia o trastornos de la conducción auriculo-ventricular. El QRS de base (QRSb) se clasificó según su duración: Normal (<120 mseg) o Largo (>=120 mseg). En el ECG post intervención se evaluó la presencia de R' en V1 (R'V1) y el periodo espícula ventricular / acmé de la onda R en V6 (ACV6). El ACV6 se consideró optimo (V6opt) cuando fue <=80 mseg (en p con QRS normal) o <=100 mseg (en p con QRS largo). El procedimiento se consideró exitoso cuando se logró implantar la sonda septal con un ACV6opt. La captura de la rama izquierda (CapRI) se clasifico en: SELECTIVA (ACV6opt con R'V1), NO SELECTIVA (ACV6opt sin R'V1) o NULA (ninguno de ambos criterios). Los primeros 6 meses constituyeron en periodo de APRENDIZAJE, los segundos 6 meses el periodo de CONSOLIDACIÓN y los restantes el

periodo de APLICACIÓN. Para la comparación variables numéricas se utilizó la prueba de Barttlet y en el caso de los porcentajes se utilizó la prueba de Chi2 de Trend. Se consideró como significativa toda probabilidad <0.05.

Resultados: Entre enero 2021 y mayo 2022 realizamos 72 implantes de marcapasos (12 unicamerales y 60 bicamerales). Los procedimientos fueron realizados por los autores de la serie, en sala de cirugía, con control de electrocardiograma automático de 12 derivaciones y un equipo de fluoroscopia portátil. Durante los 3 periodos evidenciamos una mejoría progresiva en los resultados, tal como lo muestra la tabla.

Conclusiones: La ERIZQ sería factible en hospitales comunitarios con experiencia en implante de marcapasos. Sin embargo, hay una curva de aprendizaje durante la cual se evidencia una mejoría progresiva de los resultados. El periodo de aprendizaje podría variar en función del volumen de intervención.

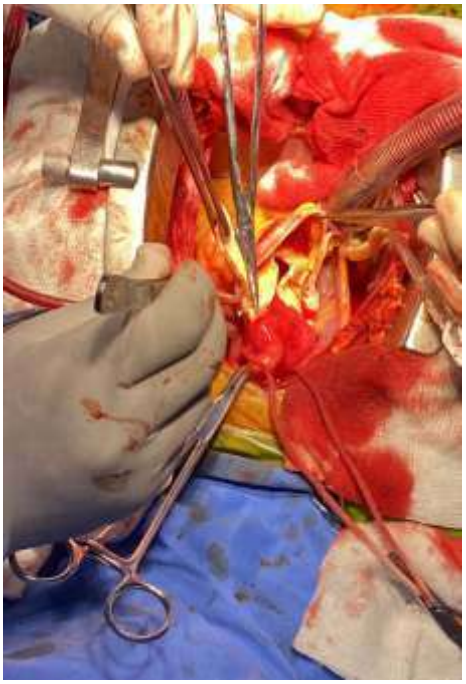
0136. MANEJO DE ENFERMEDAD DE ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PÚBLICO

Cirugía Cardiovascular

Jose Emmanuel ACOSTA | Pablo Hernan ARENAZA | Gabriel Hugo BASSO | Gustavo Javier COVELLO | Maribel FLORES MAMANI | Gisele MENDOZA | Luis Ubaldo SOTO ALHUAY

Hospital San Juan de Dios (La Plata)

Introducción: La enfermedad aneurismática de la aorta ascendente (EAAA) se caracteriza por su baja frecuencia, tiene comportamiento heterogéneo, riesgo de rotura y disección, que con llevan elevada mortalidad, por lo que la cirugía electiva es fundamental. Se han desarrollado diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la técnica de Bentall el estándar de referencia.



Objetivos: describir la mortalidad hospitalaria y diferentes técnicas quirúrgicas de la EAAA.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo en el que se incluyeron 48 pacientes con EAAA de las cuales 25 pacientes corresponden al diagnóstico de disección Aortica tipo A operados entre el 1 de enero del 2017 y el 31 de diciembre del 2021; la información fue obtenida de la base de datos del servicio de cirugía cardiovascular.

Resultados: Los 48 pacientes correspondieron al 11% del total de las cirugías efectuadas. Edad media de 46 años (rango 30 a 74), sexo masculino 72 %. Etiología: degeneración inespecífica de la capa media con implicación valvular, aorta bivalva, síndrome de Marfán y aneurismas posestenóticos.

Conclusiones: Se demostró que la cirugía estándar en la mayoría de los casos fue Bentall de Bono realizadas en paciente con disección aortica sin compromiso del arco aórtico o aneurisma de aorta ascendente, la mortalidad quirúrgica puede variar de forma ostensible débido a la experiencia de los equipos médicos, recursos disponibles y heterogeneidad de los pacientes. Nuestros hallazgos confirman que a pesar de ser un procedimiento quirúrgico de baja frecuencia y alta complejidad, la técnica clásica de Bentall para el manejo de la enfermedad aneurismática de la aorta ascendente y diseccion puede realizarse de forma segura, con una morbilidad y mortalidad aceptables a corto plazo en nuestro centro hospitalario.

0141. REGISTRO DE ENFERMEDAD CARDIACA VALVULAR EN UN CENTRO DE BUENOS AIRES

Valvulopatías

Mariano Ezequiel NAPOLI LLOBERA | Carolina Giselle REYNOSO | Giuliana Ayelén TRESENZA | Carlos Julián COLLA | Jorge LAX | Lucía Raquel KAZELIAN | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La enfermedad cardíaca valvular (ECV) es un factor importante que contribuye al deterioro de la clase funcional, la calidad de vida y la longevidad. En el siglo pasado, se produjo un cambio sustancial en el espectro de la ECV. La degeneración valvular relacionada con la edad reemplazó a la enfermedad valvular reumática como causa predominante de disfunción valvular en los países desarrollados y, por lo general, se ve representada por la estenosis aórtica (EAo) o por la insuficiencia mitral (IM).

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar en un grupo consecutivo de pacientes (p.) con ECV internados en nuestro hospital, sus características clínicas, ecocardiográficas y la evolución en relación con los eventos intrahospitalarios, fundamentalmente el requerimiento de tratamiento quirúrgico y la mortalidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro retrospectivo en un centro de CABA, que incluyó a 357 p. que se internaron con diagnóstico de ECV, desde julio de 2018 hasta noviembre de 2021. Se analizaron las características clínicas de los p. al momento de la internación, los motivos de internación, así como los datos ecocardiográficos, severidad de las valvulopatías, el tratamiento médico y quirúrgico realizado, así como la mortalidad. Análisis estadístico Las variables continuas fueron expresadas como media ± desvío estándar (DE) o mediana e intervalo intercuartilo (IIC) según su distribución. Las variables categóricas se expresaron mediante número y porcentaje. Se utilizó el test de Fisher para las variables categóricas y el test de t para las variables continuas, según correspondiera. Se utilizó para el análisis el programa Epi Info versión 3.5.4. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados: De un total de 357 p., 216 eran de sexo masculino (60.5%) con una edad promedio de 59.8 ± 16.3 años. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea (65%), angor (12%), fiebre (7.5%) y síncope (3.%). La valvulopatía más frecuentemente reportada fue la EAo en 170 p. (48%), seguido de la IM (30%) insuficiencia aórtica (25%) e insuficiencia tricuspídea (21%). 84 pacientes (24%) presentaron valvulopatía combinada doble, y la asociación más reportada fue la enfermedad mitroaórtica (32%) La etiología más frecuente de ECV fue la esclerodegenerativa en 130 p. (37.36%), seguido de la valvula aortica bicuspide (14.6%) y reumática (10%). En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares convencionales, la hipertensión arterial fue el más frecuente, observándose en 201 p. (56%), seguido del tabaquismo (33%) y dislipemia (21.5%). La serología de Chagas fue positiva en 30 p. (8%). 84 p. (23.5%) presentaron antecedentes de enfermedad coronaria. 215 p. (60%) tenían antecedentes de insuficiencia cardiaca; 115 (32%) presentaron arritmias y 30 (8%) shock cardiogénico. 30 pacientes (8%) tenían colocado un marcapasos definitivo, 15 (4%) un cardiodesfibrilador implantable y 2 (0.5%) un resincronizador. Respecto al tratamiento farmacológico, 180 p. (50%) utilizaban beta bloqueantes, 174 (49%) IECA/ARA II, 166 (46.5%) furosemida, 118 (33%) anticoagulación oral, 112 (31%) aspirina, 111 (31%) antialdosterónicos, 117 (34%) estatinas, 26 (7%) bloqueantes cálcicos, y 8 (2%) digoxina. Durante el seguimiento 56 p. (16%) requirieron inotrópicos, y la mortalidad reportada fue del 11.5% (41 p.). Se indicó tratamiento quirúrgico convencional en 82 p. (23%), 49 por vía endovascular (14%) y 1 (0.2%) requirió trasplante cardiaco.

Conclusiones: En este registro detectamos un cambio sustancial en el espectro de la ECV. La degeneración valvular relacionada con la edad reemplazó a la enfermedad valvular reumática como causa predominante de disfunción valvular y, se vio representada por la EAo y la IM. Esto puede deberse a la mejora de la sobrevida y el envejecimiento de la población.

0144. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DR. CESAR MISLTEIN (UACM)

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Valeria Soledad LOPEZ GONZALEZ | Cecilia CABELLO | Pablo Ezequiel RODRIGUEZ | Valeria CANALES | Ana CASCU | Victor STEFANI | Virginia ALTAMIRANO

Hospital Cesar Milstein

Introducción: Las personas mayores con enfermedad cardiovascular (ECV) a menudo presentan fragilidad física, lo que implica un desafío para los programas de rehabilitación cardiovascular (RC) tradicionales. Los pacientes con ECV y fragilidad pueden ser menos propensos a tolerar el ejercicio físico de la RC convencional, por alteraciones en la fuerza, el equilibrio y la movilidad. Además, presentan otras afecciones frecuentes como la comorbilidad, polifarmacia, depresión, deterioro cognitivo, sarcopenia, entre otras.

Objetivos: Describir las características de la población que asiste al programa de rehabilitación cardiovascular de la UACM.

Materiales y Métodos: Trabajo descriptivo, se incluyeron 28 personas mayores de 60 años que asistieron al Programa de Rehabilitación Cardiovascular de la UACM desde 1ro de Noviembre de 2021 al 30 de Abril de 2022. Todos fueron evaluados previo a su ingreso por Cardiología, kinesiología y Gerontología para la realización de una Valoración Geriátrica Integral. Todos completaron el programa de 3 meses en Actividad Física, Kinesiología, Taller de psico-educación y Taller de hábitos saludables.

Resultados: Del total de la población incluida la edad media es 75.3 años, 57% son hombres. 80 % son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria. Según la escala de fragilidad global por Edmonton 21 % son vulnerables y 25 % presentan fragilidad global. Respecto a la batería corta de rendimiento físico que evalúa función física y fragilidad física, el 86 % presentó un test patológico con una puntuación de 10 o menos. Además 21 % presentó SARC-F

patológico, es decir un indicador de probable sarcopenia. 25 % probable depresión por Yesavaye. La media del índice de masa corporal es de 28.9.

Conclusiones: La RC contemporánea debe identificar e incluir personas mayores con ECV y fragilidad a sus programas, ya que está demostrado que podrían beneficiarse de las intervenciones multidisciplinarias a través de una evaluación geriátrica integral, objetivos centrados en la personas e intervenciones individualizadas para mejorar su calidad de vida.

0148. CARACTERISTICAS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19

Covid-19

Maria Isabel RODRIGUEZ ACUÑA | Laura BRANDANI | Alfredo ROJO | Sonia SMODLAKA | Aníbal CHELUJA | María Mercedes PEREZ LUJÁN | Soraya KERBAJE | Raul MERBILHAA

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: La OMS anunció en marzo de 2020 una pandemia por el virus SARS-CoV 2, denominada COVID-19. Se han detectado hasta julio 2021 casi 198.000.000 casos en el mundo, con una letalidad que ronda entre el 0,01 % en menores de 40 años hasta el 1,7 % en mayores de 60, siendo aún más elevada en presencia de comorbilidades (enf. cardiovascular, enf. respiratoria crónica, enf. oncológica, inmunosupresión, hipertensión arterial, diabetes y obesidad) y en las formas severas con internación en áreas críticas y asistencia respiratoria mecánica (ARM). En nuestro país hacia el final de este registro (julio 2021) se contabilizaban 4891810 casos con 104822 fallecidos (2,14 %). Las formas clínicas son variadas: asintomática, leve, moderada, severa/crítica.

Tabla 1

SÍNTOMAS EN AGUDO			SÍNTOMAS RESIDUALES	
	n	%	n	%
Fiebre	202	57,1		
Anosmia	147	41,5		
Mialgias	141	39,8	17	4,8
Disgusia	109	30,7	6	1,6
Cefalea	110	31		
Astenia	86	24,2	44	12,4
Tos	94	26,5	9	2,5
Dolor de garganta	69	19,4		
Disnea	48	13,5	29	8,1
Diarrea	43	12,1		
Dolor torácico	30	8,4	5	1,4
Otros (palpitaciones, dolor abdominal, hematoquecia, rinitis)	5	1,4	5	1,4 (cefalea 4 p.)
Niebla mental			7	1,9

Objetivos: Se describen las características clínicas que adoptó la enfermedad en una población de pacientes recuperados.

Materiales y Métodos: Desde el 1ro de octubre de 2020 hasta el 31 de julio del 2021 concurrieron en forma programada a un centro médico ambulatorio para realizar chequeos preventivos 12433 pacientes (p.) mayores de 18 años. 7440 (59,8 %) varones con una mediana de edad de 45 y un rango intercuartilo (RIC) de 35-57. Se discriminaron 354 p. (2,84 %) que habían padecido COVID-19 y que no habían recibido ninguna dosis de vacuna. Se analizaron las siguientes variables: características demográficas de la población, metodología diagnóstica, comorbilidades, tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el momento de la consulta para el chequeo, síntomas, tiempo y lugar del aislamiento, días y área de internación, forma clínica, compromiso de órganos o sistemas, tratamiento recibido y presencia de síntomas residuales. Las variables cuantitativas se expresan como media +/- Desvío Estándar o mediana y RIC de acuerdo a la distribución de la variable. Las variables categóricas se expresan como porcentajes.

Resultados: De los 354 p. 214 (60,4 %) eran varones. La mediana de la edad fue de 42 años (RIC 33-54). Diagnóstico por PCR se confirmó en 284 p. (80,2 %), 61 p. (17,2%) fue por contacto estrecho y 9 p. por dosaje de IgG-IgM (2,54 %). Comorbilidades: 60 p. (16,9%) obesidad; 33 (9,32 %) hipertensión arterial; 12 (3,39 %) enf. pulmonar previa; 9 (2,54 %) diabetes; 7 (1,98 %) enf. cardiovascular previa y sólo 3 (0,84 %) con antecedentes oncológicos y/o inmunosupresión. El tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico hasta la consulta para el chequeo fue de 75 días (RIC 45-120). Tabla 1: Prevalencia de síntomas en agudo y residuales. Requirieron aislamiento 325 p. (91,8%), la mayoría: 280 p. (81,6%) en domicilio. El 44,6 % de los p. tuvo aislamiento menos de 14 días. Internados 39 p. (11,1 %) con una mediana de internación de 6 días (RIC 4-9) en sala gral, ningún paciente requirió UCI. Forma de presentación clínica: 284 p. (80,2 %) COVID leve y 70 p. (19,7 %) COVID moderado; compromiso pulmonar 48 p. (13,5%), cardíaco 4 p. (1,12%) y otros (neurológico, gastrointestinal) 5 p. (1,41 %). Tratamientos recibidos: AINES 12,2 %; antibióticos 10,54 %; corticoides 10,26 %; anticoagulación 4,27 %; oxigenoterapia 3,13 %.

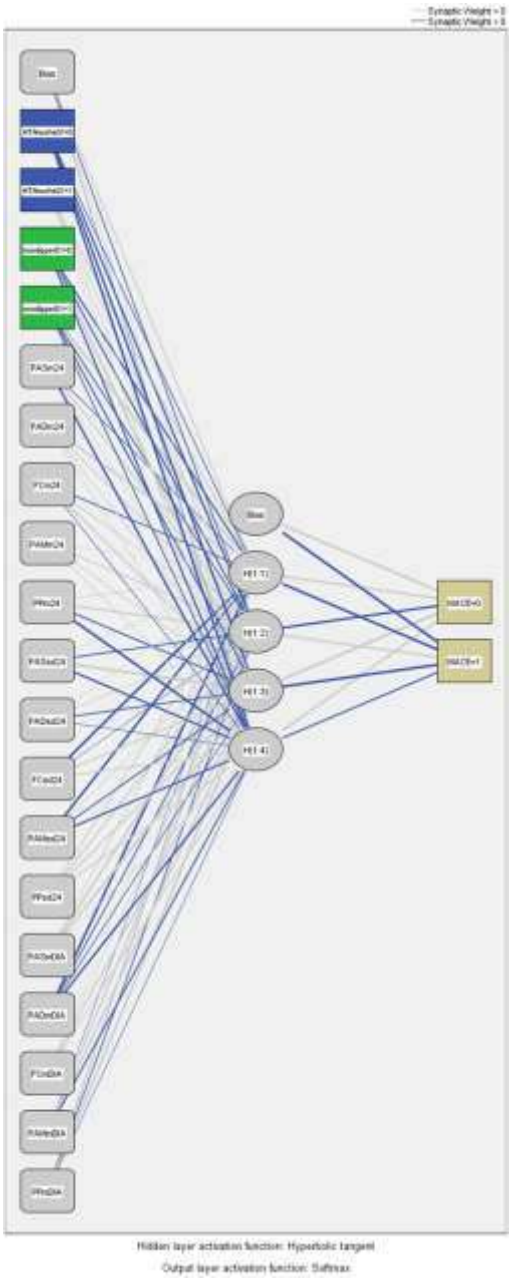
Conclusiones: En esta población con muy escasa comorbilidad y predominantemente menor de 60 años la COVID-19 se manifestó en forma leve en la mayoría y moderada en el resto. Es fundamental su estudio y seguimiento, conocer aún más sobre las consecuencias a largo plazo (long-COVID), secuelas, grados de discapacidad e impacto en la calidad de vida. La aparición de nuevas mutaciones y el efecto de las diferentes vacunas sobre la inmunización a largo plazo constituyen los desafíos a afrontar en los próximos años.

0155. APLICACIÓN DE UN MODELO DE RED NEURONAL COMO INSTRUMENTO PREDICTIVO DE EVENTOS SERIOS A LARGO PLAZO UTILIZANDO VARIABLES DEL MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL.

Hipertensión Arterial

Claudio HIGA(1) | Federico DI GENNARO(1) | Maria Paula CATALANO (1) | Victoria CRETA(1) | Alejandro GARCIA AGUIRRE(1) | Santiago PEREZ LLORET(2) | Maria FERNANDEZ(1) | Romina LLANOS(1)

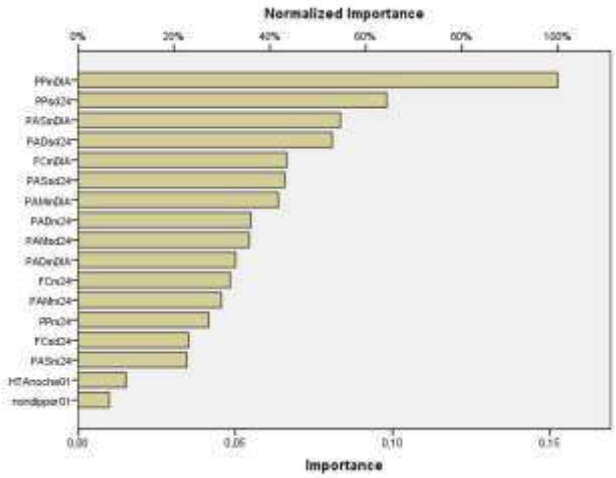
Hospital Alemán (1); Instituto de Investigaciones Cardiológicas Taquini (2)



Introducción: Las redes neuronales (RN) como modelo de inteligencia artificial, han demostrado una superioridad sobre las herramientas predictivas como el análisis de regresión multivariado, principalmente en las asociaciones no lineales.

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de una RN utilizando variables del MAPA y eventos serios a largo plazo.

Materiales y Métodos: Se analizaron los datos de 242 estudios de MAPA que incluyeron 17 variables: promedios de presión arterial (PA) sistólica, diastólica, frecuencia cardíaca, presión de pulso y PA media de 24 hs (PASm24, PADm24 FCm24, PPm24, PAMm24), desvíos estándar (variabilidad) de PA sistólica, diastólica, presión de pulso, PA media y frecuencia cardíaca (PASsd24, PADsd24, PPsd24, PAMsd24, FCsd24); variables diurnas (PASmDIA, PADmDIA, FcmDIA, PPmDIA, PAMmDIA); hipertensión arterial nocturna (promedio de PA nocturna >=120/70 mmHg); y caída nocturna de PAS y/o PAD < 10% (Non dipper). Se definió un punto final combinado de eventos serios (ES): muerte, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio, insuficiencia renal. La mediana de seguimiento de 7,83 años. Para los análisis estadísticos y el modelaje de las redes neuronales se usó el programa SPSS 23.0 Statistics (IBM Corporation, Armonk, NY). Se comparan diferentes modelos, arquitectura y funciones de activación para seleccionar la del mejor rendimiento en la discriminación del punto final.



Resultados: En la figura 1 se observa la arquitectura de la red neuronal. El modelo de mejor rendimiento fue el de perceptron multicapa, constituida por una capa oculta (nodos en cada capa: 15/7/2) por encima del modelo de base radial o de múltiples capas ocultas. Por partición de la población, se dividió a la muestra en un set de entrenamiento del 80 % y uno de validación del 20%. Se utilizó como función de activación la de tangente hiperbólica. El Área bajo la curva ROC del modelo fue de 0.85 (IC 95% 0.77-0.90). Para identificar cuáles fueron las variables con mayor peso en la RN, se analizaron las importancias normalizadas en el modelo. Estas fueron: PPsd día, que alcanzó un valor del 100%, seguida por la PPm 24 hs con un 64 %.

Conclusiones: El presente análisis es el primer reporte hasta el momento acerca de la utilidad de redes neuronales integrando las variables de MAPA para predecir eventos a largo plazo, con un adecuado poder discriminativo de eventos. Por este método, observamos que la PP media diurna fue la variable de mayor peso en el modelo de RN (100%).

0156. DETERIORO DE LA CAPACIDAD CARDIOPROTECTORA DE LAS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON OBESIDAD ABDOMINAL.

Enfermedad Vascular Periférica

Maximiliano MARTIN (1) | Laura GAETE(2) | Viviana OSTA(2) | Patricia PALENQUE(2) | Ezequiel LOZANO CHIAPPE(1) | Laura BOERO(1) | Liliana TRIFONE(2) | Fernando BRITES(1)

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA) (1); Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez (2)

Introducción: La obesidad infantil constituye uno de los problemas de salud pública más acuciantes del siglo XXI. Su prevalencia se ha incrementado rápidamente en países como la Argentina. La presencia de obesidad abdominal constituye un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Es bien conocida la asociación entre la presencia de obesidad en la infancia y el desarrollo de comorbilidades, como la diabetes, la dislipemia y la aterosclerosis temprana. En este contexto, las lipoproteínas de alta densidad (HDL) constituyen la única fracción lipoproteica con funciones ateroprotectoras. Entre estas funciones se destaca la promocion del transporte inverso de colesterol. La información referente al estatus de esta funcion en niños y adolescentes con obesidad abdominal es escasa.

Objetivos: En un grupo de niños y adolescentes con obesidad abdominal, estudiar el rol de las HDL en el transporte inverso del colesterol mediante la determinación de: 1) su capacidad para promover el eflujo de colesterol celular de macrófagos humanos; 2) la actividad de la enzima lecitina:colesterol aciltransferasa (LCAT), y 3) la actividad de la proteína transportadora de ésteres de colesterol (CETP).

Materiales y Métodos: Los niños y adolescentes se clasificaron como obesos abdominales de acuerdo con su percentilo de cintura, siguiendo las recomendaciones de la OMS. Se incluyeron 17 niños y adolescentes obesos (9-15 años) y 17 controles pareados por sexo y edad. Se cuantificaron los niveles plasmáticos de triglicéridos (TG), colesterol total (CT), colesterol-HDL (C-HDL), colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), apolipoproteínas (apo) A-I y B, glucosa, insulina y ácidos grasos no esterificados (NEFA) por métodos automatizados. Se calcularon el colesterol de lipoproteínas de muy baja densidad (C-VLDL), el C-no-HDL (CT – C-HDL)y los índices TG/C-HDL, CT/C-HDL, apo A-I/apo B, y HOMA-RI. Para cuantificar el eflujo de colesterol celular se empleó la línea THP-1. Las actividades de LCAT y CETP se evaluaron por métodos radiométricos desarrollados.

Resultados: Los niños y adolescentes obesos mostraron mayores valores de triglicéridos [99 (90-121) vs. 67 (49-91) mg/dl; p<0,05], C-LDL (103±28 vs. 81±34 mg/dl; p<0,05), C-VLDL (22±10 vs. 15±6 mg/dl; p<0,05), C-no-HDL (125±29 vs. 96±34 mg/dl; p<0,05), CT/C-HDL (4,6±1,6 vs. 2,7±0,6; p<0,01), TG/C-HDL [2,6 (2,1-3,9) vs. 1,2 (1,1-1,6); p<0,01], HOMA-RI [2,7 (2,3-4,9 vs. 1,7 (1,0-1,9); p<0,01], NEFA [0,6 ± (0,5-0,8) vs. 0,3 (0,2-0,5) mg/dl; p<0,05], e insulina [13 (11-23) vs. 9 (7-11) uU/ml, p<0,05], además de menores niveles de C-HDL (43±9 vs. 59±11 mg/dl; p<0,01) y apo A-I (123±13 vs. 141±19 mg/dl; p<0,05). El eflujo de colesterol (5 ± 2 vs 7 ± 2 %; p<0,01) y la actividad LCAT (11 ± 3 vs 16 ± 5 umol/dl*h; p<0,05) también resultaron significativamente menores en los pacientes respecto a los controles. El eflujo celular de colesterol se asoció con z-IMC (r = -0,28; p<0,05) y la actividad LCAT (r=0,40; p<0,05). La actividad de LCAT se asoció con C-HDL (r=0,43; p<0,01) y apo A-I (r=0,37; p<0,05).

Conclusiones: Los niños y adolescentes con obesidad abdominal mostraron un estado de resistencia insulínica y presencia de dislipemia aterogénica, caracterizada por mayores niveles de TG y menores de C-HDL y apo A-I. Además, las HDL de los pacientes exhibieron menor capacidad para promover el eflujo de colesterol celular y menor actividad de LCAT. Estos hallazgos indicarían la presencia de partículas de HDL con alteraciones cuantitativas, funcionales y con menor capacidad ateroprotectora.

0160. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL REMODELADO REVERSO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Cardiología Clínica

Carolina Giselle REYNOSO | Guillermo LINIADO | Gustavo CASTIELLO | Alexis Javier INI | Patricia Mabel AVELLANA | Guillermo GUTIERREZ | Jorge SZARFER | Juan GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Los avances en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca y deterioro de la FEVI (ICFEr), se asociaron a una mejoría significativa en la morbimortalidad. Adicionalmente, en un grupo de estos pacientes se observó un proceso conocido como remodelado reverso, el cual se manifiesta como incremento de la FEVI y reducción de los volúmenes ventriculares.

Objetivos: Evaluar la prevalencia, características clínicas, estudios complementarios, tratamiento, tiempo transcurrido hasta el RR y eventos ocurridos en un grupo de pacientes con ICFEr y RR.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes incluidos consecutivamente que acudieron a la consulta ambulatoria con ICFEr entre abril de 2013 y abril de 2022. ICFEr se definió como p con síntomas y/o signos de insuficiencia cardíaca y FEY <40%. Se consideró RR al incremento en la FEVI en 10 o más unidades en pacientes con ICFEr con una FEVI final> 40% y con al menos 3 meses entre la evaluación inicial y final. Para la comparación de variables categóricas se utilizó el chi cuadrado, para variables continuas la prueba de T. Para supervivencia las curvas de Kaplan-Meier. Se consideró significativa una p<0,05.

Resultados: Sobre una base de 307 p con ICFEr, edad media 65±13 años (30% mujeres) el 14% (43 p) desarrollaron RR edad media 63±12 años (47% mujeres). Las etiologías fueron: idiopática (18p,42%) isquémica (7p,16%) y la hipertensiva (6 p, 14%), posquimioterapia (5p,12%) otras etiologías (7p,16%), los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la HTA (77%), el sedentarismo (66%) y la obesidad (50%). Comorbilidades: anemia 10p, 23%) diabetes (11p,26%) IRC (6p,14%), FA (5p, 12%) el resto RS (88%). sólo un paciente fue tratado con terapia de resincronización. Se observó un elevado porcentaje de pacientes tratados con IECA (inicio 94.44%, final 100%), betabloqueantes (inicio: 88.9%, final 100%) y antagonistas de la aldosterona (inicio:66.67%, final: 69.03%) Se observó un incremento de la dosis del bloqueo neurohormonal entre las evaluaciones inicial y final con significación estadística para betabloqueantes (p=0.0001) El diámetro diastólico y la FEY inicial y final fueron de 64±7 mm y 29±8%, y 55± 5mm 51± 6%, respectivamente (p < 0,0001 para ambos valores) ocurrido en un tiempo medio entre ambas evaluaciones de 36±47 meses. Se registraron 3 muertes de causa cardiovascular y 2 internaciones por IC con una tasa de supervivencia de 80% en 16 años de seguimiento.

Conclusiones: Observamos en el seguimiento a largo plazo, una prevalencia de RR en el hospital público semejante a otras series internacionales con alto porcentaje de sexo femenino y etiología idiopática y un escaso, pero no despreciable, número de eventos. La clara mejoría asociada a la optimización del tratamiento refuerza la necesidad de implementar dicha conducta.

0166. LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SIGNIFICATIVA SE ASOCIA CON RESULTADOS ADVERSOS EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA.

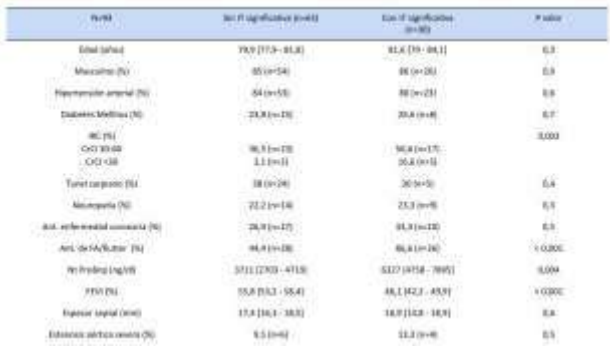
Miocardiopatías / Insuficiencia Cardíaca

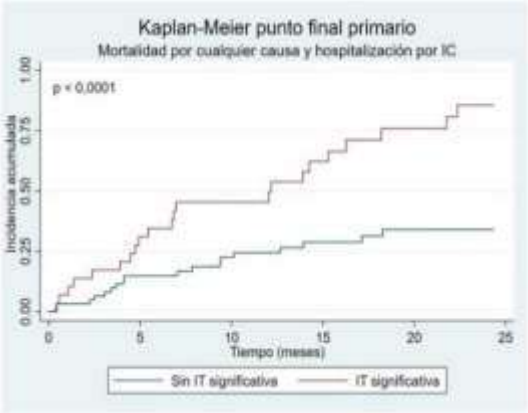
Santiago DECOTTO | Eugenia VILLANUEVA | Juan Maria IROULART | Guido ROVEDA | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Maria Lourdes POSADAS MARTINEZ | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es el mayor determinante de mortalidad en los pacientes con amiloidosis por transtiretina (ATTR). La insuficiencia tricuspídea (IT) es una de las valvulopatías más frecuentes en estos pacientes. La misma predispone al desarrollo de IC clínica, siendo un predictor independiente de mortalidad demostrado en otros tipos de miocardiopatías.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar si la presencia de IT significativa se asocia con eventos cardiacos adversos (mortalidad y hospitalizaciones por IC) en pacientes con ATTR y compromiso cardiaco.





Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva con pacientes con ATTR incluidos en el Registro Institucional de Amiloidosis (ClinicalTrials.gov NCT01347047). Todos los pacientes incluidos en el análisis presentaron signos de compromiso cardíaco por ATTR y medición de la gravedad de la IT en el ecocardiograma. La confirmación diagnóstica de ATTR fue definida por la presencia de captación miocárdica de pirofosfato en el centellograma óseo y/o ante hallazgos típicos en la resonancia magnética cardiaca, en ausencia de elevación de cadenas livianas libres en suero. Se definió la IT como significativa a aquellas con reflujo moderado o severo según mediciones cualitativas y cuantitativas. Se realizó un seguimiento de dos años para evaluar la incidencia del punto final primario combinado de mortalidad por cualquier causa y hospitalizaciones por IC.

Resultados: Se incluyeron un total de 93 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 82,5 años [RIC 75 - 86]. 86 % eran de sexo masculino y la mediana de fracción de eyección fue de 52 % [RIC 43 - 60]. 32,2 % (n=30) presentaron IT significativa. Los pacientes con IT significativa tenían una edad similar (79,9 vs 81,6 p=0,3), valores superiores de NT ProBnp (6327 vs 3711 p=0,004) y menor fracción de eyección comparados con los pacientes sin IT significativa. En el análisis univariado, la incidencia del punto final primario combinado fue mayor en los pacientes con IT significativa. En el análisis multivariado de regresión de Cox, únicamente el NT ProBnp (HR 1.00, 95% IC 1.00005- 1.0002, p=0.001) y la IT significativa (HR 2.23, 95% IC 1.12- 4.42, p=0.021) se asociaron con el punto final primario.

Conclusiones: Los pacientes con ATTR e IT significativa presentan mayor riesgo de muerte e internación por IC en comparación con pacientes sin IT significativa. Estos hallazgos refuerzan el valor independiente de la IT como predictor de mal pronóstico también en las miocardiopatías infiltrativas, lo que podría respaldar la exploración sobre intervenciones que reduzcan la gravedad de la IT en pacientes con ATTR.

0168. ALTERACIONES DE LA CONDUCTA EN UN MODELO DE INFARTO DE MIOCARDIO EN RATONES

Investigación Básica

Nahuel MÉNDEZ DIODATI (1) | Verena B. FRANCO RIVEROS(1) | Lara SANCHES RAVAGNANI(1) | Eduardo BERNATENE(1) | Eliana Magalí CICALE(2) | Carla GRECO(2) | Bruno BUCHHOLZ(1) | Ricardo Jorge GELPI(1)

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

Introducción: La relación entre las alteraciones de la conducta y las enfermedades cardiovasculares ha sido demostrada en numerosos estudios. Si bien esta relación parece ser bidireccional, la evidencia de trastornos cardiovasculares como causa de alteraciones en la conducta aún es insuficiente y sus posibles mecanismos son poco conocidos.

Objetivos: Evaluar alteraciones de conducta relacionadas con depresión, ansiedad y trastornos de memoria en el contexto del infarto de miocardio en un modelo experimental en ratones.

Materiales y Métodos: Ratones C57 fueron sometidos a infarto de miocardio regional por ligadura de la arteria coronaria descendente anterior o cirugía sham y, luego de 2 semanas, se realizaron distintas pruebas de conducta. Se utilizó el open field test (OFT) para evaluar la motricidad general y para constatar la posible convergencia con las otras pruebas de depresión y ansiedad. Para evaluar depresión en el eje anhedonia se utilizó la prueba de preferencia de sacarosa y para evaluar el eje hopelessness/helplessness se utilizó el forced swimming test (FST) y el tail suspension test. Para estudiar conductas de ansiedad se utilizaron las pruebas de dark/light box (DLB) y elevated plus maze. Para evaluar la memoria utilizamos el object recognition test. Antes del sacrificio, se evaluó la coordinación motora y equilibrio con la prueba de rotarod. Posteriormente, se estudió la función cardíaca por medio de ecocardiografía y cateterismo intraventricular. La significancia estadística fue evaluada por medio de una prueba de t de Student.

Resultados: Los ratones infartados presentaron un aumento en la presión de fin de diástole de 7,2 mmHg contra 3,8 mmHg en el grupo sham (P<0,05). En el ecocardiograma, los ratones infartados presentaron una fracción de eyección del 55,9% a comparación de 81,0% en el grupo sham (P<0,0001), una reducción similar en la fracción de acortamiento de 24,5% en el grupo infarto contra 43,1% en el grupo sham (P<0,0001), un aumento del tiempo de relajación isovolúmico de 23,5 ms contra 20,3 ms en el grupo sham (P<0,01) y un aumento en el diámetro de fin de diástole de 7,7 mm en el grupo infarto contra 3,6 mm en el grupo sham (P<0,001). El índice ventrículos/tibia del grupo infartado fue de 11,7 mg/mm contra 7,8 mg/mm en el grupo sham (P<0,001), coincidente con la hipertrofia ventricular; y el índice pulmones/tibia del grupo

infartado fue de 10,7 mg/mm contra 9,4 mg/mm en el grupo sham (P<0,05), sugiriendo insuficiencia cardiaca. En cuanto a los estudios de conducta, en los ratones infartados se observó un aumento significativo del tiempo en el centro (255,4 vs. 198 s; P<0,05) y una disminución significativa del tiempo en la periferia (344,6 vs. 402 s; P<0,05) en el OFT, un aumento significativo en el tiempo en la luz (96,9 vs. 66,2 s; P<0,05) del DLB y una disminución en el tiempo de latencia (31,9 vs 66,2 s; P<0,05) en el FST. Todos estos resultados sugieren una conducta ansiolítica en respuesta al infarto de miocardio. No se hallaron diferencias significativas que sugieran depresión o trastornos de memoria. En la prueba de rotarod hubo un aumento significativo en el tiempo hasta caer de los ratones infartados a 14 revoluciones por minuto, pero no a 26 revoluciones por minuto.

0171. ALTERACIONES PROATEROGÉNICAS EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CELÍACA E IMPACTO DE LA DIETA LIBRE DE GLUTEN.

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Walter Francisco TETZLAFF (1) | Adriana BOTTERO(2) | Daniela NEDER(2) | Ezequiel LOZANO CHIAPPE(1) | Maria Luz MUZZIO(3) | Maria Gabriela BALLERINI(4) | Fernando BRITES(1) | Laura BOERO(1)

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA) (1); Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan (2); Hospital Churruca - Visca (3); Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez (4)

Introducción: Existe evidencia creciente que la enfermedad celíaca (EC), tanto en adultos como en niños, se asocia con factores de riesgo aterogénico no tradicionales y, en consecuencia, con mayor riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. En este contexto, las HDL constituyen la única fracción antiaterogénica, siendo la inhibición de la oxidación de las LDL una de sus funciones principales. Esta capacidad depende de varios componentes asociados a HDL, como la enzima antioxidante paraoxonasa. Por otro lado, la fosfolipasa A2 asociada a lipoproteínas (Lp-PLA2), cuya función principal es hidrolizar los fosfolípidos oxidados de las LDL, formando derivados proinflamatorios en el ateroma, es un biomarcador inflamatorio específico vascular.

Objetivos: 1) Evaluar la relación entre la EC y la presencia de factores de riesgo aterogénico en niños recientemente diagnosticados en comparación con controles, y 2) analizar el efecto de la dieta libre de gluten (DLG) luego de 6 meses de tratamiento.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 31 niños con EC y 31 controles. Diecisiete de los niños con EC completaron la DLG durante 6 meses. Se determinaron los niveles plasmáticos de ácido fólico, vitamina B12, triglicéridos, colesterol (C) total, C-HDL, C-LDL, apo A-I y B, glucosa y proteína C reactiva ultrasensible (PCRus), por métodos estandarizados. Se calculó el índice apo B / apo A-I. La actividad de paraoxonasa se evaluó empleando dos sustratos: paraoxón (actividad paraoxonasa) y fenilacetato (actividad arilesterasa). La actividad de la Lp-PLA2 se evaluó mediante ensayo radiométrico desarrollado. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados: Al observarse diferencias significativas en la edad y el sexo entre niños con EC y controles, el análisis estadístico se realizó ajustando por edad y sexo. Los niños con EC presentaron menor concentración plasmática de ácido fólico (p <0,01) y vitamina B12 (p <0,01), mayor cociente apo B / apo A-I (p <0,05), menor actividad arilesterasa (p <0,05) y mayor actividad de Lp-PLA2 (p <0,05) en comparación con los controles. Cabe destacar que los niveles de PCRus fueron similares en ambos grupos. Más aún, el C-HDL mostró una disminución no significativa en los pacientes respecto a los controles (44±13 vs. 47±9 mg/dl), observándose un aumento estadísticamente significativo luego de 6 meses de una DLG (42±9,7 vs. 46±11 mg/dl, p<0,05).

Conclusiones: Los niños con EC, respecto del grupo control, presentan: a) una menor actividad de la enzima arilesterasa, indicativo de un deterioro en la capacidad de las HDL para inhibir la oxidación de las LDL, b) una mayor actividad de Lp-PLA2, que reflejaría presencia de inflamación específica vascular, sin encontrar evidencia de inflamación sistémica, y c) un mayor índice apo B / apo A-I de alto valor predictivo para enfermedad cardiovascular. Por otro lado, la adherencia de los pacientes con EC a la DLG, luego de 6 meses de tratamiento, se asocia a un incremento de la concentración plasmática de HDL, en la cual el deterioro inicial de su capacidad antiaterogénica podría comenzar a revertirse, disminuyendo así el riesgo potencial de enfermedad cardiovascular desde edades tempranas de la vida.

0172. OBSERVACIONES PRAGMATICAS A PARTIR DEL REGISTRO DE EVALUACION CARDIOLOGICA POST-COVID-19. PARTE 1: PREVALENCIA DE ALTERACIONES CARDIOLOGICAS.

Covid-19 / Cardiología Clínica

Graciela Aurora RUIZ | Silvia Susana MAKHOUL | María Teresa CARNUCCIO | Alejandro Jose PELLEGRINI | Graciela PEREZ PRADOS | Simón Mario SALZBERG | Julia Amanda ZARATE | Paola TOMBESI

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: En la pandemia por COVID-19, tempranamente llamó la atención la persistencia de diversos síntomas más allá de la etapa aguda de la infección. Simultáneamente con el pico de la primera ola de la pandemia en la Ciudad de Buenos Aires (2020) , nuestro centro habilitó un consultorio para realizar la evaluación cardiológica clínica post-COVID, de manera ambulatoria y a partir de los 30 días del momento del alta.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia de alteraciones cardiológicas "de novo" (HDN) en la población recuperada de COVID-19 mediante una secuencia básica de evaluación cardiológica. 2) Determinar variables clínicas asociadas a HDN.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes (ptes) que cursaron COVID-19 confirmado por PCR (+), hospitalizados o de curso domiciliario que concurrieron de manera ambulatoria a un consultorio partir de los 30 dias post-alta de COVID. Se realizó entrevista personal: interrogatorio, examen físico, rutina de laboratorio, proteína C reactiva y ECG. Se solicitaron ecocardiograma y biomarcadores cardíacos. Otros estudios complementarios (Holter, RMI, CCG) fueron solicitados en función de los resultados previos. Se consideró HDN a la detección alteraciones cardiológicas en ptes sin cardiopatía previa conocida o a la progresión de enfermedad cardiológica conocida. Se describe la prevalencia de HDN.Se compararon distintas variables en el grupo con y sin HDN. Se estableció un modelo de variables independientemente asociadas a HDN mediante un análisis multivariado.

Resultados: Entre los meses de agosto del año 2020 y diciembre de 2021, fueron evaluados 246 ptes post-COVID (edad: 52±13 años; mujeres: 47.8%; etnia blanca: 60.6%; sobrepeso u obesidad: 79%; algún antecedente patológico: 71.5%; cardiopatía previa: 15.4%; curso de COVID con hospitalización: 78.8%; Covid leve: 37%, Moderado: 39%, Grave: 24%; lapso entre el alta y la evaluación post-COVID: 68±42 días). Se detectaron HDN en 62 ptes (25.2%). En 42 ptes (17%) se detectaron trastornos del ritmo (taquicardia sinusal en 25 (en 20 pts como único hallazgo), bradicardia sinusal en 3, arritmia ventricular en 18, fibrilación auricular/arritmia supraventricular en 6 y trastornos de conducción de 8 ptes), disfunción ventricular en 20 pts (8%), TEP post-COVID en 10 ptes. Seis ptes (2.4% de los ptes evaluados, 10% de los ptes con HDN,) debieron ser re-hospitalizados.La comparación entre ptes con y sin HCD muestra: Edad: 56.9±14 vs 50.3±12, p<0.001; Mujeres 43.5% vs 49.4%, p 0.46; Antecedentes patológicos: 79% vs 69%, p 0.13; Cardiopatía previa 19.4% vs 14%, p 0.32; COVID leve: 37% vs 37%, p 1; COVID moderado: 35.5 vs 40.2, p 0.54; COVID grave: 27.4 vs 22.8, p 0.49; Complicación cardiológica intra-COVID: 30.6% vs 14.1%, p <0.01. Otras variables relacionadas fueron los antecedentes de HTA, diabetes y EPOC. En el análisis multivariado, la complicación cardiológica intra-Covid (OR: 2.86-IC:1.24-6.54), EPOC (OR: 3.20-IC:1.02-9.99) e Intervalo QTc (OR:5.10- IC:1.91-13.63) se asociaron independientemente a HCD.

Conclusiones: 1) La evaluación cardiológica post-COVID mostró hallazgos anormales en una cuarta parte de la población estudiada. Sin embargo, sólo el 2% presentó una trascendencia clínica mayor. La relación causal entre cardiopatía y COVID-19 previo no puede ser fehacientemente afirmada. 2) La detección de HDN no se asoció a la gravedad del COVID-19 pero si a algunas variables clínicas como la complicación cardiológica intra-COVID y el antecedente de EPOC.

0176. DUPLICACIÓN DEL RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS INDIVIDUOS NORMOTENSOS SAL SENSIBLES

Hipertensión Arterial

Ramiro SÁNCHEZ | Agustin J DR RAMIREZ

Fundación Favaloro

Introducción: La hipertensión sensible a la sal es una condición heredo familiar caracterizada por la incapacidad de mantener el sodio corporal en un nivel normal. Previamente hemos reportado que esta población de hipertensos, ante una sobre carga de sal, presenta una reducción de la fracción de filtración renal (FF), resultante de una respuesta vasodilatadora renal disminuida, que conlleva a una reducción en la excreción renal del sodio. Los hipertensos no sensibles presentan un nivel de actividad renínica plasmática elevado y una reducida actividad de péptidos vasodilatadores.

Tabla 1: Perfil en Sujetos Sal Sensibles (SS) y en Sal Resistentes (SR)

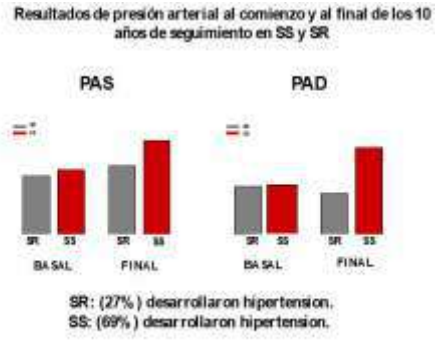
	ARP (ng.ml.h)	FAB (ml.100grs.min)	FAB Max (ml.100grs.min)	RVAB (AUC)	RVAB Min (AUC)	MicroAlb (µg.min)
SR	2.1±0.6	5.2±1.0*	34±7*	18±7	1.8±0.3	12±4
SS	3.6±0.5	4.4±0.8	18±5	28±6*	2.8±0.6*	53±3*

ARP: Actividad de Renina Plasmática; FAB: Flujo en Anté Brazo; FAB Max: Flujo en Ante Brazo Máximo; RVAB: Resistencia Vascular en Antebrazo; RVAB Min: Resistencia Vascular en AnteBrazo Mínima; MicroAlb: Microalbuminuria.
*: p menor de 0.01.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue determinar el riesgo de desarrollar hipertensión arterial en el mediano a largo plazo de hijos de hipertensos con normotensión (NT) que son sal sensibles (SS) con respecto a aquellos sal resistentes (SR) y categorizar el tono vascular mediante la pletismografía arterial.

Materiales y Métodos: Se siguió, durante 10 años, a 77 sujetos NT: 41 con SS (28±9 años, 20 mujeres) y a 36 SR (25±6 años; 16 mujeres), que mantuvieron un consumo menor a 5grs de ClNa/día. A cada individuo se le realizó, al comienzo del estudio, mediciones de la actividad de renina plasmática (ARP), microalbuminuria de 24hs (mAlb) y del flujo sanguíneo y resistencia vascular del antebrazo, en condición basal, y luego de 10 minutos de isquemia (equipo Hokanson EC-10, USA). El sodio urinario de 24hs se midió por duplicado anualmente. También se midió el Filtrado Glomerular (FG, Clearance de Inulina) y el Flujo Plasmático Renal (FPR, Clearance de Para-aminohipurato) y se calculó la fracción de filtración renal (FF), como la relación: FPR/FG, al comienzo del estudio. La SS fue determinada: por una elevación de la PA mayor a los 10mmHg al pasar de una dieta de 10 mmol de Na+, por 7 días, a una de 260 mmol de Na+, por otros 7 días, y por la ausencia de reducción de la FF luego de los cambios en la ingesta de sodio. Si no se cumplían estos parámetros, se los consideró SR. La presión arterial fue registrada, por triplicado, al inicio y cada 3 meses, por seguridad, con un equipo automático (Critikon, USA). En cualquier momento del estudio, ante valores de presión arterial igual o mayor a 140/90mmHg el individuo fue discontinuado del estudio al considerarse como objetivo final del estudio. Los datos se presentan como media ± DS. Se utilizó para el análisis estadístico el test de ANOVA y de Sheffé para el cálculo de significancia, considerándose significativa una p: <0.05.

Resultados: Los individuos sal sensibles elevaron la presión arterial a partir de 3 años de seguimiento. De los 41 individuos SS solamente 14 permanecieron normotensos al final de los 10 años de seguimiento (Fig. 1) mientras que todos los SR permanecieron normotensos (p<0.01), Luego de 10 minutos de isquemia en el antebrazo, los individuos SS tuvieron un flujos sanguíneo máximo reducido con resistencias vasculares mínimas elevadas, comparado con aquellos SR (p<0.01; Tabla I) siendo los niveles de ARP y mAlb significativamente más altos que en los sujetos SR.



Conclusiones: Los individuos sal sensibles duplicaron la presencia de hipertensión arterial dado que hubo una aceleración en la aparición de hipertensión arterial. Desde el punto de vista fisiopatológico, los individuos sal sensibles presentaron un tono vascular incrementado y una ausencia de dilatación vascular periférica post isquémica, sugiriendo un daño vascular prematuro.

0178. EVALUACIÓN DE PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE MINOCA

Síndrome Coronario Agudo / Enfermedad Coronaria

Franco Nicolas BALLARI | Agustina SCIANCALEPORE | Juan Pablo COSTABEL

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El infarto de miocardio sin obstrucciones coronarias significativas (MINOCA), es una entidad con mucho protagonismo en la literatura médica, sin embargo no contamos con datos locales del tema. En registros de la población con infarto de miocardio (IAM), su prevalencia se encuentra entre el 5% y el 10%. Existen múltiples mecanismos que generan MINOCA y el manejo de estos pacientes varía según su fisiopatología. También es importante descartar otros diagnósticos diferenciales como el síndrome de Takotsubo y la miocarditis. Por estos motivos es necesaria una evaluación minuciosa por un equipo médico multidisciplinario especializado. Con este objetivo, en nuestro centro se creó la clínica de pacientes con sospecha de MINOCA en septiembre de 2020.

Objetivos: Describir la prevalencia y las características de los pacientes con sospecha de MINOCA en un centro monovalente de Cardiología. Objetivo secundario: Describir el seguimiento de los pacientes y la prevalencia y característica de aquellos con diagnóstico definitivo de MINOCA

	Sosp de MINOCA (55)	IAM (542)	p
Edad	62±13	67±11	<0.01
IMC	25±4	28±4	<0.01
Sexo Masculino (%)	14 (25)	441 (81)	<0.01
Diabetes (%)	1 (1.8)	134 (30)	<0.01
Hipertensión (%)	23 (41)	311 (71)	<0.01
Dislipemia (%)	24 (43)	298 (68)	<0.01
Tabaquismo/Ex (%)	23 (41)	287 (65)	<0.01
Antecedentes HF (%)	8 (14)	103 (28)	<0.01
Dias de internación	3 (2-4)	3 (3-5)	<0.01

MINOCA, infarto de miocardio sin obstrucciones coronarias; IAM, infarto agudo de miocardio; IMC, índice de masa corporal; HF, heredofamiliares.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, a partir de datos consignados en historia clínica electrónica de pacientes internados en el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes que cursaron internación por IAM entre 09/20 y 12/22. Se definió IAM según la cuarta definición universal. Pacientes con sospecha de MINOCA: aquellos con infarto sin obstrucciones coronarias y pacientes con MINOCA definitivo: luego de excluir otras causas.

Resultados: En el período evaluado se internaron 597 pacientes con diagnóstico de IAM. 55 (9.2%) egresaron con diagnóstico de sospecha de MINOCA. Al analizar las características de estos, encontramos un promedio de edad de 62 años con índice de masa corporal de 25. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, 23 (41%) tenían hipertensión arterial y la misma cantidad era tabaquista (actual o previo); 24 pacientes (43%) tenían dislipemia y 1(2%) era diabético. Los pacientes estuvieron internados una mediana de 3 días y presentaron un primer dosaje de troponina de 62, con una segunda muestra de 87. Al comparar estos datos con los de la población con IAM con obstrucciones coronarias encontramos diferencias significativas en todas ellas (Tabla 1). Se detectaron 8 disecciones coronarias en los pacientes con sospecha de MINOCA, en una de las cuales se colocó un stent. 34 pacientes (62%) fueron seguidos luego del alta en la clínica de MINOCA mientras que 21 (38%) no concurrieron al control pautado. A 28 de ellos se les realizó resonancia magnética cardíaca, a 4 cámara gamma con medición de reserva de flujo coronario y a 11 angiotomografía coronaria. Luego de la evaluación realizada, se concluyó que 23 pacientes (68%) tuvieron diagnóstico final de MINOCA, 4 (11%) miocarditis, 4 (11%) Takotsubo y 3 (8%) permanecieron con diagnóstico desconocido. Hubo 3 reinternaciones (8%), 1 de ellos por angina y 2 por infarto de miocardio. Todos los episodios se produjeron dentro del mes del evento índice y no hubo casos de muerte cardiovascular.

Conclusiones: La población de pacientes con sospecha de MINOCA internada en ICBA en el período estudiado es más joven, con menor presencia de factores de riesgo cardiovascular e internaciones más breves que los pacientes con infarto de miocardio y lesiones coronarias. El seguimiento de estos por un equipo multidisciplinario es muy importante ya que nos permite llegar al diagnóstico final y de esta manera adaptar el tratamiento. Por todo lo dicho anteriormente y dada la gran cantidad de pacientes que no concurrieron al control post alta,es necesario crear una estrategia para evitar la pérdida de estos en el seguimiento.

0179 - OBSERVACIONES PRAGMATICAS A PARTIR DEL REGISTRO DE EVALUACION CARDIOLOGICA POST-COVI

COVID 19

Graciela Aurora RUIZ | Silvia Susana MAKHOUL | María Teresa CARNUCCIO | Brenda MANGARIELLO | Enrique DR GAYET | Simón Mario SALZBERG | Patricia Carmen GITELMAN | Ana SUAREZ

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Al inicio de la pandemia por COVID-19 no se contaba con guías relacionadas con la evaluación cardiológica adecuada post-COVID. Se sugirió realizar un examen cardiológico básico, seguido por otros métodos diagnósticos si fueran necesarios, aún en pacientes (ptes) jóvenes ó con COVID-19 leve. En el informe previo observamos hallazgos cardíacos "de novo" (HDN) en 25% de la población evaluada post-COVID-19 a partir de los 30 dias del alta.

Objetivos: Evaluar el valor diagnóstico de la historia clínica (HC) para el diagnóstico de HCD post- COVID-19.

	Sensibilidad	Especificidad	Valor Predictivo (+)	Valor predictivo (-)
Masculino	0,58	0,50	0,28	0,78
Etnia Caucásica	0,63	0,40	0,26	0,76
Cualquier Antec.	0,79	0,32	0,28	0,82
Cardiopatía Previa	0,23	0,87	0,37	0,77
Diabetes	0,29	0,89	0,46	0,79
EPOC	0,16	0,94	0,48	0,77
>= 2 factores riesgo	0,29	0,90	0,49	0,79
COVID leve	0,37	0,63	0,25	0,75
COVID grave	0,27	0,77	0,29	0,76
CC intra-COVID	0,34	0,87	0,47	0,80
Síntomas Cardiológicos	0,52	0,59	0,30	0,78
Disnea (Disf. VI)	0,61	0,75	0,16	0,96
Palpitaciones (Arritmia)	0,17	0,92	0,29	0,85

Materiales y Métodos: Se incluyeron ptes post- COVID-19 confirmado por PCR positiva. El examen cardiológico consistió en entrevista presencial, examen físico, ECG, ecocardiograma y biomarcadores cardíacos. En la HC se recabaron datos demográficos y antropométricos, antecedentes, características de la etapa aguda de la infección y síntomas actuales. Se calcularon la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de datos de la HC.

Resultados: Se evaluaron 246 ptes (edad: 52±13 años, 48% mujeres, 61% caucásicos, hospitalizados 79%, COVID leve 37%, grave: 24%). Tabla 1- CC intraCOVID= complicación cardiológica intra-COVID; disf. VI= disfunción del ventriculo izquierdo. De los 62 pts con HDN, el primer método diagnóstico cuyo resultado anormal llevó al diagnóstico final fue el interrogatorio en 33pts, el examen físico en 12, el ECG en 14, el ecocardiograma en 2 y el pro-BNP en 1.

Conclusiones: 1) Los datos de la HC mostraron una baja sensibilidad y escaso valor predictivo positivo. El antecedente de EPOC, diabetes y de CC intra-COVID (incluyendo TEP) fueron muy específicos. 2) Dentro de la secuencia clínica, el interrogatorio fue el primer método en despertar una sospecha en el 62% de los ptes con HCD.

0181. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DIFERENTES TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO. 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

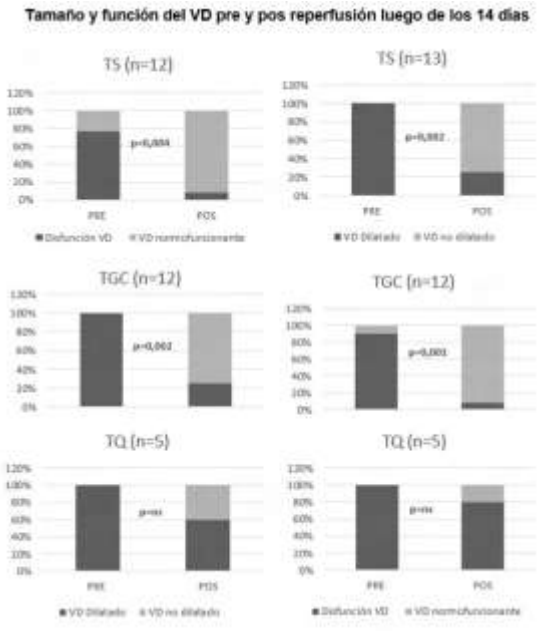
Cardiología Intervencionista y Estructural / Enfermedad Vascular Pulmonar

Mateo IWANOWSKI | Jorge Alberto BILBAO | Jose María BONORINO | Renzo Eduardo MELCHIORI | Nicolás Arturo TORRES | Emilia Macarena SPAINI | Horacio Enrique FERNÁNDEZ | Sergio Juan BARATTA

Hospital Universitario Austral

Introducción: Los pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) hemodinámicamente inestables son candidatos para recibir trombólisis sistémica (TS), sin embargo la terapia guiada por catéter (TGC) o la trombectomía quirúrgica (TQ) pueden también ser consideradas, aunque con menor nivel de evidencia. Existe información limitada en nuestro medio, respecto de cuál es el mejor método de reperfusión en esta población.

Variables	Total (n=50)	TS (n=22)	TGC (n=21)	TQ (n=7)	Valor de p
Tiempo de internación (días)	10 (RIC 7-18)	8.5 (RIC 7-15)	10 (RIC 6.5-15)	22 (RIC 15-34)	0.02
ARM	40% (20)	18.1% (4)	42.8% (9)	100% (7)	0.0002
Sangrado Menor (BARC<3)	14% (7)	18.1% (4)	9.5% (2)	14.2% (1)	0.72
Sangrado mayor (BARC >=3)	14.0% (7)	9% (2)	4.7% (1)	57.4% (4)	0.001
Mortalidad intrahospitalaria	18% (9)	9.0% (2)	28.5% (6)	14.2% (1)	0.25



Objetivos: Realizar un análisis descriptivo sobre las distintas terapias de reperfusión en el tromboembolismo pulmonar agudo y determinar su efectividad y seguridad

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo sobre un registro prospectivo unicéntrico de pacientes internados con TEP entre los años 2006 y 2021, que hayan requerido terapia de reperfusión. Analizamos la evolución intrahospitalaria y en el seguimiento luego de 14 días.

Resultados: Sobre un total de 399 pacientes con TEP, 50 recibieron terapia de reperfusión y fueron incluidos en nuestro análisis. Edad promedio 64.5 años (rango: 53-72 años), sexo femenino 46%. Los métodos de reperfusión utilizados fueron TS: 44%, TGC: 42% y TQ: 14%. Todos los pacientes presentaron dilatación del ventrículo derecho (VD) y elevación de troponinas. La mortalidad intrahospitalaria fue del 18%. Las tasas de sangrado mayor y menor entre TS, TGC y TQ fueron 9.0% vs. 4.7% vs. 57.4% (p=0.001) y 18.1% vs. 9.5% vs. 14.2% (p=ns), respectivamente. Durante el seguimiento luego de los 14 días, solo la TGC y la TQ mostraron reducción de los valores de presión sistólica en la arteria pulmonar mientras que la TS y la TGC mostraron reducción de los diámetros del VD y mejoría de su función.

Conclusiones: En esta población de pacientes con TEP y alta tasa de mortalidad intrahospitalaria, no se observaron diferencias en términos de efectividad entre las distintas terapias de reperfusión. La TGC y la TS tuvieron similares tasas de sangrado mayor y menor. La TGC y la TQ podrían ser considerados métodos de reperfusión alternativos, especialmente cuando la TS está contraindicada.

0182. VARIABILIDAD DEL INTERVALO VA EN LA INDUCCIÓN DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR. UN NUEVO CRITERIO PARA DIFERENCIAR LA TAQUICARDIA ORTODRÓMICA DE LA TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL ATÍPICA.

Arritmias y Electrofisiología

Claudio León HADID (1) | Leonardo CELANO(1) | Darío Carlos DI TORO(2) | Edgar ANTEZANA-CHAVES(1) | Sebastian GALLINO(3) | Gustavo IRALDE(4) | Leonardo ATEA(5) | Carlos David LABADET(1)

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (1); CEMIC (2); Sanatorio Concordia (3); Cardiovascular Chivilcoy (4); Sanatorio del Salvador (5)

Introducción: El diagnóstico diferencial entre la taquicardia ortodrómica por reentrada auriculoventricular (TRO) y la taquicardia por reentrada nodal atípica (TRNa) puede ser dificultoso. Un diagnóstico correcto es de vital importancia para planificar la estrategia terapéutica curativa (por ej. la aparición de ritmo unional durante la aplicación de radiofrecuencia es predictor de éxito en la ablación de TRNa y predictor de bloqueo AV en la ablación de TRO). Nuestra hipótesis es que las TRNa tienen más variabilidad en el tiempo de conducción retrógrada en los primeros latidos después de la inducción de taquicardia que las TRO.

Objetivos: Los objetivos del estudio fueron evaluar la variabilidad en el tiempo de conducción retrógrada al inicio de la taquicardia en TRNa y TRO, y proponer una nueva herramienta diagnóstica para diferenciar estos dos mecanismos de taquicardia supraventricular.

Materiales y Métodos: Se midió el intervalo VA de los primeros latidos tras la inducción de la taquicardia, hasta que se estabilizó. La diferencia entre los intervalos VA máximo y mínimo se definió como DeltaVA. También contamos el número de latidos necesarios para que se estabilice el intervalo VA. Se excluyeron las taquicardias auriculares. Las variables continuas se expresan como mediana e intervalo intercuartilo (25%-75%). Las comparaciones se realizaron con el test de Mann-Whitney. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes. Se diagnosticó TRO en 64 pacientes y TRNa en 37. Todas las TRNa tuvieron variabilidad del intervalo VA frente al 50% de las TRO. El DeltaVA fue 0 (0-5) ms en TRO frente a 40 (21-55) ms en TRNa ($p <0,001$). (Figura 1) El intervalo VA se estabilizó significativamente antes (en menos latidos) en TRO (1.5 [1-3] latido) que en TRNa (5 [4-7] latidos; $p <0,001$). Un DeltaVA con un valor de corte <10ms diagnosticó TRO con 100% de sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo. (Figura 2) La estabilización del intervalo VA en menos de 3 latidos predijo TRO con una sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de 64,1%, 94,6%, 95,3% y 60,3%; y un área bajo la curva ROC de 0,895. Los resultados fueron similares considerando solo vías accesorias septales (n=33). Un DeltaVA con un valor de corte <10ms diagnosticó TRO con 100% de sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo. La estabilización del intervalo VA en menos de 3 latidos predijo TRO con una sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de 54,5%, 94,6%, 90% y 70%; y un área bajo la curva ROC de 0,857.

Conclusiones: El tiempo de conducción retrograda al comienzo de taquicardia supraventricular es significativamente más variable en TRNa que en TRO. Un DeltaVA <10ms es un nuevo criterio, simple y útil, que distingue con precisión la TRO de la TRNa, sin maniobras adicionales más allá de la inducción de taquicardia.

0186. HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA EN ARGENTINA: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Maria Gabriela MATTA | Benjamin SAENZ | Facundo BLAUTZIK | Agustina CORRAL | Federico PIEDRABUENA | Facundo SAMPAYO | Pablo CORRAL

Facultad de medicina-UFASTA

Introducción: La hipertrigliceridemia severa (HTGS), definida cuando los niveles de triglicéridos superan los 885 mg/dl, es un desorden metabólico con múltiples causas e implicancias terapéuticas. Una vez diagnosticada, el objetivo del tratamiento es reducir el riesgo de pancreatitis, complicación potencialmente fatal. Se desconoce hasta la fecha las características clínicas, sus posibles causas y prevalencia en Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia, describir las características clínicas y causas subyacentes de HTGS.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y observacional utilizando una base electrónica de un hospital provincial con pacientes ambulatorios e internados. Desde enero de 2018 a diciembre de 2021, se detectó todo paciente mayor de 18 años con niveles de triglicéridos mayores de 885 mg/dL (10 mmol/L). Sus historias clínicas fueron extraídas y fueron contactados para medidas antropométricas (peso y altura), obtención de variables sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, causas secundarias de hipertrigliceridemia y tratamiento recibido.

Resultados: El número total de participantes analizados fue 16.029; 46 presentaron HTGS representando una prevalencia total de 0.28%; 19 participantes fueron finalmente contactados e incluidos en el análisis (Figura 1). Las características basales se presentan en la tabla 1; la edad media fue de 48.47 (DS ±16) siendo 84.2% de ellos hombres. La mediana de triglicéridos fue de 1821 mg/dL (rango intercuartílo 917-7000 mg/dL) y 17 participantes (84.97%) presentaban hipercolesterolemia (colesterol total > 200 mg/dL). Casi el 50% refirió consumo de alcohol, sin embargo, todos los patrones de consumo fueron clasificados como moderados (hasta 7 tragos por semana en mujeres y hasta 14 en hombres). 55% presentaba obesidad (IMC >= 30 Kg/m2) y 68% diabetes tipo II. Con respecto a los antecedentes de dolor abdominal recurrente y crónico solo 6 participantes (31%) refirió presentar esos síntomas y se registró 1 caso de pancreatitis. Nueve participantes se encontraban en tratamiento farmacológico, 4 con fibratos y 5 con estatinas.

Conclusiones: Se encontró una prevalencia de 0.28% la cual fue más alta de la esperada y reportada en series previas, probablemente esta diferencia se deba al hecho que nuestro estudio incluyo pacientes ambulatorios e internados en un hospital de primer nivel. Por otro lado, se destaca la subutilización de medicación para el tratamiento de esta dislipemia severa con alto riesgo de pancreatitis, a pesar de que más de la mitad presentaba factores de riesgo cardiovasculares.

Variables categóricas n (%)	
Hombres	16 (84.21)
Diabetes	13 (68.42)
Consumo de alcohol	9 (47.37)
Antecedentes de dislipemia familiar	9 (47.37)
Historia de hipertrigliceridemia	8 (42.1)
Dolor abdominal recurrente	6 (31.58)
Dolor abdominal en la infancia	1 (5.26)
Pancreatitis alitiásica	1 (5.26)
Xantomas	0
Fibratos	4 (21)
Estatinas	5 (26)
Variables numéricas	
Edad (Media±DS)	48.47 ±16
IMC Kg/m² (Mediana, RIC)	31 (21-45)
Hemoglobina glicosilada (Media±DS)	9.3 ± 2.8
Colesterol total, mg/dL (Mediana, RIC)	282 (166-721)
Colesterol HDL, mg/dL (Media±DS	31 ±5.8
Trigliceridos, mg/dl (Mediana, RIC)	1821 (917-7000)

0189. "PROGRAMA DE ECOCARDIOGRAFIA FETAL EN CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS (GRAVES) EN LA CIUDAD DE BARILOCHE. SOBREVIDA DE LOS PACIENTES "

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto

Daniel José ABRIATA (1) | Rodrigo ALBERO(2) | Maria Moira ZAMPACH(3) | Mariano TREVISAN(2) | Marina ROMERO VILLAFAÑE(2) | Jorge Oscar GRILLI(1)

Hospital Privado Regional Del Sur (HPR) De Bariloche (1); Sanatorio San Carlos (2); Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramon Carrillo" (3)

Introducción: Dado que el centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal más cercano a la ciudad de Bariloche se encuentra a ~2000 km es de suma importancia la pesquisa fetal de cardiopatías congénitas que requerirán tratamiento urgente en los primeros días de vida.

Objetivos: Evaluar el efecto e implicancias del programa de ecocardiografía fetal en la sobrevida de los pacientes dentro del programa de ecocardiografía fetal implementado en la ciudad de Bariloche con foco en las cardiopatías congénitas complejas (graves)

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional en el que se analiza la base de datos de los autores de mayo 2008 a mayo 2019 (11 años) donde se registraron prospectivamente los datos detallados a continuación.

Resultados: . Se realizaron 804 estudios. Se diagnosticaron 17 casos intrautero, que se consideraron cardiopatías complejas graves, las cuales excedían la complejidad en cardiología neonatal de los servicios de Neonatología de la ciudad:. sindrome de corazón izquierdo hipoplasico 4 (23%). tumor cardiaco 2 (12%). coartacion de aorta 2 (12%). ventrículo único 2 (12%). estenosis pulmonar severa 2 (12%) .doble arco aórtico 1 (5%). atresia tricuspidea 1 (5%). tetralogía de Fallot 1 (5%). anomalía de Ebstein 1 (5%). sindrome de Marfan 1 (5%) Se derivó, antes del parto, a centro de alta complejidad en Cardiologia Neonatal por vía aérea (avión de línea comercial) a 17 pacientes . Derivación adecuada (neonatos que requirieron acción de alta complejidad en Cardiología Neonatal): 14 p (1.74% del total de pacientes del estudio y 82% de los pacientes con diagnostico considerado cardiopatías complejas). De los 14 pacientes con casos de cardiopatías congénitas complejas/graves propiamente dichas se determinó que la supervivencia al año fue del 15% (vivos 2 pacientes: atresia tricuspidea 1 p, sindrome de corazón izquierdo hipoplasico 1 p) habiendo fallecido dentro del año de vida el 85% (12 pacientes). Como referencia, en el mismo período del estudio, la base de datos mostró que la supervivencia al año de los pacientes que presentaron cardiopatía congénita compleja de diagnóstico en el período neonatal (y que no había pasado por el tamiz del ecocardiograma fetal ya que la mayoría no presentaba indicación de ecocardiograma fetal) fue de 60%.

Conclusiones: En esta serie, la supervivencia al año de las cardiopatías congénitas complejas detectadas intrautero vs la supervivencia de las cardiopatías congénitas complejas detectas en el periodo neonatal fue considerablemente más baja, reflejando el peor pronóstico general asociado a malformaciones extracardiacas o la magnitud de las alteraciones cardíacas factibles de ser detectadas por un ecográfista obstétrico general.

0190. CAMBIOS EN EL SISTEMA DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO C Y EN EL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN UN MODELO DE OBESIDAD

Hipertensión Arterial / Investigación Básica

Damián Ariel SORIA | Rosana ELESGARAY | Hiun Yin LEE | Ana María PUYO | Analia TOMAT | Mariela GIRONACCI | Cristina Teresa ARRANZ | Carolina Cecilia CANIFFI

Universidad de Buenos Aires

Introducción: El sobrepeso y la obesidad tienen una alta prevalencia en nuestro país y constituyen uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. El músculo esquelético es uno de los principales tejidos que participa en la regulación del balance energético y el metabolismo intermedio, sin embargo ha sido escasamente evaluado entre los tejidos involucrados en el aumento de presión arterial en la obesidad. Más aún, poco se conoce sobre el efecto de la obesidad sobre los sistemas de péptidos natriuréticos y renina angiotensina en el músculo esquelético.

Objetivos: Evaluar la expresión del péptido natriurético tipo C (CNP) y sus receptores (NPR) tipo B y C, y de los receptores tipo 1 y 2 de angiotensina (AT1R y AT2R) en el músculo esquelético de ratas obesas previo al aumento de presión arterial.

Materiales y Métodos: Diseño experimental: Ratas Wistar macho recibieron, aleatoriamente, dieta estándar (16% de calorías provenientes de grasas) o alta en grasas (HFD, 60% de calorías provenientes de grasas), desde el destete hasta la semana 14 de vida. Al finalizar el período experimental, los animales fueron pesados y se midió la presión arterial sistólica (PAS, tail cuff). Posteriormente, fueron sacrificados (decapitación). Se extrajeron, pesaron, y procesaron ambos músculos sóleos para determinar: expresión de CNP, NPR-B y NPR-C (mediante RT-qPCR) y de CNP, AT1R y AT2R (inmunohistoquímica). Los resultados se expresan como media±error estándar de la media. Análisis estadístico: Student test (n=8 ratas/grupo; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 vs dieta estándar).

TABLA1	Dieta estándar	HFD
Peso corporal$_{14 semanas}$(g)	492,3±9,5	553,4±8,0***
PAS$_{14 semanas}$(mmHg)	127,2±3,4	131,6±1,1
Músculo esquelético/tibia(g/cm)	49,9±1,4	50,1±0,7
CNP/GAPDH	1,33±0,20	0,59±0,11**
CNP (% área marcada)	27,7±2,37	18,1±2,25*
NPR-B/GAPDH	3,16±0,41	3,64±0,22
NPR-C/GAPDH	0,59±0,05	0,87±0,07**
AT1R (% área marcada)	5,58±0,67	8,66±0,63**
AT2R (% área marcada)	7,41±2,25	5,82±0,43

Resultados: El grupo HFD mostró aumento del peso corporal, sin cambios en la PAS a las 14 semanas de vida. El peso del músculo esquelético no mostró diferencias entre el grupo alimentado con dieta estándar y el grupo HFD. Sin embargo, disminuyó CNP y aumentaron NPR-C y AT1R en el músculo de HFD en comparación con el grupo que recibió dieta estándar (Tabla 1).

Conclusiones: El aumento del peso corporal en las ratas que consumieron una dieta hipercalórica se acompañó de cambios en la expresión de componentes de ambos sistemas evaluados. El aumento de AT1R en el músculo esquelético se acompañó de disminución del contenido de CNP y aumento de su receptor de depuración, el NPR-C, en las ratas obesas. Estos cambios podrían estar involucrados en el desarrollo y/o mantenimiento de alteraciones cardiovasculares y/o metabólicas en la obesidad.

0191. COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO PEDIÁTRICO (PIMS) ASOCIADO A COVID19

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Covid-19

María Cecilia CASTELLANOS | Ana Laura CIOTTI | Mariana FERNANDEZ | Roberth VÁSQUEZ OSINAGA | Antonia Marcela DENARO | Gabriela Romina DAL FABBRO | Salvador DIOLOSA | Patricia KAZELIAN

Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Introducción: Desde la identificación de un nuevo coronavirus causante de la enfermedad que se denominó COVID19, se reportaron casos de Síndrome Inflamatorio Multisistémico pediátrico asociado a COVID19 (PIMS) con distintos grados de severidad, pudiendo llegar al shock. Uno de los criterios diagnósticos de PIMS establecidos por la OMS es la existencia de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis, anomalías coronarias y alteración de valores de enzimas cardíacas

Variable n=17	Shock	No Shock
n° de p (%)	5 (29)	12 (71)
Edad	9.8 (1.9-14.6)	4.08 (3.08-9.08)
Troponina I aumentada	3	7
Nt-pro BNP aumentado	5	11
ECG patológico(n)	4	0
Ecocardio patológico	5	3
Días de UTIP Días totales de internación	14 (10-17) 21 (15-29)	6 (4-11) 8 (4-13)

Tabla 1: Análisis de Variables según la presentación clínica en pacientes con PIMS

Objetivos: PRIMARIO: Describir el compromiso cardiológico en pacientes (p) con diagnóstico de PIMS atendidos en un hospital público y general. SECUNDARIOS 1) Describir las características de la población evaluada.2) Describir la evolución de los p que presentaron alteraciones cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Serie de casos. Revisión de HC de p internados entre 1/3/20 al 1/7/21. Criterios de inclusión: Diagnóstico de PIMS. Criterios de exclusión: Diagnóstico diferencial de otra patología similar a PIMS. VARIABLES ANALIZADAS: 1) poblacionales, epidemiológicas, presentación clínica y cardiológica 2) electrocardiográficas 3) ecocardiográficas 4) laboratorio 5) tratamiento y evolución al alta y en su seguimiento alejado. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Las variables categóricas se presentan con medidas de frecuencia absoluta. Las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión (mediana – rango).

Resultados: Se diagnosticaron 17p con PIMS. 10p sexo masculino. Mediana de edad 5 años (1-14) Comorbilidades: 2 enfermedad respiratoria y 2 obesidad. Serología positiva 16 p y 1 nexo epidemiológico positivo.Tratamiento:16 p gammaglobulina y 8 p corticoides. La mediana de internación fue de 8 días (4-29). 10 p requirieron internación en TIP con una mediana de estadía de 10 días (4–17). HALLAZGOS CARDIOVASCULARES De los 17 p, 5 tuvieron hipotensión y shock entre el día 5-7.En electrocardiograma: 3p trastornos de repolarización y 1p PR corto. Ecocardiograma (eco) inicial: 9p normal y 8p patológico: disfunción ventricular izquierda, Insuficiencia mitral (IM) leve y derrame pericárdico leve. Ninguno compromiso coronario. En todos los p se constató aumento de marcadores cardíacos: 16 p NT-proBNP y 10p Troponina I. Particularmente los 5 p que presentaron shock tuvieron NT-proBNP aumentado x 60 y Troponina I aumentada x 18. Alteraciones en eco el día 6 (5-8): 3p tuvieron caída de la fracción de eyección (FE) (2 moderada, 1 leve) con derrame pericárdico y/o IM leve al día 9 (7-12), normalización de la FE a los 3 días (1-4) post Gammaglobulina. 2 p tuvieron FE normal: 1 derrame pericárdico leve y 1 IM leve. Los 5 p requirieron ARM mediana 6 días (2-14) e inotrópicos mediana 6 días (2-14) Como complicaciones, 2 p presentaron Insuficiencia renal aguda y 1 p encefalopatía aguda.

Conclusiones: El 47% de los p presentaron algún tipo de compromiso cardíaco. La elevación de enzimas cardíacas estuvo presente en todos los casos. En el subgrupo de p que presentaron shock, la mediana de edad fue superior (9 a) con respecto al resto de los p (4 a) así como la elevación de enzimas cardiacas. Presentaron mayor incidencia de trastornos eléctricos, disfunción ventricular y derrame pericárdico. La recuperación post-tratamiento, tanto clínica, eléctrica como ecocardiográfica, fue rápida y completa. No hubo defunciones, secuelas cardíacas ni complicaciones en el seguimiento alejado.

0192. "PROGRAMA DE ECOCARDIOGRAFIA FETAL EN CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS (GRAVES) EN LA CIUDAD DE BARILOCHE. ANALISIS ECONOMICO"

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto

Daniel José ABRIATA (1) | Rodrigo ALBERO(2) | Maria Moira ZAMPACH(3) | Mariano TREVISAN(2) | Marina ROMERO VILLAFAÑE(1) | Jorge Oscar GRILLI(1)

Hospital Privado Regional Del Sur (HPR) De Bariloche (1); Sanatorio San Carlos (2); Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramon Carrillo" (3)

Introducción: Dado que el centro de alta complejidad en Cardiología Neonatal más cercano a la ciudad de Bariloche se encuentra a ~2000 km es de suma importancia la pesquisa fetal de cardiopatías congénitas que requerirán tratamiento urgente en los primeros días de vida.

Objetivos: . Realizar un análisis económico del programa de ecocardiografía fetal

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional en el que se analiza la base de datos de los autores de mayo 2008 a mayo 2019 (11 años) donde se registraron prospectivamente los datos detallados a continuación.

Resultados: Se realizaron 804 estudios. Se diagnosticaron 17 casos intrautero, que se consideraron cardiopatías complejas graves, las cuales excedían la complejidad en cardiología neonatal de los servicios de Neonatología de la ciudad. Respecto al análisis económico, se detallan los siguiente parámetros de costos: 1) ecocardiograma fetal: 70 U$, 2) derivación avión sanitario UTI neonatal: 12000u$ 3) pasaje en avión de línea: 200 U$. El gasto en esta serie: 804 estudios x 70 U$: 56280 u$. Gasto si los ecocardiogramas fetales se hubieran restringido solo a anomalías ecografía general: 134 estudios x 70 U$: 9380 u$. La derivación en avión de línea de las madres implico un gasto de 3400 U$. De haber nacido en la ciudad de Bariloche, los 14 pacientes derivados correctamente hubiesen implicado un gasto de derivación en avión sanitario de: 168000 U$. En esta serie se logró (para el sistema) un ahorro de 108320 U$ (9847U$ x año); la estategia restringida hubiera ahorrado: 155220 U$ (14110 U$ x año). En un análisis de simulación, la estrategia universal que implicaría ~2000 ecocardiogramas fetales/año resultaría en 4 horas x dia de operador vs el programa de esta serie que resulto en un requerimiento de 0.5 horas x dia de operador. En el análisis económico, la estrategia universal (~2000 nacimientos/año x 70 U$) implicaría un gasto de ecocardiogramas fetales de 140000 U$/año vs la estrategia cero (realización de ningún ecocardiograma fetal) que significaría un gasto en derivación en avión ambulacia de 36000 u$/año (asumiendo una tasa de cardiopatía complejas graves de ~1.5/1000 nacidos vivos, figura que arroja la base de datos de los autores y que coincide con otros reportes de autores argentinos). Estos guarismos permiten inferir que el punto de equilibrio se alcanzaría en ~500 ecocardiogramas fetales por año (1 de cada 4 embarazos) que implicaría 1 hora/día de operador.

Conclusiones: En esta serie, el ecocardiograma fetal demostró ser un método confiable para el diagnóstico de cardiopatías congénitas complejas/graves. Desde el punto de vista económico, la estrategia intermedia efectuada en este programa (estrategia intermedia entre estrategia cero vs estrategia universal) le permitió al sistema medico ahorrar ~ 10000 U$/año al evitar traslados en avión sanitario; la estrategia selectiva (ecocardiograma fetal solo para ecografía obstétrica general anormal) hubiese permitido al sistema ahorrar ~ 14000 U$/año. Una eventual estrategia universal presenta para ser implementada, a pesar de ser la estrategia que permitiría el diagnóstico de todas las cardiopatías complejas, amplias limitaciones logísticas y económicas. Para finalizar, se resalta que estos análisis no cuantifican el stress (tensión emocional y física) de la familia y del equipo de salud, ni la perdida de oportunidad del paciente, parámetros que deberán ser considerados en futuros estudios.

0193. "EVENTOS CARDIOCEREBROVASCULARES MAYORES DE PRESENTACION CERCANA A LA ULTIMA CONSULTA DURANTE UN PLAN DE PREVENCION CARDIOVASCULAR PRIMARIA -GENERALIDADES"

Cardiología Clínica

Daniel José ABRIATA (1) | Mario Exequiel CAMINOS FUNDARO(1) | Mariano TREVISAN(2) | Jorge Luis BOCIÁN(2) | Marina ROMERO VILLAFAÑE(1) | Casandra GODOY(1) | Horacio Aurelio ROMERO(1) | Jorge Oscar GRILLI(1)

Hospital Privado Regional Del Sur (HPR) De Bariloche (1); Sanatorio San Carlos (2)

Introducción: En base a estudios epidemiológicos realizados en la ciudad de Bariloche podemos reafirmar que es crucial la prevención primaria de la manifestación clínica de la enfermedad cardiovascular, dada la alta letalidad de esta patología (incluso en su presentación inicial). Calandrelli y col reportaron que en la ciudad de Bariloche la mortalidad global del IAM fue del 46,2%, ocurriendo el 90% de estos decesos en la forma de muerte súbita

Objetivos: Conocer las características de los pacientes (p) que se encontraban en plan de prevención cardiovascular primaria y que presentaron un evento cardiocerebrovascular mayor (Major Adverse Cardiocerebrovascular Event MACCE) dentro de los siguientes 365 días desde su última visita médica.

Materiales y Métodos: Se realizo un estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se registró prospectivamente y en forma consecutiva a 2698 p, edad: 40-79 años, que acudieron al Servicio de Cardiologia para prevención cardiovascular primaria desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2019; se incluyeron p que consultaron por HTA, dislipidemia o evaluación cardiovascular (chequeo). Paralelamente se realizo un registro prospectivo de la ocurrencia de MACCE en esta cohorte, el registro de MACCE finalizo el 31 de diciembre de 2020; se definió MACCE a la aparición de muerte súbita, angina inestable / infarto de miocardio (SCA) , stroke/tia (ACV), sindrome aórtico agudo (SAO). Para el presente estudio se seleccionaron los casos de MACCE que ocurrieron dentro de los 365 días (1 año) desde la ultima visita. Se recolectaron datos clínicos y de los estudios complementarios. Se definió a control/año a una visita registrada por año calendario .

Resultados: Edad de la población al momento de la inclusión promedio 54.94 años ± 10.27. Genero: 1353 varones (50,14%), 1345 mujeres (49,86%). El motivo de consulta de la primera visita fue: HTA 1369 p (51%), dislipidemia 462 p (17%), evaluación cv 867 p (32%). Realizaron 7334 controles/año. El promedio de controles/año por paciente fue de 2.71±2.83, rango 1-19. Se registraron 49 MACCE, 37 (75%) varones y 12 (25%) mujeres. Edad promedio Varones 60.16± SD 11.35 rango 41-76 años. Mujeres 62,66 ± SD 8.73 rango 40-72 años. Tiempo al MACCE (días) desde la última visita: rango: 3-356 dias, promedio 111.10 dias ± 92.24, mediana 84 días. Los MACCE registrados fueron SCA 25 (51%), ACV 10 (20%), muerte súbita 9 (18%), SAO 3 (6%), takotsubo 2 (4%) Al mes del episodio se hallaban vivos 33 p y fallecieron 16 p, la letalidad del MACCE fue del 33%. De los 25 pacientes con SCA fallecieron en el hospital 3 p (12% letalidad hospitalaria). Asumiendo que los 9 pacientes con muerte súbita fueron SCA, los casos totales de SCA fueron 34 p y la mortalidad del SCA seria 35% (12 p=3 SCA + 9 MS). Tres p con SCA requirieron RCP avanzada por lo que la cuasiletalidad del SCA alcanza 44% (15 p= 3 SCA + 9 MS + 3 RCP). Mortalidad: ACV hemorrágico 50% (2/4 p), ACV isquémico 0% (0/6 p).Mortalidad SAO tipo A 100% (2/2), tipo B: 0% (0/1 p). Mortalidad takotsubo 0% (0/2 p) (pero un paciente requirió RCP avanzada)

Conclusiones: . Las estadísticas establecen que la primera manifestación de enfermedad cardiocerebrovascular puede ser extremadamente grave en términos de mortalidad. En nuestra cohorte, la mortalidad del MACCE se corresponde a lo reportado previamente en nuestra ciudad.

0194. PREDICTORES DE EXTRACCIÓN Y DE MORTALIDAD ALEJADA EN PACIENTES TRATADOS CON FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR

Cardiología Intervencionista y Estructural

Guillermo MIGLIARO (1) | Juan Agustin NOYA(2) | Omar Dario TUPAYACHI VILLAGOMEZ(1) | Brian Nazareth DONATO(2) | Jorge ALLIN(3) | Gustavo Alfredo LEIVA(2) | José Amadeo Guillermo ÁLVAREZ(1)

Hospital Alemán (1); Hospital Británico de Buenos Aires (2); Sanatorio Esperanza (3)

Introducción: Los filtros de vena cava inferior (FVC) constituyen un recurso terapéutico para el tratamiento de pacientes con enfermedad tromboembólica, ya sea tromboembolismo de pulmón (TEP) o trombosis venosa profunda (TVP) que presentan contraindicación de anticoagulación a dosis plenas.

Objetivos: Reportar la tasa de extracción de FVC recuperables colocados y la mortalidad alejada en este grupo de pacientes. Identificar los predictores de extracción de FVC y de mortalidad por todas las causas durante el seguimiento en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se analizaron 739 pacientes consecutivos que fueron tratados con la colocación de un FVC en dos hospitales de comunidad, desde enero del año 2002 hasta diciembre de 2021. Se analizaron las características demográficas, la presentación clínica, el motivo de la contraindicación de la anticoagulación, variables relacionadas al procedimiento y al tipo de dispositivo implantado y la extracción o no de los mismos. Se investigó como objetivo primario (OP) la identificación de predictores de mortalidad por todas las causas durante el seguimiento. Como objetivo secundario (OS) se evaluó la detección de predictores de extracción de FVC. El análisis de asociación se realizó con la prueba de chi cuadrado o Fisher y t de Student según correspondiera al tipo de variable. Se consideró una p significativa a aquella < a 0.05. Se realizaron análisis bivariados, multivariados y de regresión logística para investigar las posibles asociaciones. Se utilizó JASP versión 0.16.2 como sofware de análisis estadístico.

Resultados: El 53 % de los pacientes eran de sexo femenino. La edad promedio fue de 69 ±15 años. El 67% presentó TEP y el 43% TVP. El 11% tuvo ambas formas de presentación. La contraindicación de anticoagulación más frecuente fue la relacionada con un procedimiento quirúrgico cercano al evento trombótico en el 47% de los casos, seguido por el sangrado

activo en el 16%. El 44% de los pacientes tenían cáncer activo. En el 97 % de los casos se utilizaron filtros recuperables, siendo la vía más utilizada para la colocación la femoral en el 95% de los casos. Los filtros con diseño de doble canasta fueron implantados en el 64% de los pacientes, mientras que los de diseño cónico en el 36%. Se realizó el seguimiento en el 94% de los pacientes, durante una mediana de tiempo de 6.08 ±5.83 años. La mortalidad intrahospitalaria fue del 20%. La mortalidad alejada fue del 53%. En el OP se identificaron como predictores independientes a la enfermedad oncológica [OR 5.21 (IC 95% 2.22-5.83)], a la edad [OR 1.03 (IC95%1.08-1.42)] y la TVP [OR 2.01 (IC95%1.24-3.26)]. La tasa de extracción en el seguimiento fue del 33%. Como predictores independientes del OS se identificaron, a la indicación del FVC relacionada a un procedimiento quirúrgico [OR 4.8 (IC95% 2.544-9.591)], a la ausencia de enfermedad oncológica [OR 1.65 (IC95% 1.09-2.55)] y a la edad [OR 0.98 (IC 0.976-0997)] en forma inversamente proporcional.

Conclusiones: Se observó una mortalidad alejada elevada en este grupo de pacientes. Los predictores de mortalidad fueron la presencia de enfermedad oncológica, la edad y la TVP. Se extrajeron sólo un tercio de los FVC colocados. Los predictores de extracción fueron la contraindicación de anticoagulación relacionada a un procedimiento quirúrgico, la ausencia de enfermedad oncológica y la edad en forma inversamente proporcional.

0197. ANÁLISIS DE LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS EN UN HOSPITAL DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017-2022.

Enfermedad Coronaria / Cardiopatía Isquémica

Juan Jose BACIGALUPE | Valentina TANCREDI | María Rosa ABRAHAM | Juliane SANTOS DAMASCENA | Maximiliano Eduardo FERREYRA | Sandra Fabiana CEPEDA | Ricardo M. VIOLANTE | Nora Elisabet ZEBERIO

Hospital Municipal Héctor Cura de Olavarría

VARIABLE	TOTAL	SCACEST	SCASEST	p	OR	IC95%
N	359	152	207			
	n (%)	n (%)	n (%)			
Edad (mediana RIC)	67 [58-74]	65 [56-72]	68 [59-75]	<0,01		
Mayor 75 años	69 (19.2)	21 (13.8)	48 (23.2)	ns	1,88	1,07-3,30
Sexo F	108 (30)	40 (26.3)	68 (32.8)	ns	0,73	0,45-1,18
Factores de riesgo						
Tabaquismo	119 (33.1)	67 (44)	52 (25.1)	<0,001	0,42	0,27-0,66
Diabetes	77 (21.4)	24 (15.8)	53 (25.6)	0,02	1,83	1,07-3,13
Hipertensión	246 (68.5)	97 (57.2)	159 (76.8)	<0,001	2,47	1,56-3,90
Dislipemia	151 (42)	52 (34.2)	99 (47.8)	<0,01	1,76	1,14-2,71
Obesidad	117 (32.6)	44 (28.9)	73 (35.2)	ns	1,33	0,85-2,10
Ex-TBQ	79 (22)	28 (18.4)	51 (24.6)	ns	1,44	0,86-2,42
Antec familiares	15 (4.2)	7 (4.6)	8 (3.8)	ns	0,83	0,29-2,34
Antecedentes de enfermedad cardiovascular						
Infarto previo	73 (20.3)	17 (11.2)	56 (27)	<0,001	2,94	1,63-5,31
Angina previa	25 (6.9)	4 (2.6)	21 (10.1)	<0,01	4,17	1,40-12,43
Angioplastia previa	41 (11.4)	9 (5.9)	32 (15.4)	<0,01	2,9	1,34-6,28
IC	9 (2.5)	2 (1.3)	7 (3.4)	ns	2,62	0,53-12,81
ACV	6 (1.6)	0	6 (2.9)			
Arteriopatia	13 (3.6)	4 (2.6)	9 (4.3)	ns	1,68	0,50-5,56

Introducción: Los eventos cardiovasculares isquémicos son una de las principales causas de mortalidad en argentina, por ello las estrategias de prevención y tratamiento de esta patología intenta disminuir sus consecuencias.

B	REGISTRO CONTINUO ARGEN-IAM	REGISTRO PROPIO	p
	n: 2464	n: 152	
Reperfusión	88,50%	78,90%	ns
Mortalidad	8,60%	8,60%	ns
Mortalidad ATC	7,51%	5,60%	ns
Mortalidad FL	9,03%	8,20%	ns
Mortalidad reperfundidos	7,81%	6,66%	ns

Objetivos: Describir las características generales de los síndromes coronarios agudos (SCA) con elevación del ST (SCACEST) y sin elevación del ST (SCASEST), analizar la repercusión de los factores de riesgo, antecedentes, implementación de reperfusión y el grado de mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional, analítico, retrospectivo, donde se revisaron epicrisis de personas egresadas entre abril de 2017 hasta marzo del año 2022 en un hospital del interior de la provincia de Buenos Aires, Argentina, que representa único centro salud público de la ciudad y cuenta con disponibilidad de hemodinamia.

Resultados: Se registraron un total de 359 pacientes ingresados con SCA de los cuales 152 (42,4%) fueron SCACEST y 207 (57,6%) SCASEST. La mediana de edad fue de 67 años RIC [58-74], se encontró un predominio significativo del sexo masculino. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la HTA (68,5%), dislipemia (42%), tabaquismo (33,1%), obesidad (32,6%) y diabetes (21,4%) en los pacientes incluidos en el análisis. Con respecto a los antecedentes el 20,3% presentaba infarto previo, el 11,4% refería realización de angioplastia previamente y el 6,9% angina previa. El SCASEST fue el más frecuente con un 57,6% de prevalencia, este subgrupo de pacientes resultó ser más añoso, con mayor incidencia de

hipertensión, dislipemia y diabetes, y menor prevalencia de tabaquismo con respecto a los pacientes con SCACEST. En cuanto a los antecedentes se registró mayor frecuencia de angina, infarto, insuficiencia cardíaca y angioplastia previa con respecto al grupo de SCASEST. Los pacientes que presentaron un SCACEST representaron un 44,2%, recibió tratamiento de reperfusión el 78,9 %, de los cuales el 46,7% fue con angioplastia y el 32,2% reperfusión farmacológica con fibrinolíticos (FL), un 5,3% no recibió tratamiento de reperfusión y un 15,8% se consideró evolucionado sin indicación de tratamiento invasivo o farmacológico. La mortalidad global fue del 6,7%, en pacientes con elevación del ST 8,6% y sin elevación 5,3%. Analizando la mortalidad en SCACEST según el tratamiento recibido, evidenciamos que los pacientes trombolizados registraron un 8.2% de muertes, los que recibieron angioplastia 6.1%. sin diferencias significativas de mortalidad entre ambas estrategias (OR 0,69, IC95% 0,16-2,89, p = ns), los que se consideraron evolucionados 4,2% y los que no recibieron reperfusión 50% (OR 7,5 IC95% 1,85-30,3 p < 0,01) con respecto a los que recibieron reperfusión . Comparando la mortalidad en relación a publicaciones previas no evidenciamos diferencias significativas, al realizar un análisis comparativo en cuanto a reperfusión y mortalidad en diferentes subgrupos con respecto al registro continuo ARGEN-IAM no encontramos discrepancias entre ambos reportes.

Conclusiones: Las características generales de nuestra población no difieren de los registros nacionales, lo que indica que no existe variabilidad regional en la atención del infarto. Una diferencia a destacar es la elevada tasa de reperfusión farmacológica en el IAMCEST, con menor utilización de angioplastia en nuestra región. La mortalidad asociada al IAMCEST fue similar a la descrita en otros registros en que hubo mayor utilización de angioplastia primaria.

0200. "EVENTOS CARDIOCEREBROVASCULARES (MACCE) DE PRESENTACION CERCANA A LA ULTIMA CONSULTA DURANTE UN PLAN DE PREVENCION CARDIOVASCULAR PRIMARIA -RIESGO DE EVENTOS"

Cardiología Clínica

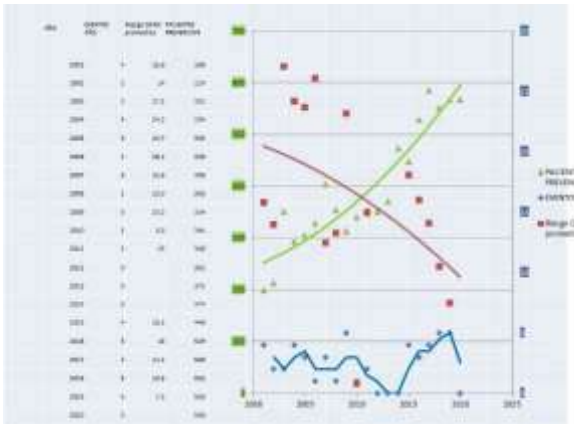
Daniel José ABRIATA (1) | Mario Exequiel CAMINOS FUNDARO(1) | Marina ROMERO VILLAFAÑE(1) | Jorge Luis BOCIÁN(2) | Mariano TREVISAN(2) | Casandra GODOY(1) | Horacio Aurelio ROMERO(1) | Jorge Oscar GRILLI(1)

HOSPITAL PRIVADO REGIONAL DEL SUR (HPR) DE BARILOCHE (1); Sanatorio San Carlos (2)

Introducción: La prevención primaria de la manifestación clínica de la enfermedad cardiovascular es crucial dada la alta letalidad de esta patología.

Objetivos: Conocer el riesgo de sufrir un evento cardiocerebrovascular mayor (Major Adverse Cardiocerebrovascular Event MACCE) de los pacientes que se encontraban en plan de prevención cardiovascular primaria.

Materiales y Métodos: Se realizo un estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se registró prospectivamente una población de 2698 pacientes, de entre 40 y 79 años. Se registró en forma consecutiva a todos los pacientes que acudían al Servicio de Cardiologia para consulta para prevención cardiovascular primaria. Paralelamente se comenzó un registro prospectivo de la ocurrencia de MACCE en esta cohorte. Para el presente estudio se seleccionaron los casos de MACCE que ocurrieron dentro de los 365 días (1 año) desde la última visita al Servicio de Cardiología .Se recolectaron datos clínicos y de los estudios complementarios. Se definió a control/año a una visita registrada por año calendario .



Resultados: Se registraron 49 MACCE. Los MACCE registrados fueron SCA 25 (51%), ACV 10 (20%), muerte súbita 9 (18%), sindrome aórtico 3 (6%), y takotsubo 2 (4%) Los 49 MACCE registrados generan un promedio de 2.45 episodios por año de registro que representa un riesgo de 1.82% de eventos/año (en los 2698 pacientes de la cohorte) que extrapolado a 10 años indica un riesgo de 18.2%. El riesgo PCE a 10 años en la última consulta de los pacientes con MACCE fue promedio 16.61% ± 12.29 rango 0.8-53.4 De los 7334 controles/año en esta cohorte, 1 de cada 149.67 controles/año de prevención cardiovascular presentó un MACCE en los siguientes 12 meses de su última consulta. Del riesgo de la población y del número de pacientes evaluados surge el número de eventos:

Conclusiones: . De acuerdo a nuestro registro, la aparición de MACCE dentro los siguientes 12 meses a la última de consulta por prevención cardiovascular primaria no es infrecuente y refuerza la necesidad de que cada consulta de prevención primaria sea plenamente comprehensiva (exhaustiva).

0202. EL DESAFÍO DE LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN PANDEMIA

Cirugía Cardiovascular / Covid-19

Diana PIÑERO | Santiago BLANCO | Rodrigo LUCCHETTI | Juliana FERNANDEZ | Lucia Marianela ORTIZ | Eduardo Ernesto VISCOCHEA | Cristina SANTA CRUZ | Marcelo Luis PORTIS

Hospital San Juan de Dios (La Plata)

Introducción: A causa de un brote de neumonía de etiología desconocida declarado en Wuhan, China, en diciembre del 2019, la diseminación mundial del virus obliga a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a declararla pandemia el 11 de Marzo del año 2020. El virus, de la familia Coronaviridae, denominado SARS-CoV-2 es causante de la enfermedad denominada por consenso internacional COVID-19. Dicha pandemia generó una importante carga sanitaria, especialmente en pacientes con comorbilidades cardiovasculares y ha planteado desafíos para la atención médica en todo el mundo 1-2. Durante la pandemia hubo una reducción abrupta de las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares agudas 3-4-5 y un aplazamiento preventivo de los procedimientos electivos debido a la vulnerabilidad del subgrupo de pacientes que habitualmente se tratan, la infección podía generar un significativo riesgo adicional6-7. Sin embargo, hay evidencia previa de que los retrasos se han asociado con una mayor mortalidad8. Las cirugías cardiacas de emergencia, entre ellas los síndromes aórticos agudos (SAA) continuaron durante la pandemia por COVID-199-10-11-12, y se estratificaron aquellas de urgencia y electivas. Desafortunadamente, hay poca evidencia científica en el contexto de la pandemia de COVID-19 sobre las estrategias perioperatorias en cirugía cardiovascular 13-14-15. Nos planteamos como objetivo evaluar el impacto y resultados clínicos de los pacientes adultos con diagnóstico de COVID-19 que fueron sometidos a cirugía cardiovascular desde marzo del año 2020 al mismo mes del año 2021 comparado con aquellos COVID 19 negativo en el mismo periodo, en un centro de referencia provincial.

Objetivos: Evaluar el impacto y resultados clínicos de los pacientes adultos con diagnóstico de COVID-19 que fueron sometidos a cirugía cardiovascular del año 2020 al 2021 comparados con aquellos COVID negativo en el mismo periodo, en un centro de referencia provincial.

Materiales y Métodos: Se enrolaron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía cardiovascular en el Hospital San Juan de Dios de La Plata, desde marzo del 2020 a marzo del 2021. Se incluyeron 47 pacientes continuos, de los cuales 12 (25,53%) tuvieron diagnóstico de COVID-19 positivo. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, tipo de cirugía, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.

Tabla 1. Características demográficas

N=47	Grupo COVID19 N=12 (%)	Grupo no COVID N=35 (%)	Valor p
Edad 53,72 ± 11,33	51,5 ± 11,44	54,48 ± 11,36	
Masculino	10 (83,33)	27 (77,14)	
Factores de riesgo cardiovasculares			
HTA	5 (41,66)	7 (48,57)	0,67
DBT	2 (16,66)	7 (20)	0,80
DISLIPEMIA	1 (8,33)	8 (22,85)	0,26
TABAQUISMO	7 (58,33)	18 (51,42)	0,67
OBESIDAD	2 (16,66)	7 (20)	0,80
Infarto previo	6 (50)	9 (25,71)	0,11
FEVI 59,58 ± 10,19	60,41 ± 8,8	59,29 ± 10,80	
FEVI < 40%	0 (0)	2 (5,88)	0,39
EURO SCORE II 0,90 ± 0,38	0,82 ± 0,29	0,93 ± 0,40	

HTA: hipertensión arterial. DBT: diabetes. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Tabla 2. Tipo de procedimiento

	Grupo COVID-19 N=12 (%)	Grupo no COVID-19 N=35 (%)	Valor de p
Según intervención			
CRM	7 (58,33)	12 (34,28)	
Recambio valvular	4 (33,33)	12 (34,28)	
Dos procedimientos	1(8,33)	6 (17,14)	
Otras	0 (0)	5 (14,28)	
Indicación según riesgo			
Urgencia - Emergencia	0 (0)	5 (14,28)	0,16

CRM: cirugía de revascularización miocárdica

Tabla 3. Complicaciones totales y evolución

	Grupo COVID 19 N=12 (%)	GRUPO no COVID N=35 (%)	Valor de p
COMPLICACIONES TOTALES	6 (50)	16 (45,71)	
ACV	0 (0)	1 (2,85)	0,55
IRA	3 (25)	3 (8,57)	0,14
SDRA	1 (8,33)	0 (0)	0,08
SBVM	5 (41,66)	11 (31,42)	0,51
INFECCIONES	2(16,66)	5 (14,48)	0,84
HEMORRAGIAS	0 (0)	3 (8,57)	0,29
SIRS	0 (0)	2 (5,71)	0,39
TROMBOEMBOLICAS	0 (0)	0 (0)	
EVOLUCIÓN			
DIAS DE INTERNACIÓN	14 ± 15,91	9,28 ± 7,46	
PASE A SALA	4 (33,33)	1 (2,85)	
ALTA	7 (58,33)	28 (80)	
ÓBITO	1 (8,33)	6 (17,44)	

ACV: accidente cerebrovascular. IRA: insuficiencia renal aguda. SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo. SBVM: Síndrome de bajo volumen minuto. SRIS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Resultados: Durante el período Marzo 2019-2020 se intervinieron 99 pacientes versus 47 pacientes en el respectivo período de 2020-2021. La media de edad fue 53,72 ± 11,33 años; 12 (25,53%) tuvieron el diagnóstico de COVID-19. El 80% fueron hombres. En cuanto a características basales del grupo COVID-19 vs no COVID-19: diabéticos 16,66% vs. 20%, hipertensos 41,66% vs. 48,47%, dislipémicos 8,33% vs. 22,85%, tabaquistas 58,33% vs 51,42%, obesos 16,66% vs. 20%, IAM previo 50% vs. 25%, fracción de eyección del ventrículo izquierdo 60,41% vs. 59% y EURO SCORE-2 0,82 vs 0,93. Las complicaciones de los procedimientos se presentaron en el 50% de los pacientes del grupo COVID-19 y en el grupo no COVID-19 el 45,71%. Al analizar la evolución, se encontró que en el grupo COVID-19 fallecieron el 8,33% y en el grupo no COVID-19 el 17,44%.

Conclusiones: A pesar de que la evolución y los resultados esperados en los pacientes que presentaron infección por COVID-19 eran poco alentadores, no encontramos diferencias significativas respecto a estos como así tampoco en cuanto a las características basales. Hubo una tendencia no significativa de menor mortalidad en el grupo COVID-19.

0206. FRACCION DE EYECCION COMO MARCADOR PRONOSTICO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, DATOS DEL ARGEN-IAM

Sindrome Coronario Agudo / Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN | Gerardo ZAPATA | Walter QUIROGA CASTRO | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Heraldo D' IMPERIO | Adrian CHARASK | Carlos Daniel TAJER | Juan GAGLIARDI

Registro Argen-IAM-ST

Introducción: A pesar los avances terapéuticos en el infarto agudo, la mortalidad continua elevada, siendo un desafío en la actualidad. Es importante la estratificación de riesgo para valorar la evolución de estos pacientes

Objetivos: Objetivos: Evaluar la fracción de eyección (FE) en la evolución hospitalaria de pacientes con IAMCEST.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico que analizó un total de 6122 infartos ingresados al registro ARGEM IAMST. La mortalidad fue de 8.7%. Se analizó los pacientes en base a la Fracción de Eyección obtenida por eco doppler cardiaco y separó a la población en 4 grupos: Grupo I Deterioro Severo (Fracción de eyección de ≤30%), Grupo II Deterioro Moderado (Fracción de eyección de 31 a 39%) y Grupo III: Deterioro Leve (Fracción de eyección entre 40 a 49 %) y Grupo IV (fracción de eyección Mayor o igual a 50%).

Resultados: La media de FE fue 48.89±11. Los eventos fueron diferentes en los 4 grupos, mortalidad hospitalaria: 28.4 vs 10.3 vs 7.1 vs 4%%, p<0.001 en los grupos I, II, III y IV; insuficiencia cardiaca: 64.9 vs 51.4 vs 22 VS 16%, p<0.001; shock cardiogénico 59.4 vs 27.9 vs 20.1 vs 3.2,p<0.00; paro cardiaco se presentó en 49.6 vs 27 vs 23.9 vs 8.4%, p<0.001, fibrilación auricular 17.9 vs 16.6 vs 11.9 vs 6.6%, p<0.001. Se utilizó procedimientos invasivos: Swan Gans en 26.7 vs 14.1 vs 8.8 vs 3.3%, p<0.001, balón de contrapulsación aórtica en 22.2 vs 5.1 vs 4.2 vs 2.6%, p<0.001. ARM 54.1 vs 28.2 vs 21.4 vs 4.2% p<0.001. Hubo diferencias entre el uso de CCG dentro de 24 hs 80.5 vs 75.1 vs 83.8 vs 86.9%, p=0.001; en el uso de fibrinoliticos 13.9 vs 21.4 vs vs 17.7 vs 13.3%, p=0.002 y ATC primaria 73.8 vs 68.8 vs 78.4 vs 82.3 %, p=0.001, no en CRM 3.6 vs 3.1 vs 1.9 vs 2.3%, p=0.44. Fueron diferentes en cuanto al sexo femenino 42.3 vs 31.3 vs 24 vs 18%, p=0.001, tenían más diabetes que utilizaban previamente insulina 7 vs 5.7 vs 3.8 vs 2.8%, p=0.001, IAM previo 20.6 vs 14.9 vs 11.5 vs 7.9%, p=0.001 y mayor edad 69±12 vs 62±11 vs 60±12 vs 58±10 años, p<0.001. Los predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria fueron la edad OR 1.031(IC 95%1.016-1.058, p<0.001, frecuencia cardiaca OR 0.977(IC 95%0.967-0.987, p<0.001, Killip OR 2.410 (IC 95%1.232-4.315, p<0.001, creatinina OR 1.2111(IC 95%1.053-1.394, p=0.007, y fracción de eyección OR 2.974(IC 95% 1.495-5.916, p=0.003

Conclusiones: Los pacientes con deterioro moderado y severo de la FE tuvieron mayor número de eventos hospitalarios, con menos utilización de CCG dentro de las 24 hs y menos ATC primaria, y mayor uso de procedimientos invasivos. La fracción de eyección es un potente predictor independiente de mortalidad hospitalaria en el infarto.

0209. EFECTOS DEL LOSARTÁN SOBRE EL SISTEMA DOPAMINÉRGICO RENAL Y SU IMPACTO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA EXCRECIÓN DE SODIO, EN RATAS ALIMENTADAS CON UNA DIETA RICA EN GRASAS

Hipertensión Arterial / Investigación Básica

Silvana María CANTÚ | Hyun Jin LEE | Natalia Lucía RUKAVINA MIKUSIC | Nicolás Martín KOUYOUMDZIAN | Christian HOCHT | Adriana DONOSO | Ana María PUYO | Marcelo Roberto CHOI

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)

Introducción: El síndrome metabólico puede cursar con alteración de la presión arterial e inflamación, entre otras alteraciones. El sistema dopaminérgico renal (SDR) regula la presión arterial al favorecer la natriuresis y la diuresis actuando sobre sus receptores tipo D1 al inhibir la acción de la bomba Na+,K+-ATPasa y además ejerce efectos antiinflamatorios a través de sus receptores tipo D2. Adicionalmente se ha descripto que la Ang II regula en menos al SDR, siendo necesario un balance entre ambos sistemas para un normal funcionamiento renal.

Grupo	Triglicéridemia (mg/dl)	Glucemia (mg/dl)	Insulinemia (ng/ml)
C8 semanas	59,98 ± 6,13	111,00 ± 14,34	1,20 ± 0,10
CL8 semanas	53,18 ± 4,42	119,00 ± 4,68	0,80 ± 0,10
DG8 semanas	119,25 ± 4,17 p<0,0005 vs C8s	148,43 ± 5,24 p<0,05 vs C8s	4,20 ± 0,50 p=0,007 vs C8s
DGL8 semanas	82,38 ± 6,93 p<0,005 vs DG8s	138,75 ± 8,00 p<0,05 vs DG8s	1,30 ± 0,20 p<0,005 vs DG8s
C12 semanas	58,14 ± 8,58	125,60 ± 3,24	1,10 ± 0,12
CL12 semanas	70,72 ± 4,60	119,67 ± 8,60	0,80 ± 0,10
DG12 semanas	162,87 ± 13,85 p<0,0001 vs C12s	149,38 ± 4,60 p<0,01 vs C12s	5,30 ± 0,30 p<0,001 vs C12s
DGL12 semanas	93,75 ± 1,64 p<0,01 vs DG12s	139,75 ± 2,07	3,00 ± 0,40 p<0,05 vs DG12

Grupo	Orina				Presión arterial sistólica (PAS) (mmHg)	Índice L-Dopa/Dopamina
	Volumen de filtrado glomerular (ml/min)	Excreción fraccional de sodio (FENa) (%)	Excreción urinaria de sodio (UNa.V) (mEq/24hs)	Diuresis (ml/24hs)		
C8 semanas	1,6 ± 0,3	0,49 ± 0,05	1,60 ± 0,22	22,7 ± 2,5	120,7 ± 2,3	1,1 ± 0,1
CL8 semanas	1,7 ± 0,2	0,50 ± 0,02	1,90 ± 0,10	17,3 ± 1,4	108,4 ± 2,5	1,8 ± 0,1
DG8 semanas	1,4 ± 0,1	0,10 ± 0,02 p<0,001 vs C8s	0,55 ± 0,07 p<0,005 vs C8s	3,5 ± 0,2 p<0,005 vs C8s	134,6 ± 2,3 p<0,001 vs C8s	3,7 ± 0,7 p<0,005 vs C8s
DGL8 semanas	1,4 ± 0,1	0,30 ± 0,05 p<0,05 vs DG8s	0,80 ± 0,10 p<0,05 vs DG8s	6,2 ± 0,9 p<0,05 vs DG8s	109,6 ± 2,0 p<0,001 vs DG8s	1,8 ± 0,1 p<0,05 vs DG8s
C12 semanas	1,7 ± 0,2	0,20 ± 0,02	1,31 ± 0,16	26,2 ± 3,3	119,6 ± 2,9	2,0 ± 0,2
CL12 semanas	1,9 ± 0,2	0,40 ± 0,04	1,77 ± 0,16	18,1 ± 1,2	109,5 ± 1,8	2,2 ± 0,1
DG12 semanas	1,3 ± 0,1	0,13 ± 0,01 p<0,005 vs C12s	0,22 ± 0,03 p<0,01 vs C12s	4,3 ± 0,7 p<0,001 vs C12s	147,6 ± 2,5 p<0,0001 vs DG12s	4,8 ± 0,2 p<0,01 vs C12s
DGL12 semanas	1,4 ± 0,2	0,22 ± 0,02 p<0,05 vs DG12s	0,64 ± 0,03 p<0,005 vs DG12s	7,3 ± 0,3 p<0,005 vs DG12s	119,3 ± 1,2 p<0,0001 vs DG12s	2,4 ± 0,3 p<0,005 vs DG12s

Objetivos: El objetivo es evaluar cómo afecta el tratamiento con losartan (antagonista del receptor AT1) al SDR, la presión arterial y la función renal, en un modelo experimental de síndrome metabólico inducido por una dieta rica en grasas.

Materiales y Métodos: Ratas Sprague-Dawley macho se dividieron al azar en cuatro grupos experimentales (n=4-6 por grupo). Se estudiaron durante 8 y 12 semanas. Grupos: control (C, con alimento estándar y agua), dieta grasa (DG, 50% p/p de grasa bovina agregada al alimento estándar y agua), control losartán (CL, idem C + 30 mg/kg/día de losartán en el agua), dieta grasa losartán (DGL, idem DG + 30 mg/kg/día de losartán en el agua). Determinaciones: bioquímicas plasmáticas y urinarias y de función renal, excreción urinaria de L-dopa y dopamina (expresada como índice L-dopa/dopamina), western blot para OCT-N1/2/3, presión arterial sistólica e histología renal.

Resultados: La Tabla 1 muestra los valores metabólicos que sustentan al modelo experimental. La Tabla 2 muestra que, la excreción fraccional y urinaria de sodio y la diuresis están significativamente reducidas a partir de la semana 8 en los grupos DG8 y DG12 comparado con C8 y C12 (DG8 versus C8 p<0,005; y DG12 versus C12 p<0,005 respectivamente) y losartán previno el desarrollo de estas alteraciones significativamente (DGL8 versus DG8 p<0,05; y DGL12 versus DG12 p<0,05 respectivamente). La presión arterial sistólica y el índice L-dopa/dopamina se incrementaron significativamente desde la semana 8 en DG8 y DG12 comparado con C8 y C12 (DG8 versus C8 p<0,005; y DG12 versus C12 p<0,01 respectivamente) y losartán los previno significativamente (DGL8 versus DG8 p<0,05; y, DGL12 versus DG12 p<0,005 respectivamente). El transportador OCT-N1/2/3 mostró una reducción (p<0,05) en DG8 comparado con C8. Se observó una correlación significativa y positiva entre la presión arterial sistólica y el índice L-dopa/dopamina (p<0,01, R2=0,91), y correlaciones significativas y negativas entre la excreción fraccional (p<0,05, R2=0,85) y la urinaria (p<0,005, R2=0,84) de sodio comparadas con el índice L-dopa/dopamina. Se observan alteraciones estructurales (tinción con hematoxilina y eosina) e incremento en la fibrosis intersticial (tinción con sirius red) en los corpúsculos renales y túbulos corticales a partir de semana 8 en DG8 y DG12 comparado con C8 y C12, que losartán previno en todos los casos.

Conclusiones: Una dieta rica en grasa genera disfunciones en el SDR produciendo una mayor retención de sodio y agua, contribuyendo al desarrollo de hipertensión arterial. Losartán prevendría dichas disfunciones, en parte a través del SDR, mejorando significativamente la excreción fraccional y urinaria de sodio a partir de la octava semana de tratamiento. Éste podría ser uno de los mecanismos que contribuye a evitar el incremento de la presión arterial sistólica en este modelo experimental.

0210. COMPORTAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA SEGÚN FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca

Santiago Luis DEL CASTILLO | Florencia Paula INGINO | Fernando Damián GARAGOLI | Rodrigo BAGNATI | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El desarrollo de insuficiencia renal en el contexto de insuficiencia cardíaca se conoce como síndrome cardio-renal tipo 1 y se asocia a un aumento en la morbimortalidad. El comportamiento de la función renal según la forma de presentación clínica en insuficiencia cardíaca aguda no se conoce con exactitud.

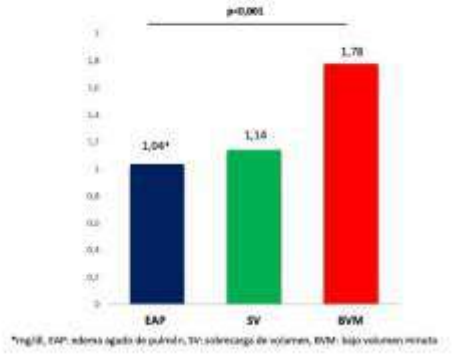
Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar la función renal tanto al ingreso como durante los primeros 4 días de internación de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda según su forma clínica de presentación al ingreso.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda. Se clasificaron en base a su forma clínica de presentación en tres grupos: edema agudo de pulmón (EAP), sobrecarga de volumen (SV) y bajo volumen minuto (BVM). Se evaluó la creatinina sérica (Cr) y el clearance de creatinina (ClCr) al ingreso y durante los primeros 4 días de internación. El punto final primario fue el empeoramiento de la función

renal definida por un incremento de la Cr >= 25% respecto al valor de ingreso. Los puntos finales secundarios fueron el empeoramiento de la función renal definida por el aumento del ClCr>=30%, y el cambio en la Cr y el ClCr durante los primeros 4 días.

Resultados: En total se incluyeron 758 pacientes (edad 85 años [80-89], 40,8% mujeres, 88,4% con antecedentes de hipertensión arterial y 19,9% de diabetes). De ellos, el 26,8% (203) se presentaron como EAP, el 69,7% (528) como SV y sólo 3,6% (27) como BVM. Los pacientes con BVM presentaron mayores niveles de Cr al ingreso (1.78 mg/dl [1.34, 2.79]) que los pacientes con EAP (1.04 mg/dl [0.8, 1.32]) y que aquellos con SV (1.14 mg/dl [0.88, 1.59]) (p<0,001)(Fig.1). Sin embargo en el transcurso de la internación se observó que una mayor proporción de pacientes con EAP alcanzó el punto final de empeoramiento de la función renal (EAP: 40,5%, SV: 30,8% y BVM: 21,7%; p=0,024).(Fig.2) También mostraron un mayor aumento en los valores de Cr en forma continua (EAP: 0.2 mg/ml [0.05, 0.385], SV: 0.14 mg/ml [0.01, 0.32] y BVM: 0.03 (-0.29, 0.5), p=0.020). El cambio en la Cr durante los primeros 4 días fue mayor para los pacientes con EAP: 0.12 mg/ml [-0.07,0.32] que aquellos con SV: 0.05 mg/dl [-0.1, 0.21] y VBM: -0.2 mg/dl [-0.42, 0.2]; p=0.006). No se observaron diferencias significativas al evaluar aumento del ClCr >=30% durante los primeros 4 días entre los grupos (EAP: 26.0%, SV: 19.6%, BVM: 21.7%, p=0.17). Al evaluar el ClCr en forma continua se observó que los pacientes con EAP presentaron una mayor disminución del mismo: -8.3 [-16.3, -2.05] que los pacientes con SV: -6.2 (-13.8, -0.47) y BVM: -1.06 (-11.1, 5.5); p=0.002.

Figura 1. Creatinina de ingreso según forma de presentación clínica.



Conclusiones: Al evaluar el comportamiento de la función renal por forma clínica de ingreso se observó que los pacientes con BVM presentaron mayores niveles de Cr al ingreso, sin embargo aquellos con EAP mostraron mayor empeoramiento de la función renal durante la internación.

0212. CATETERISMO CARDÍACO DERECHO A TRAVÉS DE ABORDAJE POR VENA CEFÁLICA O BASÍLICA EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar / Cardiología Intervencionista y Estructural

Andrés Enrique DINI | Nicolas D´AMELIO | Paula KAPLAN | Cristiano STÜRMER RAMOS | Alan Adrian SOMMI | Jorge BANDIERI | Martin SIVORI | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El cateterismo cardíaco derecho (CCD) en la hipertensión pulmonar (HP) es utilizado para definir el diagnóstico, clasificación, pronóstico y eventual tratamiento de esta enfermedad. En este procedimiento invasivo se realizan registros de presiones de arteria y capilar pulmonares, medición de volumen minuto y sus correspondientes cálculos hemodinámicos, y otras evaluaciones como pruebas de sobrecarga hídrica, vaso-reactividad y angiografía selectiva pulmonar si es necesario. Las vías de abordaje habituales son la vena yugular interna y vena femoral común. En los últimos años hemos incorporado el abordaje por punción a través de las venas cefálica o basílica del sistema venoso superficial del miembro superior.

Objetivos: Presentar la experiencia de los CCD llevados a cabo dentro del Programa de Hipertensión Pulmonar del Hospital.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 55 CCD en 46 pacientes (p) dentro del programa de estudio y evaluación de HP en el periodo de julio/2019 a abril/2022 (un p fue excluido del análisis por haberse negado a seguir el procedimiento antes de concretar abordaje venoso). Se consignaron vía de abordaje, diámetro del introductor, confiabilidad de los resultados obtenidos (si o no), tolerancia al estudio (buena o mala) y complicaciones. No hubo sistematización en cuanto la elección de la vía de acceso. Los p dieron su consentimiento escrito para la realización del CCD. En todos los casos se utilizó catéter de Swan-Ganz. Los resultados se expresan como porcentaje para las variables categóricas y media y rango para las continuas.

Resultados: Se realizaron 55 procedimientos en 46 p. Sexo femenino: 62,5%. Edad: 52,2 (18-76) años. Abordaje venoso: vena cefálica 49.1% (27/55), vena basílica 23.6% (13/55), vena femoral: 25.5% (14/55), vena yugular interna: 1.8% (1/55). En 4 de los 55 CCD (7.3%) se requirió cambio de abordaje: 2 de vena cefálica derecha a vena cefálica izquierda, 1 de vena

cefálica derecha a vena femoral izquierda, 1 de vena basílica derecha a vena femoral derecha. Introductor utilizado: 7F: 87.3%; 8F: 12.7%. En 9 p se realizó más de un CCD durante el periodo de inclusión. Todos los CCD realizados se concretaron con buena tolerancia, sin complicaciones y con resultados confiables. Los p en quienes se efectuó abordaje por vena cefálica o basílica tuvieron una deambulación precoz con respecto de aquellos en quienes se realizó abordaje por vena femoral o yugular.

Conclusiones: El abordaje por vena cefálica o basílica para la realización del CCD resultó segura y eficaz y con resultados confiables. La incidencia de cambios de accesos venosos fue muy baja (menos 10%). La posibilidad de la deambulación inmediata se agrega a las facilidades que brinda el abordaje por miembro superior.

0213. EL PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO REMOTO MODIFICA EL REMODELAMIENTO VENTRICULAR TEMPRANO ATENUANDO EL ESTRÉS OXIDATIVO Y LA ACTIVIDAD DE LA MMP-9 EN UN MODELO DE INFARTO DE MIOCARDIO EXPERIMENTAL

Investigación Básica / Cardiopatía Isquémica

Eliana BIN (1) | Federico PENAS(1) | Mariana GARCES(2) | Mariana ARMANI(1) | Nora GOREN(1) | Pablo EVELSON(2) | Ricardo Jorge GELPI(1) | Pablo Martin DONATO(1)

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

Introducción: Es conocido que el precondicionamiento isquémico remoto (PCr) reduce el tamaño de infarto en modelos experimentales de infarto agudo de miocardio. Sin embargo, no es conocido su efecto sobre la evolución del infarto (remodelamiento ventricular)

Objetivos: Evaluar el efecto del precondicionamiento sobre el remodelamiento ventricular temprano, considerando particularmente la expansión del infarto

Materiales y Métodos: Ratones FVB machos de 2-6 meses de edad, fueron sometidos a infarto de miocardio (IM) por ligadura permanente (7días) de la arteria coronaria descendente anterior; en un segundo grupo, previo al infarto, se realizaron 3 ciclos de isquemia/reperfusión en la arteria femoral (protocolo de precondicionamiento isquémico remoto, PCr); finalmente se consideró un grupo Sham sin isquemia miocárdica. Se midió el tamaño de infarto con trifeniltetrazolio, la función ventricular mediante hemodinamia y ecocardiografía, se evaluó la actividad de metaloproteasas de tipo 2 y 9 por zimografía y se analizó el estrés oxidativo mediante la medición de proteínas carboniladas.

Resultados: El IM disminuyó la fracción de eyección y la fracción de acortamiento del área a un valor de 55,06±2,6% y 26,76±1,21%; respectivamente ($p \leq 0,05$ vs sham). El PCr mejoró la función sistólica aumentando la fracción de eyección y la fracción de acortamiento del área a un valor de 67,64%±1,42 y 37,41±2,37% ($p \leq 0,05$ vs IM). No observamos diferencias significativas entre grupos en los valores de estrés de fin de sístole (índice de poscarga), por lo que la mejoría en la fracción de eyección observada en el grupo PCr no se debe a cambios en las condiciones de carga del ventrículo izquierdo. Por otro lado, el PCr redujo de manera significativa la actividad de la MMP-9 en el tejido ventricular izquierdo (zona de infarto), pero no de la MMP-2. Finalmente, el PCr redujo significativamente la concentración de proteínas carboniladas evaluadas en suero

Conclusiones: El PCr tiene un efecto beneficioso sobre el remodelamiento temprano, reduciendo la expansión del infarto y mejorando la función ventricular. Este efecto beneficioso podría estar relacionado a una reducción del estrés oxidativo y a una menor actividad de la MMP-9

0215. TRATAMIENTO DE LA IC CON FEY REDUCIDA EN LA UIC DEL HIGA EVITA DE LANÚS. EXPECTATIVA VERSUS REALIDAD.

Insuficiencia Cardíaca

Sandra Karina TANTALEAN DIAZ | María Cecilia BAUZÁ LEDESMA | Susana FERNANDEZ | Patricia Laura ORTIZ

Hospital General de Agudos Evita (Ex Araoz Alfaro)

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico complejo, que se caracteriza por la progresión de los síntomas que llevan a re-internaciones frecuentes, con deterioro en la calidad de vida y elevada tasa de mortalidad, representando un importante problema socio-sanitario. En la guía de IC de la SAC del 2016, la prevalencia de la insuficiencia cardiaca se situó alrededor del 1 al 1.5%. Siendo la principal causa de descompensación el incumplimiento de

las indicaciones médicas, tanto en las medidas higiénico-dietéticas como en lo farmacológico, representado aproximadamente el 30 al 40 % de las re-internaciones, lo que conlleva altísimos costos en la salud pública. Las nuevas guías de IC han incorporado tratamientos secuenciales basados en 4 pilares fundamentales, incluyendo a los ARNI e iSGLT-2, los cuales tienen gran impacto económico, escasa cobertura por parte de las Obras sociales y pobre abastecimiento de fármacos hospitalarios lo que dificulta el acceso a dicha medicación crónica.

Objetivos: Evaluar el tratamiento farmacológico Clase I de los pacientes con IC con Fey reducida (< 40%) de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) del HIGA Evita de Lanús.

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos de los pacientes de la UIC desde enero de 2019 hasta abril de 2022, con un total de 115 pacientes, de los cuales 71 (61,7%) pacientes tenían IC con Fey reducida. Se hizo énfasis en el tratamiento farmacológico de este grupo.

Resultados: En el grupo de pacientes con IC con Fey reducida se observó que un 53.5% (38) recibían IECA / 18.3% (13) ARAII / 19.7% (14) ARNI / 85.9% (61) betabloqueantes / 94.36% (67) antialdosteronicos / 35.2% (25) iSGLT-2. Diversos ensayos clínicos demostraron que el tratamiento con IECA o ARA-II, betabloqueantes y antialdosteronicos reducen significativamente la morbimortalidad de este grupo de pacientes. En los últimos años se han incorporado otras dianas de tratamiento como Sacubitrilo-Valsartan (ARNI) y los iSGLT-2, que mostraron beneficios en morbimortalidad y en disminución de reinternaciones hospitalarias. En nuestro grupo de pacientes con IC Fey <40%, el 35.2% (25) tienen Obra social, como ser PAMI (29.57%, 21), PROFE (4.2%), IOMA (1.4%); y un 64.78% (46) carecen de la misma. Se ha observado una escasa adherencia a los nuevos fármacos, iSGLT-2 y ARNI, que podría estar relacionado con un elevado costo de la farmacoterapia de la IC y la pobre cobertura de las obras sociales.

Conclusiones: Los recursos públicos son limitados, y requieren un uso apropiado y una adecuada distribución de los fármacos. En la practica diaria se ajusta el tratamiento de acuerdo a las posibilidades de cada paciente. El deterioro de la calidad de vida y la alta morbimortalidad que llega a 75% a los 5 años, representa un importante problema sociosanitario, remarcando la falta de programas y políticas de salud que incluyan y aseguren el tratamiento en los pacientes con IC que en ciertos casos tienen un pronóstico peor que el de algunos cánceres. Es necesaria la problematización de esta realidad para poner en agenda e implementar programas de IC que garanticen la accesibilidad a estos tratamientos de gran impacto sobre la salud de estos pacientes y de indicación Clase I en las guías nacionales e internacionales.

0216. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Miocardiopatías / Insuficiencia Cardíaca

Juan Maria IROULART | Santiago DECOTTO | Guido ROVEDA | Eugenia VILLANUEVA | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Marcelina CARRETERO | María Lourdes POSADAS MARTÍNEZ | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La amiloidosis cardiaca por transtiretina (ATTR) es una patología subdiagnosticada. Conocer las características clínicas e imagenológicas, así como la evolución de los pacientes portadores de esta patología es crucial para el diagnóstico temprano.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue el de describir las características clínicas e imagenológicas al diagnóstico y en la evolución de los pacientes con diagnóstico de ATTR.

Materiales y Métodos: Se diseñó una cohorte retrospectiva descriptiva de pacientes con diagnóstico de ATTR incluidos en el Registro Institucional de Amiloidosis (ClinicalTrials.gov NCT01347047). La afectación cardiaca se definió por la captación del radiotrazador en el centellograma óseo con pirofosfato o bien por presentar compromiso típico en la resonancia magnética cardiaca. Se analizaron las características clínicas y de los estudios complementarios basales de los pacientes así como la evolución de los mismos durante el seguimiento.

Resultados: En total, se incluyeron 94 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 1,48 años [RIC 0,64 - 2,36]. 5 presentaron amiloidosis tipo variante (ATTRv). La mediana de edad al diagnóstico fue de 82,5 años (RIC 75 - 86]. 86 % eran de sexo masculino y la mediana de fracción de eyección al diagnostico fue de 52 % [RIC 43 - 60]. 48,9 % (n=46) tenían diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca y 58,1 % (n=55) de fibrilación auricular. El hallazgo más frecuente en el electrocardiograma fue el de patrón de pseudoinfarto (52,3 %). 65 pacientes fueron sometidos a una resonancia magnética cardiaca. El realce tardío de gadolinio difuso con anulación del pool sanguíneo fue la característica que más se repitió. En total, 7 de los pacientes recibieron tratamiento específico con tafamidis. Durante el seguimiento, el 43,6 % (n=41) de los pacientes falleció y el 45,7 % (n=43) tuvo internaciones por insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: Se presentaron las características clínicas e imagenológicas al momento del diagnóstico y en el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de ATTR. Se trató de una población añosa, con elevada morbilidad, la cual presentó alta mortalidad y un número elevado de internaciones durante el seguimiento. El conocimiento de esta información es crucial para establecer estrategias de diagnóstico temprano de la patología y así intentar mejorar la evolución de los pacientes.

Características al diagnóstico N=94	
Edad al diagnóstico (años)	82,5 [75 - 86]
Sexo masculino (%)	86 (n=81)
Hipertensión arterial (%)	82,9 (n=78)
Dislipemia (%)	52,6 (n=49)
Diabetes Mellitus (%)	50 (n=47)
Coronariopatía (%)	29,7 (n=28)
Insuficiencia cardiaca previa (%)	48,9 (n=46)
Fibrilación auricular (%)	58,1 (n=55)
Accidente cerebrovascular (%)	13,8 (n=13)
Tunel carpiano (%)	35,2 (n=33)
NT-Probnp (pg/ml) (n=77)	3087 [2138 - 6173]
Troponina ultrasensible (pg/ml) (n=68)	53,5 [33,5 - 86,5]
FEVI (%)	52 [43 - 60]
Espesor septal (mm)	18 [14 - 20]
Eventos en el seguimiento	
Obito (%)	43,6 (n=46)
Internaciones por ICC (%)	45,7 (n=43)
Nuevo ACV/AIT (%)	9,5 (n=9)
Nuevo Bloqueo AV alto grado (%)	5,3 (n=5)
Nueva Fibrilación / flutter auricular (%)	13,8 (n=13)

0219. FIBRILACION AURICULAR POSTOPERATORIA EN LA CIRUGÍA CARDÍACA. DATOS PARCIALES DEL REGISTRO ARGENTINO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular / Cardiología Crítica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Leonardo CACERES (1) | Mariano CAMPORROTONDO(2) | Maria Pia MARTURANO(1) | Gabriela NIETO(3) | Ariel LEEDS(3) | Anibal MACHUCA(3) | Nicolas TORRES(1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Colegio Argentino de Cirujanos CV (2); GRUPO ARGEN CCV (3)

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia que se presenta más frecuentemente en el postoperatorio de cirugía cardiovascular, prolonga las internaciones e implica un riesgo adicional en la evolución intrahospitalaria. Puede disminuirse su prevalencia con adecuado control del dolor, el stress, de las alteraciones hidroelectrolíticas y con la utilización de profilaxis antiarrítmica.

Objetivos: 1) Conocer la prevalencia de FA en nuestro medio, 2) Analizar si hay diferencias en las características clínicas de los pacientes que presentaron FA de acuerdo al tipo de cirugía realizada y 3) Analizar la prevalencia de indicación de profilaxis antiarrítmica y 4) Evaluar con qué drogas fue realizada.

Materiales y Métodos: se trata de un análisis de los primeros 1000 pacientes incorporados al ARGEN CCV. El mismo es un registro prospectivo, multicéntrico, de carácter nacional organizado por la Sociedad Argentina de Cardiología y el Colegio de Cirujanos cardiovasculares. Participan del mismo 47 centros de todo el país. Se encuentra en fase de recolección de pacientes desde mayo del 2021 y tiene previsto finalizar en septiembre 2021. Acá se presentan los resultados parciales del mismo con los pacientes incluidos desde el inicio hasta el 30/4/2022.

Resultados: se incluyeron 1000 pacientes. Se excluyeron 74 pacientes por presentar FA previo a la cirugía a la cual fueron sometidos y 14 por ingresar a la UCO con FA/AA. Se analizaron entonces 912 p. Hombres 76%, DBT 30%, tabaquistas 17%, CRM sola: 47%, valvular solo: 32,4% cirugías combinadas: 20,6%. Prevalencia de FA en el postoperatorio: 17% (155p/912) Prevalencia de uso de profilaxis en el postoperatorio: 23,8% (217/912). Las drogas más utilizadas fueron los betabloqueantes en el 72% de los casos, seguidos por la amiodarona en el 28% restante. La profilaxis se indicó durante el primer día del postoperatorio en el 49% de los casos, en el segundo día en el 40% y en el 11 % en el tercer día. Los p que presentaron FA fueron más añosos (70 vs 63 años, p<0,001), más hipertensos (85 vs 75%, p 0,03), se operaron más frecuentemente de urgencia (31 vs 17%, p <0,001), con bomba de circulación extracorpórea (CEC) (78 vs 71%, p 0,04) y para

cirugías valvulares (54 vs 45%, p 0,02) o combinadas (22 vs 15,6%, p0,04). La FA se asoció también a la ARM prolongada (31 vs 13%, p 0,003), transfusión de hemoderivados (53 vs 36%, p <0,001) y a internaciones más prolongadas (7 vs 6 días de mediana, p<0,001). La mortalidad fue similar: 11,8 vs 8,5%, p ns. Llamativamente, la FA fue más frecuente en los que recibieron profilaxis antiarrítmica (23,5 vs 17%, p 0,003). En el análisis multivariado, las variables que resultaron predictoras independientes de FA postoperatoria fueron: la edad (OR 1,05 IC 1,03-1,08 p<0,01), procedimiento de urgencia (OR 2,14 IC 1,18-3,87 p 0,01) y ARM prolongado (OR 2,67 IC 1,5-4,7 p<0,01). Los p que utilizaron profilaxis antiarrítmica comparados con los que no la utilizaron eran de similar edad (64 años), sexo masculino (75%), más diabéticos (35 vs 28%, p 0,03) y con cirugía de urgencia (31 vs 16%, p 0,002) pero menos valvulares (24 vs 36%, p 0,02) y con menos CEC (57 vs 77%, p <0,01).

Conclusiones: la FA postoperatoria se presenta en casi 1 de cada 5 pacientes postoperatorios. La utilización de profilaxis antiarrítmica es muy baja en nuestro medio, donde 3 de cada 4 cirugías no la reciben. La edad, la cirugía de urgencia y la ARM prolongada fueron los únicos predictores independientes de FA postoperatoria.

0222. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RIVAROXABAN EN PACIENTES SOMETIDOS A ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR.

Arritmias y Electrofisiología

Pablo Roberto ROMERO | Pablo MOLINA | Claudio León HADID | Nicolas Mario MARTINENGHI | Javier ARRINDA CALZETTA | Omar Alejandro AGUILERA | Ricardo Renato BONATO | Sergio Josè DUBNER

Clínica y Maternidad Suizo Argentina

Introducción: Los eventos tromboembólicos relacionados a la fibrilación o aleteo auricular (FA) son las complicaciones más importantes de la arritmia, motivo por el cual se anticoagula a los pacientes (ptes). Las complicaciones hemorrágicas son secundarias a dicha medicación. A pesar de las recomendaciones de las guías sobre el manejo de los anticoagulantes para los procedimientos de ablación, hasta la fecha existe poca evidencia en el manejo de la anticoagulación en ptes que se someten a ablación de fibrilación auricular en nuestro medio, particularmente con rivaroxaban, uno de los anticoagulantes más utilizados.

Objetivos: El objetivo primario fue evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con rivaroxabán en pacientes derivados a ablación de FA. El punto final primario de eficacia fue ausencia de trombos en aurícula izquierda (AI) al momento del procedimiento y ausencia de eventos tromboembólicos en el seguimiento y la seguridad fue la ausencia de hemorragias mayores. Como punto final secundario se evaluó la tasa de complicaciones menores como las asociadas al sitio de punción que no requirieron transfusión.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, de centro único, abierto, donde se incluyeron 59 ptes consecutivos que se derivaron a procedimientos de ablación de FA mediante radiofrecuencia (RF) o crio ablación con balón (CAB) en nuestro centro. Todos los ptes recibieron una dosis diaria de rivaroxaban de 20 mg/dia, al menos 21 días antes y 60 días después del procedimiento y basados en el score HASBLED, un grupo recibió rivaroxabán ininterrumpidamente (HASBLED 0 o 1) y otro grupo suspendió 1 dosis previo al procedimiento. El tratamiento fue reiniciado antes de las 6 hs., luego del procedimiento. Las complicaciones fueron evaluadas en el post procedimiento inmediato y seguimiento clínico en consultorio a las 24 hs, 7 días y 30 días post procedimiento.

Resultados: Del total de pacientes incluidos 51 (86.5%) fueron hombres y 8 (13.5%) fueron mujeres, con un promedio de edad de 58 ± 11 años. CHADS2VASC promedio 3,4. De los pacientes incluidos, 7 (12%) tomaban rivaroxabán en forma ininterrumpida y 52 (88%) suspendieron una toma previa al procedimiento. No se observaron trombos en AI ni complicaciones hemorrágicas mayores en ninguno de los grupos. Se observo un caso en cada grupo de trombo adherido a la vaina en aurícula derecha, que podría estar relacionado al tipo de vaina utilizada. Hubo un total de 8 pacientes que presentaron un sangrado menor (13.5%), 6 de ellos correspondieron a aquellos pacientes que suspendieron 1 toma (11.5%) y los 2 restantes al grupo que no suspendió la droga (28.6%) p= n/s.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que el uso de rivaroxabán es eficaz y seguro en la ablación de FA. Se observó una mayor incidencia de complicaciones hemorrágicas menores en el grupo de pacientes que no suspendieron la anticoagulación siendo esta diferencia estadísticamente no significativa.

0223. EVOLUCIÓN DE ATEROMATOSIS SUB CLÍNICA EN POBLACIÓN ONCOLÓGICA EN PREVENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO DE UN COHORTE

Cardiología Clínica / Cardio Oncología

Renzo Eduardo MELCHIORI | Sergio GONZALEZ | Maria Noelia BRENZONI | Pamela Andrea ALARCON | Carlos CASTELLARO | Fabian Edie FERRONI | Jorge CHABAUT

Hospital Universitario Austral

Introducción: La enfermedad coronaria y el cáncer comparten múltiples mecanismo fisiopatológicos. Es escasa la evidencia en relación a la disfunción y el daño endotelial de los pacientes con antecedentes oncológicos en prevención primaria cardiovascular y el impacto que puede tener el mismo en de desarrollo de ateromatosis subclínica.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de pacientes con antecedentes oncológicos en prevención primaria cardiovascular. Analizar la proporción de factores de riesgo cardiovasculares clásicos en pacientes con antecedentes oncológicos Evaluar el cáncer como un factor de riesgo de aterosclerosis subclínica ajustado por los factores de riesgo clásicos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal del registro de pacientes en prevención primaria de un hospital universitario , que concurrieron para realizarse una evaluación estructurada que incluye rastreo de ateromatosis sub clínica (ATS) en territorio carotídeo e ileo-femoral por medio de eco Doppler desde septiembre de 2020 a abril 2022. Se incluyeron en el presente análisis los pacientes que al momento del evaluación presentaban entre 30 y 75 años y fueron interrogados en relación al antecedentes oncológico mediante formulario pre establecido. Criterios de exclusión: evento cardiovascular y/o cerebrovascular previo, neoplasia cutánea. El antecedente de cáncer se definió como patología oncológico activa o remitida. Se dividió a la población según la presencia o no de enfermedad oncológica previa al estudio (G1 : grupo NO oncológico; G2 grupo oncológico). La ATS fue definida como la presencia de al menos una placa aterosclerótica en territorio carotideo y/o ileo-femoral según Consenso de Mannheim. Así mismo se realizo la valoración del espesor de intima media y velocidad de onda de pulso. Se realizó análisis bivariado para establecer las características poblacionales. Se confeccionaron manualmente diversos modelos de ajuste en relación al antecedente oncológico y la presencia, distribución y extensión de la ATS. Se evaluó la calibración global y la capacidad de discriminación

TABLA I Variables	Cancer N 138(2.8%)	No cáncer 5071(97,2%)	p
EDAD	60 sd 10	53 sd 11	0.0001
SEXO (fem)	86 (62%)	2235 (44%)	0.001
DLP	68 (48%)	2274 (44.8%)	NS
TBQ	8 (5.6%)	652 (13%)	0.01
HTA	67 (47.8%)	1748 (34%)	0.001
OBESIDAD	31(22%)	945 (18%)	NS
DIABETES	12(8.5%)	412 (8.2%)	NS
TABLA 2 Variables	Cancer N 138(2.8%)	No cáncer 5071(97,2%)	p
PAS	126 mmHg (sd 16)	127 mmHg (Sd 17)	NS
PAD	80 mmHg (sd 10)	82 mmHg (sd 11)	NS
EIM I	0.72 mm	0.81mm	NS
EIM D	0.69 mm	0.66mm	NS
Placas (S/N)	93 (67%)	2846 (56%)	0.006
N de placas	1.9	1.4	0.004
Area total	22mm2 RIC 0-75	10 mm2 RIC 0-49	0.0007
VOP	8.8	7.9	0.0005

Resultados: Se incluyeron 5209 pacientes. El G1 5071 p y G2 138p (97.2 vs 2.8 %). Los pacientes con antecedente oncológico tuvieron mayor edad, porcentaje de mujeres e hipertensión. El resto de las características se observan en la tabla1. Las características clínicas al momento del estudios y los hallazgos se evidencian en tabla 2. Se realizo un análisis de regresión lineal de ajuste en relación al área total de placa en relación al antecedentes oncológico. Las variables de ajuste fueron: EDAD, Sexo, TBQ, Dislipemia, DBT, obesidad e HTA. El mismo evidencio que el antecedente oncológico incrementa en promedio 8 mm el área total de placa con IC del 95 % que de desde 0.2 mm a 16 mm. [Coef 8.2 p0.045 IC95% 0.2-16, R2 ajustado = 0.32]

Conclusiones: En nuestra población la presencia de enfermedad oncológica fue del 2.8%. Los pacientes con antecedentes oncológicos presentaron mayor numero de placas y mayor área, siendo el antecedente de cáncer un modulador positivo para el incremento de área total de placa ajustado por los factores de riesgo clásicos. Son necesarios más estudios para ratificar estos hallazgos, así como para dilucidar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

0227. EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA COMO UN NUEVO FACTOR CONDICIONANTE DE RE-ANGIOPLASTIA EN EL SEGUIMIENTO POST EVENTO CORONARIO

Cardio Oncología

Renzo Eduardo MELCHIORI | Lucas SZLAIEN | Pablo Manuel RUBIO | Mateo BIVORT HAIEK | Sara DIAZ | Gonzalo Ángel CENTENO | Hita ALEJANDRO

Hospital Universitario Austral

Introducción: Existe evidencia creciente que sostiene una fisiopatología proinflamatoria similar entre la enfermedad coronaria (EAC) y la progresión del cáncer (CA). Esto podría explicar una asociación entre ambas entidades. En la actualidad es escaso el conocimiento en relación a la incidencia acumulada de re-angioplastias en pacientes oncológicos en prevención secundaria luego del primer evento.

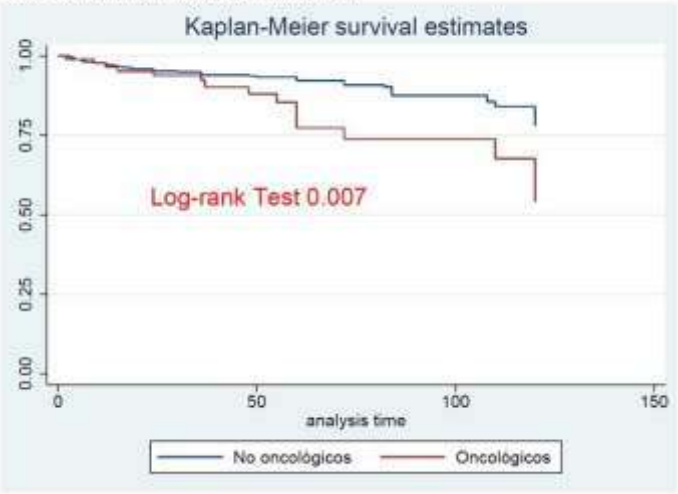
Objetivos: Evaluar la incidencia acumulada de angioplastias programadas en el seguimiento. Determinar si la enfermedad oncológica constituye un factor de riesgo independiente re-angioplastia programada ajustado por factores de riesgo clásicos en prevención secundaria.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de sobrevida incluyéndose pacientes que ingresaron por síndrome coronario agudo a la Unidad Coronaria de un Hospital Universitario de 2008 a 2021 y requirieron angioplastia. Se dividió a la población en dos grupos, aquellos con antecedente cáncer activo o remitido (CA) y sin cáncer (sinCA). Criterios de exclusión: pacientes con neoplasia cutánea, CRM previa, ACV previo, IAM previo, pacientes sin seguimiento estrecho en el hospital. Se avaluaron los factores de riesgo cardiovasculares clásicos (FRCV) al ingreso, las características angiográficas y estrategias terapéuticas de la internación. Se definió como eventos a toda angioplastia programada (reATC) fuera del contexto de un nuevo síndrome coronario agudo. El tiempo de seguimiento se definió en meses desde la internación índice. Se realizó análisis univariado y bivariado para establecer las características poblacionales. Se realizó un análisis de sobrevida con métodos gráficos y estadísticos a fin de comparar la evolución de los pacientes oncológicos luego de su primer evento coronario. Se confecciono manualmente un modelo de Cox de (reATC) en relación a los FRCV y la enfermedad oncológica.

Tabla 1.

Característica	Resultado angiográfico	CA	No CA	P value
N° de lesiones significativas	1 lesión	28(34%)	195 (45%)	NS
	2 lesiones	27 (33%)	153 (36%)	NS
	3 lesiones	*15 (28.8%)*	*42 (16.4%)*	*NS*
	Más de 3	9 (9%)	10 (1.1%)	0.001
N° de lesiones tratadas	1 lesión	42(53%)	245 (57%)	NS
	2 lesiones	24(30%)	147(35%)	NS
	3 lesiones	13(32%)	36 (13%)	0.001

Gráfico 1. Curva Kaplan Meier seguimiento re-ATC.



Resultados: Se incluyeron 683 pacientes, de los cuales 94 tenían antecedente oncológico al ingreso. La prevalencia de enfermedad oncológica fue del 13.7%. En cuanto a las características poblacionales, se evidenció que los pacientes sin CA tenían más obesidad, sedentarismo, antecedentes heredo familiares y eran más jóvenes que los pacientes con CA [60 SD 10 vs 69 SD 11 p=0.0001]. Sin otras diferencias en FRCV tradicionales. La valoración de la severidad angiográfica de la EAC se observa en la Tabla 1. El con un seguimiento de hasta 120 meses (60 -RIQ 36-84), se realizó el análisis de sobrevida. La incidencia acumulada de re ATC en el grupo CA fue superior al grupo sin CA [15.9 % (n: 15) vs 8.6 % (n:50) p=0.022]. El análisis de sobrevida evidencio un incremento del riesgo de eventos en el grupo CA con un log-rank test =0.007. El cáncer resultó ser un factor predictor independiente de re ATC en el seguimiento, mediante un modelo multivariable de Cox ajustados por edad, sexo, DBT, HTA, DLP, TBQ, obesidad con un HR de 2.03 IC 95% 1.07- 3.86 , p= 0.031

Conclusiones: En nuestra población la prevalencia de cáncer fue del del 13.9%. El grupo oncológico no presento diferencias en relación a las estrategias terapéutica en la internación índice. El antecedente de enfermedad oncológica se comportó como un factor predictor independiente de riesgo en el seguimiento de re-ATC en comparación con los no oncológicos. Son necesarios más estudios para ratificar estos hallazgos, así como para dilucidar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

0228. LA EVOLUCIÓN DE LOS REGISTRADORES HOLTER: INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL

Arritmias y Electrofisiología

Pablo Roberto ROMERO | Pablo MOLINA | Gabriel EIDELMAN | Gabriel CHAROVSKY | Claudio León HADID | Javier ARRINDA CALZETTA | Omar Alejandro AGUILERA | Sergio Josè DUBNER

Sanatorio de los Arcos

Introducción: Los registradores electrocardiográficos tipo Holter, tienen la limitante de su escasa memoria, en general no superior a registros de 24 o 48 horas, además de la falta de información en tiempo real. Recientemente han surgido nuevos equipos con la posibilidad de obtener la información en tiempo real y por tiempo prolongado.

Objetivos: Objetivos: Evaluar la utilidad y la calidad técnica de los nuevos sistemas de registro prolongado.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, donde se evaluaron los primeros 100 pacientes (pac) consecutivos derivados para la realización de un Holter y que recibieron el registrador Bioflux MCT (aprobados por FDA y ANMAT y que cumplen con los criterios HIPAA) con capacidad de registros en 3 canales y entre 24 hs y 7 días de duración. Estos equipos envían en forma permanente la información a través de la telefonía celular a una central de monitoreo donde es analizado y guardado. Al enviar permanentemente la información online, la duración del registro puede ser ilimitada. Los informes fueron luego evaluados y analizados por electrofisiólogos de nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 100 pac, 48 mujeres, edad promedio 56 +-11 años (rango 17-86). La indicación del estudio fue: 53% por palpitaciones, 26% para evaluación del tratamiento antiarrítmico, 12% control anual, 4% mareos, 2% sincope y 3% otros. En 89 pac el registro duró 24 horas y en 11, 7 días. Los registros fueron evaluados en tiempo real en el consultorio luego ser conectados los pac y no se observaron inconvenientes técnicos en ninguno de ellos. Los pac toleraron sin inconvenientes la utilización del mismo. El porcentaje de artificios técnicos de los registros fue de 3%, similar a los registros convencionales. Se detectaron arritmias en el 91% de los registros (ESV, EV, TSV, TV de 3 latidos o mas y pausas superiores a 2.5 seg), siendo las ESV las de mayor incidencia (56% del total).

Conclusiones: Este nuevo sistema de monitoreo, que une las características del registrador convencional con la posibilidad de ver el registro en tiempo real y por tiempo prolongado, es seguro, ofrece muy buena calidad de registros, correcta discriminación de los latidos, brindando al cardiólogo un diagnóstico precoz basado en inteligencia artificial para un mejor diagnóstico de arritmias y de tratamiento del paciente.

0231. GASTO CARDIACO EN EL PACIENTE CRÍTICO ¿SON INTERCAMBIABLES LAS DISTINTAS MEDIDAS?

Cardiología Crítica / Ecocardiografía

Elizabeth RAVINOVICH

Sanatorio Allende

Introducción: El 22% de los pacientes que ingresan a la unidad coronaria (UCO) tienen criterios clínicos de shock, que es la expresión de un desequilibrio entre consumo de oxígeno (VO2) y su transporte (DO2) determinado por el gasto cardiaco (GC), hemoglobina y presión parcial de oxígeno. La monitorización correcta y precoz del GC evalúa la función cardiaca global en el paciente crítico, aportando información tanto diagnóstica, como sobre la fisiopatología del cuadro, para así proporcionar terapéutica dirigida. El catéter en la arteria pulmonar (CAP) es el gold standard para la medición del GC sin embargo su uso rutinario sigue siendo controvertido, debido a los resultados contradictorios de la evidencia. De forma ideal, el método de elección para determinar el GC, debería ser: no invasivo, continuo, fiable, reproducible, cómodo para el paciente y el profesional, exacto y con los mínimos efectos secundarios. No existe método disponible actualmente que cumpla todas estas características. La medición de GC por Ecocardiografía (GC-ETT) y por ecuación de Fick (GC-FIck) son dos métodos no invasivos de rápida realización desarrollados como herramientas de uso diario.

Objetivos: Comparar las mediciones de GC-FIck, GC-ETT y GC por PAC realizadas por médicos de guardia en formación, basándonos en el fundamento teórico que estos valores deberían correlacionarse para así poder utilizar estos métodos según la disponibilidad y contexto clínico individual de cada paciente.

Materiales y Métodos: Se realizó la medición de GC-FIck y GC-ETT en pacientes internados en UCO que por criterio clínico del médico tratante se decidió colocar CAP. Las medidas fueron realizadas por médicos de guardia en formación. Los límites de acuerdo (LDA) y error entre ambos métodos, y la desviación estándar de las diferencias (precisión) se estudiaron con el diagrama de Bland Altman (gráfica de la diferencia versus la media de las medidas). El porcentaje de error se calculó como desviación estándar por dos sobre la media de todas las medidas y expresado en porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, el motivo de ingreso de la mayoría 43,3 % fue por Insuficiencia cardiaca descompensada y este mismo motivo fue la razón de colocación de CAP según criterio médico en la mayoría de los pacientes. El análisis de Bland Altman para las medidas de GC-PAC y GC-ETT mostró un sesgo de 0,26 L/min con LDA entre -2,64 L/min a 3.17 L/min. La precisión fue de 1,48 L/min, el porcentaje de error fue de 55%, y la dispersión de 5.81 L/min (Figura 3). Mientras que para GC-PAC y GC-Flck mostró un sesgo de 0,83 L/min con LDA entre -2,59 L/min a 4.24 L/min. La precisión fue de 1,65 L/min el porcentaje de error fue de 47%, y la dispersión de 6.83 L/min. Se realizó la prueba de H de. Kruskal-Wallis analizar si el valor de GC con las distintas medidas varía según el grado de insuficiencia mitral, insuficiencia tricuspídea y la fracción de eyección, el resultado fue que ninguno de estos factores modifica el valor GC en ninguna de las formas de medición en la población estudiada

Conclusiones: El cálculo del GC se lleva a cabo de forma rutinaria por termodilución. Su invasividad y complicaciones relacionadas llevaron a la búsqueda de métodos alternativos. Al comparar dos métodos diferentes de medición dos factores de importancia que se tienen en cuenta son el sesgo y la precisión. La precisión evalúa la reproducibilidad de los mismos resultados en un mismo individuo y el sesgo cuantifica la ausencia de un error sistemático. Los distintos métodos de medición de GC analizados en este estudio no son intercambiables en una población heterogénea de pacientes internados con patología crítica. Realizados por distintos médicos de guardia en formación presentan alto PE y LDA pudiendo llevar errores diagnósticos y por consiguiente terapéuticos.

0233. ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE EMPATÍA EN MÉDICOS Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Aspectos Psicosociales / Cardiología Clínica

Alan Rodrigo SIGAL (1) | Rocio BARO VILA(1) | Maximiliano MASSA(1) | Mariano BENZADÓN(1) | Ricardo Jorge GELPI(2) | Alberto E. ALVES DE LIMA(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2)

Introducción: La dinámica de la relación médico-paciente es cada vez más reconocida como un factor determinante de la satisfacción del paciente, como así también del comportamiento prescriptivo del médico y sus resultados clínicos. La empatía es un aspecto fundamental que compone esta relación.

Objetivos: En este estudio buscamos correlacionar los valores de empatía de los médicos del servicio con los resultados de las encuestas de satisfacción del paciente ambulatorio, medido mediante una herramienta llamada HCAPS.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo para evaluar la relación de la empatía del médico tratante con la satisfacción del paciente. Se incluyeron los médicos que realizaron actividad asistencial en el consultorio ambulatorio en el ICBA, desde Enero del 2017 hasta Mayo del 2021, sobre los cuales se dispone de resultados de encuestas de satisfacción de los pacientes. Los niveles de empatía se evaluaron mediante el uso de la escala de empatía médica de Jefferson (EEJ), que está compuesta por 20 ítems que deben ser contestados en una escala de Likert del 1 al 7. El puntaje máximo es de 140. A su vez, cuenta con 3 subcategorías: "Toma de Perspectiva" (Puntaje máximo 70), "Cuidado con compasión" (Puntaje máximo 49), y "Ponerse en los zapatos del paciente" (Puntaje máximo 21). La satisfacción del paciente se evaluó mediante las encuestas HCAPS. Estas constan de 5 preguntas dirigidas a la experiencia puntual, y una pregunta final que solicita una valoración global del 1 al 10. Se evaluó la relación entre los niveles de empatía con el porcentaje de pacientes que contestaron "Completamente de acuerdo" a cada ítem de los HCAPS.

HCAPS.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Me explicó claramente mi preocupación o enfermedad					
Me explicó las opciones para mi tratamiento					
Dedicó el tiempo suficiente para mi consulta					
Mostró interés en mis problemas					
Me trató con respeto					

Resultados: Se obtuvo el resultado de la EEJ de 65 médicos de atención ambulatoria del ICBA, de los cuales 20 (30.8%) fueron mujeres y 45 (60.2%), hombres. El 55.4% de ellos fueron menores de 50 años de edad y la edad media de los médicos que respondieron la encuesta fue de 48.8 años, con una edad mínima de 28 y máxima de 74. La mayoría (81.5%) habían recibido su título de especialista hace 5 años o más. La mediana del score total de empatía fue de 120,7 (DS 11,1) y para cada subescala fue de 62,3 (DS 5,9) para ¨Toma de perspectiva¨, 42,9 (DS 5,4) para ¨Cuidado con compasión¨ y finalmente, de 15.5 (DS 3,2) para ¨Ponerse en los zapatos del paciente¨. Encontramos que los pacientes percibían un mayor trato respetuoso y que se les explicaba mejor sus opciones de tratamiento por parte de los médicos con mayores niveles de empatía. No hubo diferencias significativas en los niveles de empatía de los médicos según su edad, sexo, o

tiempo desde la obtención del título de especialista, aunque si una tendencia que favorecía a las mujeres y a aquellos profesionales con mas tiempo de práctica.

Conclusiones: Los resultados validan a la empatía como una habilidad clave dentro de la relación médico-paciente, que favorece la experience del paciente y su satisfacción de la consulta.

0234. EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE ECOGRAFÍA INTRACARDIACA PARA GUIAR EL ABORDAJE TRANSEPTAL EN ABLACIÓN DE ARRITMIAS CARDIACAS

Arritmias y Electrofisiología

Damián AZOCAR (1) | Gonzalo PEREZ TORELLO(1) | Josue YANEZ(1) | Nicolas Mario MARTINENGHI(2) | Iris Mariana SANCHEZ(1) | Ricardo YAMASE(3) | Guillermo CARNERO(1)

Clínica Zabala (1); Clínica del Sol (2); Hospital General de Agudos Dr. C. Durand (3)

Introducción: El abordaje transeptal es una técnica frecuentemente utilizada en laboratorios de electrofisiología. Recientemente se ha incorporado la ecografía intracardiaca (EIC) como herramienta útil para guiar el acceso transeptal. La incorporación nuevas tecnologías requiere realizar la curva de aprendizaje para su adecuada utilización.

Imágenes obtenidas con EIC con transductor ubicado en aurícula derecha. A) Visualización de septum interauricular. B y C) Punta de aguja transeptal realizando "tenting" en región de la fosa oval del septum; D) Imagen de "burbujas" producidas por inyección de líquido de contraste en aurícula izquierda luego de la punción; E y F) presencia de catéter guía en aurícula izquierda.

Objetivos: Describir nuestra experiencia inicial con el uso de EIC para guiar abordaje transeptal.

Materiales y Métodos: Serie de casos consecutiva. Se incluyeron los pacientes en quienes se realizó abordaje transeptal guiado con EIC independientemente del sustrato abordado o el uso concomitante de ecocardiograma transesofágico. La sonda de EIC se introdujo a través de introductor de 10 a 12 FR por acceso venoso femoral y progresada hasta aurícula derecha desde donde fue visualizado el septum interauricular. Adicionalmente se utilizaron reparos radiológicos clásicos (his y/o seno coronario)

Resultados: Entre marzo del 2020 y mayo del 2022 se realizaron 30 abordajes transeptales guiados con EIC. La edad media fue 52 años (min 20, máx 80) y 23 (76.6%) masculinos. Los sustratos que motivaron dicho acceso fueron fibrilación auricular 23 (76.6%), vías accesorias izquierdas 5 (16.6%), taquicardia ventricular idiopática 1 (3.3%) y taquicardia ventricular isquémica 1 (3.3%). Los primeros 5 abordajes fueron realizados en presencia de un operador con experiencia previa en EIC. En todos los casos se logró una visualización adecuada del septum interauricular pudiéndose realizar la punción transeptal en forma exitosa. No se observaron complicaciones relacionadas a la intervención.

Conclusiones: Según nuestra experiencia inicial el abordaje transeptal guiado con EIC es una técnica segura y con una breve curva de aprendizaje.

0235. ASISTENCIA VENTRICULAR EXTRACORPÓREA EN EL PARO CARDIACO INTRAHOSPITALARIO: UNA REALIDAD POSIBLE EN NUESTRO MEDIO?

Cardiología Crítica / Insuficiencia Cardíaca

Lucrecia BURGOS | Ana SPACCAVENTO | Leonardo SEOANE | Juan Francisco FURMENTO | Mariano VRANCIC | Rocio BARO VILA | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La reanimación cardiopulmonar extracorpórea (RCPE) es la utilización de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en pacientes en los que las medidas de reanimación cardiopulmonar convencional no logran un retorno sostenido de la circulación espontánea luego de un paro cardiorespiratorio (PCR). Existe limitada información en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar las características y los resultados clínicos intrahospitalarios y a largo plazo de pacientes adultos tratados con RCPE después de un paro cardíaco intrahospitalario (PCRIH) en un centro de alta complejidad de Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte unicéntrico. Se analizaron retrospectivamente pacientes adultos consecutivos que fueron asistidos con ECMO VA por PCRIH entre 2014 y 2022. Se incluyeron pacientes acorde al protocolo interno de RCPE: PCRIH presenciado, de probable causa cardíaca (principalmente con taquicardia ventricular o fibrilación ventricular como ritmo de inicio), que se extendieron más de 20 minutos, aún con una adecuada reanimación cardiopulmonar desde el inicio del mismo. Se excluyeron aquellos con PCR en cirugía cardíaca.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 8 pacientes, representando el 11,9% de los ECMO VA implantados en ese periodo en el centro. La mediana de edad fue de 46 años (RIC 30-58); el 66% eran mujeres. El 37,5% tenía antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, y el 12,5% diabetes. Ningún paciente presentó antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad renal crónica, accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad vascular periférica, fibrilación auricular o anemia. La canulación fue periférica en el 88% (n=7) y el 100% de los ECMO se implantaron con estrategia de puente a la recuperación. La mediana de duración de la asistencia circulatoria fue de 5 días (RIC 2-8). Se pudo extraer el ECMO VA de forma exitosa en el 62,5% (n=5) de los pacientes. La tasa de supervivencia en ECMO VA fue del 62,5% (n=5), y al alta del 37,5% (n=3). La causa de muerte fue no cardiovascular en el 80% de los pacientes. Las complicaciones reportadas incluyen: hemorragia mayor (66%), insuficiencia renal aguda no dialítica (66%), infección (33%), convulsiones (11%) y complicaciones tromboembólicas (33%). No se reportó ninguna muerte cerebral, y 1 paciente tuvo un accidente cerebrovascular isquémico. La mediana de seguimiento luego del alta fue de 14 meses (RIC 7-30). De aquellos que sobrevivieron, el 33% se encuentra en lista de trasplante cardíaco electivo y el 66% se encuentra en seguimiento con función biventricular conservada.

Conclusiones: El ECMO VA como tratamiento del PCRIH en nuestro centro presentó una sobrevida aceptable al alta hospitalaria, y comparable a los reportados por el registro internacional multicéntricos de la ELSO. El ECMO VA puede ser un tratamiento efectivo en pacientes altamente seleccionados cuando las terapias convencionales fallan, siendo útil y aplicable en un país de bajos y medianos ingresos con acceso limitado a los dispositivos de asistencia circulatoria.

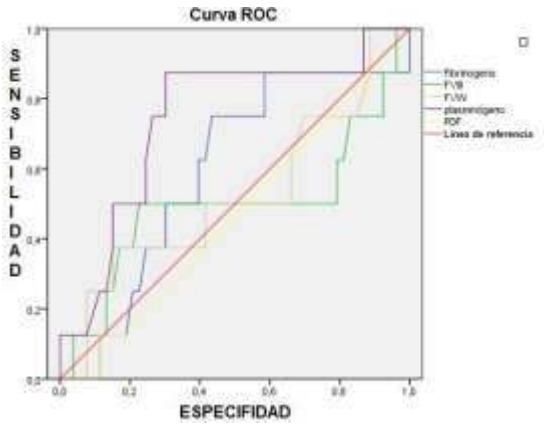
0236. COMPARACIÓN ENTRE EL PLASMINÓGENO, FACTOR DE VON WILLEBRAND, FACTOR VIII, FIBRINÓGENO Y PRODUCTOS DE LA DEGRADACIÓN DEL FIBRINÓGENO PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCASEST) EN PACIENTES DE UNA UNIDAD PRECORDIAL.

Sindrome Coronario Agudo / Cardiopatía Isquémica

Octavio DEFELITTO | Ana PASTORINO | Sebastian ECIOLAZA | Maria Manuela CLAVIJO | Adriana VENTURA | Gonzalo GARATE | Claudio HIGA

Hospital Alemán

Introducción: La activación plaquetaria y la cascada de coagulación tienen un papel clave en la fase inicial y en la evolución de los síndromes coronarios agudos (SCA). En este sentido, la trombosis sobre una placa aterosclerótica es el mecanismo más frecuente en su fisiopatología. Sin embargo, existe muy poca evidencia disponible sobre el potencial valor diagnóstico de marcadores asociados a los procesos relacionados a la pro trombosis/trombolisis como fibrinógeno (FIBC), productos de degradación de fibrinógeno (PDF), plasminógeno (PL), factor VIIIc y factor de Von Willebrand (FVW) para descartar SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST) en pacientes ingresados a una Unidad de Dolor Precordial (UDP).



Objetivos: Evaluar la utilidad diagnóstica del FIBC, PDF, PL, factor VIIIc y FVW para descartar SCASEST en pacientes ingresados a una UDP.

Materiales y Métodos: En este análisis preliminar, se analizaron pacientes (pts) incluidos consecutivamente en una UDP de un Hospital de Comunidad por dolor precordial sospechoso. Se incluyeron pacientes cursando SCASEST definido como dolor precordial típico, con electrocardiograma y troponina T ultrasensible (TnTus). Se dosó TnTus con algoritmo de 0h/3h y entre los marcadores de trombosis se evaluaron: FIBC, PDF, PL, factor VIIIc y FVW. Las muestras recolectadas fueron almacenadas a - 70° C y analizadas mediante sistemas de coagulación IL e instrumento ACL TOP 300 (WM Argentina). La TnTus se determinó con un analizador ROCHE ELECSYS. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes e intervalos de tiempo entre el dolor a la admisión y entre los dosajes de TnTus, estudios y evolución intrahospitalaria. Se evaluó la

capacidad discriminativa de los test para el diagnóstico de SCA mediante análisis del Área Bajo la Curva ROC. Se identificaron los mejores valores de corte por curva ROC para analizar los tests dicotómicamente y obtener la sensibilidad, especificidad, likelihood ratio positivo y negativo. La comparación de áreas bajo la curva ROC se realizó con el método de De Long. Se realizó un modelo de regresión logística para identificar tests asociados independientemente a dicho diagnóstico. Métodos bioquímicos de medición. Para los análisis estadísticos se usó el programa SPSS 23.0 Statistics (IBM Corporation, Armonk, NY). Se consideró como significativo a un valor de $p < 0.05$.

	Fibrinogeno	Factor VII	FVW	Plasminogeno	PDF
Mejor Valor corte por Curva ROC	352	140	125	66	3.7
Sensibilidad	63	60	41	66	0.00
Especificidad	51	47	48	62	0.92
Likelihood Ratio +	1.31	1.14	0.80	1.7	0
Likelihood Ratio -	0.71	0.84	1.21	0.53	1.08

Resultados: En este análisis preliminar, se evaluaron 156 pts, con una media de 62 ± 12 años, 42% mujeres, el 53% eran hipertensos, el 28% tabaquistas, 9% diabéticos, el 39% dislipémicos, 16% IMC<30 ,el 22% con antecedente de SCA, el 60% con electrocardiograma normal, 16% alteraciones de la onda T, 9% infradesnivel del ST,el 56% plasminógeno mayor a 65 y una media de 70 ± 2.7. El Área Bajo la Curva ROC para el FIBC fue de 0.59 (IC 95% 0.39-0.79), para el Factor VIII de 0.49 (IC 95% 0.22-0.76), para el FVW 0.52 (IC 95% 0.28-0.75), PL 0.74 (IC 95% 0.55-0.93) y para los PDF 0.46 (IC 95% 0.25-0.67) Ver Imagen/Tabla 1. En la Imagen/Tabla 2 se detalla la sensibilidad, especificidad, likelihood ratio + y - de los diferentes marcadores dicotomizándolos por el valor de corte obtenido por Curva ROC. Por el análisis de regresión logística multivariado, solo el PL resultó estar independientemente asociado al diagnóstico de SCASEST OR 0.69 (IC 95% 0.29-0.6) p= 0.04.

Conclusiones: Según este análisis preliminar el plasminógeno tiene mayor capacidad discriminativa sobre FIBC, PDF, factor VIIIc y FVW y resultó ser el único marcador independientemente asociado al diagnóstico de SCASEST, en pacientes de una UDP.

0238. RESPUESTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL A LA DIETA HIPOSÓDICA EN SUJETOS NORMOTENSOS

Hipertensión Arterial

Fernando MARGULIS | Roberto SABBATIELLO | Veronica GOLGLID | Carlos CUEVAS | Claudia CASTRO | Veronica AGUIRREZABALA | Miriam MARTINEZ | Ruben SCHIAVELLI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El beneficio de la restricción salina para reducir la PA en la población general ha sido causa de debate por décadas. La respuesta de la presión arterial (PA) a la ingesta de sal varía entre los individuos. El término sal sensibilidad (SS) ha sido empleado para mostrar un incremento de la PA en respuesta a la sobrecarga salina tanto en normotensos como en hipertensos y se han propuesto como factores predisponentes a la edad, el sexo y la obesidad.

Objetivos: Evaluar la respuesta de la PA de consultorio (PAc) y la PA ambulatoria (PAa) a los cambios en la ingesta de sal, en sujetos sanos normotensos.

Materiales y Métodos: Se analizaron 193 sujetos que participaron en la evaluación como posibles donantes de riñón, ninguno tenía antecedentes de hipertensión, diabetes, enfermedad renal ni cardiovascular. Recibieron dos dietas estandarizadas consecutivas una con 300 mEq y la otra con 30 mEq de Na/día. El último día de cada dieta se realizó laboratorio con recolección de orina de 24hs y se colocó el holter de presión por 24hs en el brazo no dominante, previo control de la PAc. Los datos se expresaron como media y desvío estándar (DS), se utilizó test de Student y ANOVA de una vía para la comparación de medias, se consideraron diferencias estadísticamente significativas valores de $p<0.05$.

Variación Dieta Cs/Ss	Masculino-SR	Masculino-SS	Femenino-SR	Femenino-SS	p
Variación PASc	2,56 ± 8	10,4 ± 14	2,57 ± 8	8,98 ± 10	0.0001
Variación PADc	- 1,1 ± 5	3,15 ± 8	- 0,8 ± 5	1,33 ± 6	0.008
Variación PAS 24hs	1,59 ± 5	12,66 ± 6	2,01 ± 4	13 ± 8	0.0001
Variación PAD 24hs	- 0,59 ± 3	6,14 ± 5	0,83 ± 3	6,98 ± 4	0.0001
Variación PAS Diurna	1,91 ± 6	11,66 ± 6	1,73 ± 5	13,4 ± 8	0.0001
Variación PAD Diurna	- 0,75 ± 4	5,24 ± 4	- 0,49 ± 4	7,36 ± 5	0.0001
Variación PAS Nocturna	1,12 ± 9	13,97 ± 12	1,5 ± 8	10,93 ± 14	0.0001
Variación PAD Nocturna	- 0,44 ± 5	6,62 ± 7	0,47 ± 5	5,73 ± 6	0.0001

Resultados: Pertenecían al sexo femenino 120 (62%) y 71 (37%) eran sal sensibles (SS). La edad media fue 46,9 ± 10 años (20 – 72). No encontramos diferencias significativas de la edad entre los sexos. (F= 46,7 ± 10 vs M=47,3 ± 9 p=0.704), pero la edad en los SS fue significativamente más alta que los sal resistentes (SR) (49,8 ± 9 vs 45,3 ± 10 p=0.002. El índice de masa corporal (IMC) se encontró aumentado 27,7 ± 4 pero no encontramos diferencias significativas entre los sexos ni de acuerdo a la SS (F=27,5 ± 4 M=28,1 ± 4 p=0.248 y SS=27,9 ± 4 SR=27,6 ± 4 p=0.624, respectivamente). No encontramos asociación entre el sexo y la SS (p=0.509). Entre la dieta hipersódica y la hiposódica, la diferencia media de la excreción urinaria de Na+ fue 165,2 ± 83 mEq/24hs, entre los hombres fue significativamente más alta que entre las mujeres (201,6 ± 84 vs 142,3 ± 75 p=0.0001) sin encontrar diferencias según la SS. No encontramos diferencias significativas de la variación de la PAc ni de la PAa, con los cambios de la dieta de acuerdo al sexo, pero sí de acuerdo a la SS. (Tabla-1). La reducción media de la PASc fue 6,13 ± 10 y de la PADc 0,35 ± 5, siendo significativamente más alta en los SS que en los SR (9,69 ± 12 vs 2,57 ± 8 y 2,24 ± 7 vs – 0,95 ± 5 p=0.001); mientras que la reducción media de la PASa fue 7,13 ± 8 y de la PADa 3,33 ± 5, también observamos una reducción significativamente mayor en los Ss que en los Sr (12,83 ± 7 vs 1,8 ± 5 y 6,56 ± 5 vs 0,12 ± 3 p=0.001).

Conclusiones: La sal sensibilidad determinaría la reducción tanto de la PAc como de la PAa con la dieta hiposódica en sujetos normotensos, independientemente del sexo y del sobrepeso.

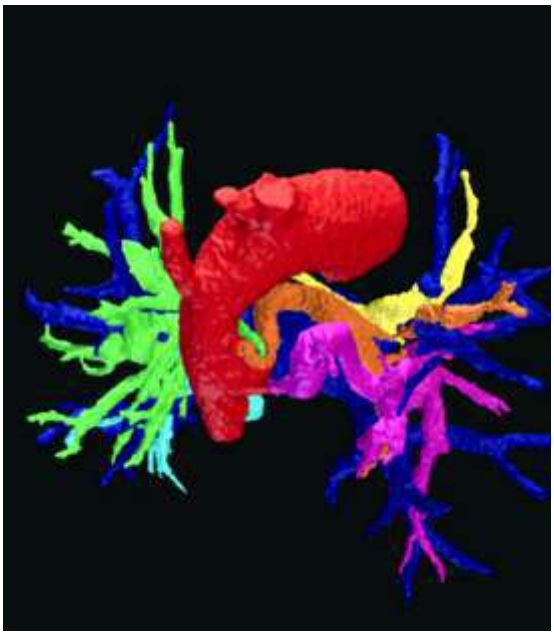
0240. MODELOS DE RECONSTRUCCIÓN 3D EN ATRESIA PULMONAR CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y COLATERALES AORTO PULMONARES.

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Multimagen

Norberto BERBER | Inés Ana MARTÍNEZ | Ignacio LUGONES

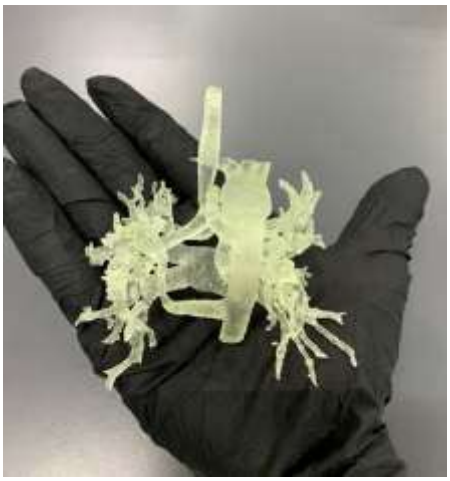
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: La atresia pulmonar con comunicación interventricular (AP con CIV) y colaterales aortopulmonares mayores (MAPCA's) es una cardiopatía congénita que incluye subgrupos heterogéneos de pacientes. La vascularización pulmonar es variada, a veces con patrones extremadamente complejos, que pueden incluir la presencia de ramas pulmonares centrales de diverso tamaño hasta la irrigación pulmonar dependiente de MAPCA's



Objetivos: Evaluar la utilidad de los modelos de reconstrucción 3D en la toma de decisiones para el abordaje quirúrgico en pacientes con AP con CIV y MAPCA's

Materiales y Métodos: Se les realizó angiotomografía computarizada cardíaca con posterior reconstrucción tridimensional a 3 pacientes (2 varones y una mujer con edades entre 2 y 9 meses) con AP con CIV para valorar la vascularización pulmonar, la presencia y morfología de las arterias pulmonares centrales y la relación entre las MAPCA's, el esófago y los bronquios.



Resultados: La reconstrucción 3D proporcionó una evaluación precisa de la vascularización pulmonar así como su relación con otras estructuras mediastinales. Esto permitió decidir la realización de una anastomosis central como punto de partida a la rehabilitación de arterias pulmonares nativas en dos pacientes y la elección del camino de unifocalización en varios estadios en el restante.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la heterogeneidad de los patrones de suministro vascular pulmonar en la AP con CIV y MAPCA's y la necesidad de adoptar un abordaje a medida para cada paciente, los modelos de reconstrucción 3D ofrecen un recurso sumamente valioso para la toma de decisiones quirúrgicas.

0243. ¿SE PUEDE CALCULAR LA FRECUENCIA CARDÍACA A PARTIR DE UN VIDEO-SELFIE?

Salud Digital E Inteligencia Artificial

Nicole BARTELLINI HUAPALLA | Martina BUNGE | Pablo Alberto RODRIGUEZ SUAR | Javier SANKOWICZ | Santiago RODRÍGUEZ SALINAS | Américo Agustín VALDAZO | Macarena FERNÁNDEZ URQUIZA | Gustavo Javier DAQUARTI

UMA-Health

Introducción: La teleconsulta mediante dispositivos móviles ha demostrado ser útil en el diagnóstico y monitoreo de los pacientes cardiovasculares. Sin embargo, la incapacidad de realizar un examen físico completo limita sus beneficios y adopción. La medición de la frecuencia cardíaca es un parámetro fundamental y, teóricamente, podría ser estimada de forma remota a través de fotopletismografías (FPG) utilizando la cámara de estos dispositivos. Modelos de deep learning han demostrado resultados prometedores en el procesamiento de señales siendo factible su implementación para extraer la onda de pulso a partir de la FPG.

Objetivos: Desarrollar un algoritmo basado en inteligencia artificial para la predicción de la frecuencia cardíaca mediante FPG obtenidas a partir de videos del rostro utilizando dispositivos móviles.

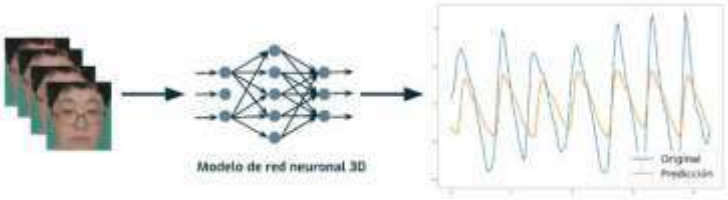


Figura 1. Diagrama explicativo del flujo para la predicción de fotopletismografías.

Materiales y Métodos: 610 videos de 49 sujetos en reposo y sus FPG sincrónicas fueron obtenidos a partir de bases de datos públicas. Estos videos fueron preprocesados y se segmentó el rostro con un algoritmo de detección de cara. Se dividió el dataset reservándose el 10% para validación. Se entrenó una red neuronal convolucional 3D basada en PhysioNet, la cual reconstruye la señal de FPG a partir del video. Al entrenar la red, se buscó maximizar la similitud con las FPG originales. 127 videos extraídos con otros dispositivos y bajo condiciones diferentes fueron utilizados para testear la robustez del modelo. Se aplicó un algoritmo de detección de latidos sobre las predicciones del modelo y las FPG originales, obteniéndose así la frecuencia cardíaca en ambas señales. Los valores de ambas fueron comparadas. Las métricas utilizadas para la comparación fueron el error medio absoluto (MAE) en latidos por minutos (lpm), el error cuadrático medio (RMSE) en lpm, el coeficiente de correlación de Pearson entre las frecuencias (þ) y el p-value del Test de Correlación de Pearson.

Dataset	MAE (lpm)	RMSE (lpm)	þ	P-value
Validación	2.5	4.1	0.9712455	<2.2e-16
Test	15.6	20.7	0.2083863	0.01872

Resultados: El modelo obtenido llegó a aproximar las FPG predichas a las originales con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.8244 en los datos de validación. Las métricas de frecuencia cardíaca se detallan en la tabla.

Conclusiones: Extraer la frecuencia cardíaca a partir de una video selfie mediante dispositivos móviles sería factible utilizando modelos de inteligencia artificial. Futuros desarrollos, incluyendo mayor cantidad datos y/o modelos más complejos, podrían permitir su implementación en las teleconsultas.

0244. VALIDACIÓN DEL ÍNDICE LEUCO-GLUCÉMICO COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA EVOLUCIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Sindrome Coronario Agudo / Cardiología Clínica

Pilar DOMENECH | Santiago DECOTTO | Giuliana CORNA | Fernando COHEN | Juan Guido CHIABRANDO | Juan Ignacio DAMONTE | Rodolfo PIZARRO | Carla Romina AGATIELLO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) es una patología con una elevada morbimortalidad. Existen distintos scores de estratificación de riesgo validados para esta patología. El recuento leucocitario y las concentraciones séricas de glucosa son mediciones usualmente solicitadas en todos los pacientes que se internan en una unidad de cuidados cardiológicos, debido a que son de facil obtención y bajo costo. Existe escasa

evidencia que relacione la asociación entre el numero absoluto de leucocitos con la glucemia [índice leuco-glucémico (ILG)].

Objetivos: Determinar la asociación entre el ILG con mortalidad y complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo en pacientes con SCACEST.

Materiales y Métodos: Se diseñó una cohorte retrospectiva, unicentrica con pacientes hospitalizados por SCACEST entre 2016 y 2020. Se analizaron las características clínicas y de los estudios complementarios basales de los pacientes así como la evolución de los mismos durante el seguimiento. El ILG se calculó con la siguiente fórmula: [glucemia (mg/dl) x recuento de leucocitos (106/l)] / 1000. El punto de corte de referencia se tomó de la bibliografía y fue de 1,6. El punto final primario fue mortalidad por cualquier causa. Los puntos finales secundarios fueron mortalidad intrahospitalaria, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal. La sobrevida se estimó mediante la curva de Kaplan Meier y análisis Log-Rank test. Se realizó el análisis de Cox ajustando por variables clínicamente relevantes.

	Total	ILG < 1,6	ILG > 1,6	p test
n	263	146 (55.5%)	111 (42.6%)	
Edad (años)	67.77 ± 13.29	66.92 ± 13.04	68.49 ± 13.73	0,351
Sexo masculino (%)	186 (70.7)	108 (74.0)	75 (67.6)	0,325
Diabetes (%)	37 (14.1)	13 (9.0)	22 (19.8)	0.02
Recuento leucocitario al ingreso, mediana [RIC]	11540 [9078.5 - 13896.5]	9829.5 [7829.5 - 11734.7]	14256 [11850 - 16470]	<0.001
Glucemia al ingreso, mediana (mg/dl) [RIC]	130 [115- 158]	117.5 [107 - 130]	160 [137.5 - 218]	<0.001
ILG ingreso, media ± SD	1837.17 ± 1275.17	1156.81 ± 297.96	2732.05 ± 1498.25	<0.001
Troponinas de ingreso, mediana [RIC]	65 [27 - 231]	71 [30.5 - 225]	56 [21.3 - 231]	0,329
KK a la Presentación (%)				<0.001
A-B-C	221 (84.0)	135 (92.5)	82 (73.9)	
D	42 (16.0)	11 (7.5)	29 (26.1)	
Uso de inotrópicos (%)	42 ± 16.0	9 (6.2)	31 ± 27.9	<0.001
Requerimiento de ARM (%)	37 ± 14.2	10 ± 6.9	24 ± 21.8	0,001
Muerte total (%)	36 ± 14.1	11 ± 7.6	22 ± 20.6	0,005
Muerte intrahospitalaria (%)	20 ± 7.6	3 ± 2.1	13 ± 11.7	0,004
IAM no fatal (%)	12 ± 4.7	7 ± 4.8	5 ± 4.7	1
ACV no fatal (%)	3 ± 1.2	3 ± 2.1	0 ± 0.0	0,367

Resultados: Se incluyeron un total de 263 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 22,3 meses [RIC 8,4 - 37,1]. La edad promedio fue de 67,77 ± 13,29. El 70 % fueron de sexo masculino (Tabla 1). El 42,6 % (n=111) pacientes presentaron ILG > 1,6 al ingreso. El grupo de pacientes con ILG > a 1,6 presentó valores de glucemia más altos (130 vs 117,5 mg/dl; p<0,001) y también recuentos de leucocitos más elevados (11540 vs 9829; p<0,001). El grupo con mayor ILG presentó Killip y Kimbal más elevado (p < 0,001) (siendo igualmente el más frecuente el KKA), mayor requerimientos de inotrópicos (p< 0,001) y de asistencia respiratoria mecánica (p=0,001). Con respecto al punto final primario, los pacientes del grupo con ILG elevado al ingreso presentaron mayor mortalidad durante el seguimiento (Imagen 2). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de los puntos finales secundarios. En el análisis de Cox se evidenció que el ILG es un factor de riesgo independiente de edad, sexo, duración de síntomas y Killip y Kimball al ingreso (HR 1.05 IC 95% [1,01-1,1] p=0,02).

Conclusiones: Los pacientes hospitalizados por SCACEST con ILG > 1,6 al ingreso presentan mayor mortalidad tanto intrahospitalaria como durante el seguimiento.

0245. PREDICCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular / Arritmias y Electrofisiología

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Lisandro OLGUIN JOSEAU (2) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Lucila RIZZO(1) | Maria Laura ALTAMIRANO(3) | Daniela DIAZ(3) | Cecilia MITRIONE(3) | Adrian LESCANO(1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Colegio Argentino de Cirujanos CV (2); GRUPO ARGEN CCV (3)

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) que se produce en el postoperatorio de la cirugía cardíaca es un evento que ocurre en casi un tercio de los pacientes, modifica negativamente la evolución postoperatoria, prolonga las internaciones y puede prevenirse mediante el uso de medicaciones específicas por lo que poder evaluar qué pacientes tienen más riesgo de desarrollarla se torna de importancia clínica. Existen scores predictivos del desarrollo de FA que han sido realizados en otros países y con otras poblaciones que podrían ser utilizados en nuestra práctica cotidiana.

Objetivos: Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de FA postoperatoria en nuestro medio de acuerdo al tipo de cirugía (CRM, valvular sola, combinada) 2) Validar en nuestra población al AFRI (atrial fibrilation risk index) y al POAF score (postoperative atrial fibrilation score) como predictores del desarrollo de FA postoperatoria.

	ARGEN CCV			AFRI		
Puntaje	N 799	Prevalencia	FA POP	N 1378	Prevalencia	FA POP
0	79	9,9	7,6	190	13,7	10
1	301	37,7	15	362	26,3	17,4
2	310	38,8	23	481	34,9	18,5
3	102	12,8	30	309	22,5	27
4	7	0,9	28	36	2,6	39

	ARGEN CCV			POAF		
Puntaje	N 799	Prevalencia	FA POP	N 4290	Prevalencia	FA POP
0	30	3,8	20	613	14,2	13
1	174	21,8	8	1363	31,8	19,5
2	284	35,5	16	1320	30,8	30
3	203	25,4	27	-	-	-
4	93	11,6	35	-	-	-
5	15	1,9	40	-	-	-
≥3	311	38,9	30	994	23,2	42,5

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos con resultados parciales del Registro Argentino de Cirugía Cardiovascular (ARGEN CCV) con los primeros 1001 pacientes incluidos desde marzo del 2018 a abril del 2022. Se excluyeron pacientes que no contaban con datos para realizar los scores o que no tenían registrado el evento de FA postoperatoria. Se calcularon los puntajes de riesgo de FA: AFRI y POAF score. Se estimó el valor predictivo y la validez de ambos scores mediante su poder de discriminación por área bajo la curva ROC y calibración según el test de bondad de ajuste para modelos de regresión logística de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: de 1001 pacientes ingresados se excluyeron 91 por tener algún dato faltante que impidiera calcular los 2 scores a validar, 56 por no tener consignado si hicieron o no FA postoperatoria en la ficha de registro, 41 p por tener antecedentes de FA y 14 por presentar FA en el ECG de ingreso a recuperación postoperatoria. Se analizaron entonces 799 p. Edad mediana 64 (RIC 57-71), 74% hombres, 77% HTA, 29% DBT, 29% DLP, 17% tabaquista, 16% disfunción sistólica, 15% IC previa, 16% EPOC. CRM sola: 47%, valvular solo: 32,4% cirugías combinadas: 20,6%. Prevalencia de FA postoperatoria global: 20%, en CRM: 18%, en valvulares 22% y en cirugía combinada 26%. Las prevalencias de categorías de riesgo por ambos scores y el porcentaje (%) de pacientes que desarrollaron FA postoperatoria del ARGEN CCV se muestran en la tabla. El ABC ROC del AFRI fue de 0,61 (IC95% 0,56-0,66) y el ABC ROC del POAF score fue de 0,65 (IC95% 0,6-0,7). Test de Hosmer-Lemeshow de 0,6 y 0,02, respectivamente.

Conclusiones: 2 de cada 10 pacientes presentan FA en el postoperatorio de cirugía cardíaca. El AFRI fue útil para predecir el desarrollo de FA postoperatoria en nuestra población. No así el POAF score.

0250. REGISTRO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LAMINOPATÍA DE INICIO TEMPRANO. PROPUESTA DE ESTADIFICACIÓN SEGÚN SU COMPROMISO CARDÍACO.

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Arritmias y Electrofisiología

Sebastian MALDONADO | Erica Victoria STELMASZEWSKI | Victoria LAFUENTE | Soledad MONGES | Melisa Cecilia CHAKER | Fernada CASTRO | Monica BENJAMIN | Alberto M. SCIEGATA

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

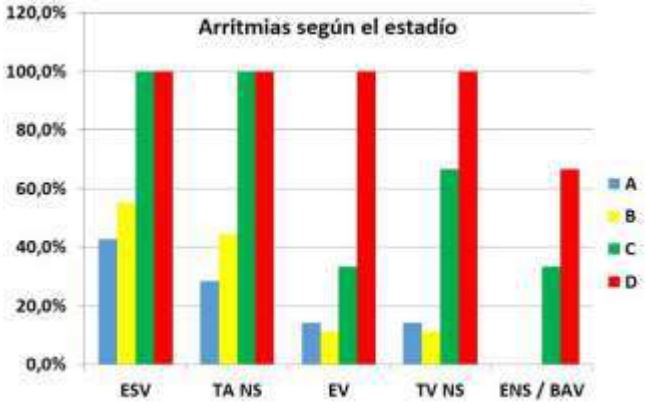
Introducción: Las láminas A y C están codificadas por el gen LMNA. Las laminopatías abarcar un amplio espectro de diferentes enfermedades como miocardiopatías dilatadas, algunos tipos de distrofia muscular, lipodistrofia y síndromes de progeria. En el corazón, el espectro va desde la ausencia de enfermedad cardiaca aparente hasta la dilatación ventricular aislada, presentando una alta incidencia de arritmias auriculares, ventriculares y enfermedad del sistema de conducción cardiaco. Existen muy pocos trabajos prospectivos en población pediátrica.

Estadio	Disfunción diástolica	NT proBNP	Disfunción sistólica
A	Normal	Normal	Normal
B	Disfunción	Normal	Normal
C	Disfunción	Elevado	Normal
D	Disfunción	Elevado	Disfunción

Objetivos: Describir la historia natural en pacientes con laminopatia de inicio temprano y proponer una estadíficación de la enfermedad según su compromiso cardiovascular

Materiales y Métodos: Entre 2008 y 2021, realizamos un seguimiento prospectivo de 17 niños consecutivos con distrofia muscular relacionada con LMNA de aparición temprana confirmada por test genético. El seguimiento cardiológico se realizó cada 6 meses o anualmente e incluyó: examen físico, recolección de antecedentes familiares de síncope, muerte

súbita y compromiso neuromuscular, electrocardiograma (ECG), Holter de 24 horas y ecocardiografía Doppler transtorácica. Desde 2016, evaluamos NT pro-BNP cada año y desde 2019 Troponina T ultrasensible de alta sensibilidad. Se registraron internaciones por insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, arritmias cardíacas significativas, implantes de marcapasos/CDI y muerte. La mediana de seguimiento fue de 27,9 meses (4,7 a 56,4 meses). Se definió como disfunción diástolica la presencia de patrón de llenado del ventrículo izquierdo restrictivo asociado a dilatación de aurícula izquierda (> Z+2), disfunción sistólica del ventrículo izquierdo a una fracción de eyección < 50%. Se determino un punto de corte para el Nt- proBNP de 450 pg/ml y para la troponina ultrasensible 15 pg/ml. En la figura 1 se muestra la definición de cada estadío según su compromiso cardíaco. Se determino la incidencia de arritmias y complicaciones según el estadío clínico.



Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, 9 de sexo femenino, la mediana para la edad fue 15,25 años (P25-75% 11,8.17,7).La edad de inicio de síntomas neurológicos fue 2,13 +/- 1,7 años y manifestaciones cardíacas 10,2 +/- 2,3 años. Durante el seguimiento 7 pacientes se encontraron en estadío A, 9 pacientes en estadío B, 2 pacientes comenzaron el estudio en el estadío B y avanzaron hacia el C y D progresivamente, 1 solo paciente ingresó al estudio en estadío C y progresó hacia el D. En a figura 2 se muestra la incidencia de distintas arritmias según el estadío. (ESV: extrasístoles supraventriculares, EV: Extrasístoles ventriculares, TA NS: taquicardia auricular no sostenida, TVNS: taquicardia ventricular no sostenida , ENS: enfermedad del nodo sinusal, BAV: bloqueo AV) Todos los pacientes en estadío C y D presentaron valores elevados de troponina (58,3 pg/ml 28-122). En el seguimiento un paciente requirió un marcapasos en estadío C. 3 pacientes fallecieron de insuficiencia cardíaca avanzada y 1 presentó un accidente cerebro vascular isquémico es estadío D. El incremento del NT-proBNP precedió al desarrollo de disfunción sistólica en 3,5 años. La sobrevida a los 5 años desde el primer valor de NT-proBNP elevado fue cero.

Conclusiones: Nuestro trabajo propone una estadificación clínica en el compromiso cardíaco en pacientes con diagnóstico de Laminopatía de inicio en edad pediátrica basado en un registro prospectivo de larga duración. Esta estadificación se correlaciona con el desarrollo progresivo de arritmias cardíacas y de complicaciones cardíacas como la insuficiencia cardíaca, el accidente cerebro vascular y ka muerte de origen cardíaco.

0251. FACTIBILIDAD, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE RESIDENTES A TRAVÉS DE ENFERMERÍA.

Educación Médica

German BUSCH (1) | Maria Victoria RODRIGUEZ BORDA(1) | Pablo Ismael MORALES(1) | Monica WEIS(1) | Ricardo Jorge GELPI(2) | Alberto E. ALVES DE LIMA(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2)

Introducción: La mayoría de las herramientas de evaluación en el contexto de trabajo (HEBCT) se basan en la observación directa de los residentes (R) a través de docentes médicos (DM). Estas pueden no reflejar el desempeño que realizan los R en situaciones independientes no observadas. Los profesionales de la salud que más frecuentemente interactúan con el R son los profesionales de enfermería. La naturaleza de su trabajo nos puede proveer una mirada diferente en relación a las habilidades del residente y ofrecernos una mirada más completa de su desempeño. Recientemente Dudek y col publicaron los resultados psicométricos del Ottawa Resident Observation Form for Nurses (O-RON) una HEBCT diseñada para evaluar distintas competencias del R como por ejemplo comunicación o profesionalismo con preguntas como: "Actúa con honestidad e integridad", "Acepta apropiadamente la opinión y la experiencia del personal de enfermería" o "Escribe evoluciones diarias útiles". En total cuenta con 15 items a calificar en una escala likert de 3 puntos en relación a los motivos de preocupación detectados: 1. Importantes, 2. Poco importantes o 3. Sin motivos de preocupación.

Objetivos: Documentar si es factible la aplicación de una versión en español del formulario O-RON en un centro monovalente de cardiología de la Ciudad de Buenos Aires y evaluar su validez y consistencia interna.

Materiales y Métodos: Se realizaron entre el 1 de septiembre de 2021 y el 28 de febrero de 2022 5 rondas de evaluación de 15 residentes por parte de 38 enfermeros (EE). Cada ronda estuvo separada por un periodo de entre 4 a 6 semanas. La participación de ambas partes fue voluntaria. Los R firmaron un consentimiento informado avalando su participación en el estudio y no tuvieron conocimiento sobre quienes participaron como evaluadores. Con previa autorización escrita del autor se procedió a la traducción y adaptación transcultural del formulario original O-RON, Para determinar la factibilidad de aplicación se espera que cada residente tenga un mínimo de 4 observaciones por ronda de evaluación. La validez fue evaluada por la habilidad del formulario de discriminar entre los niveles preexistentes de experiencia de los R de los distintos años esperando diferencias entre cada uno. Los datos se expresan como porcentajes y frecuencias de las calificaciones obtenidas en las distintas preguntas. Se utilizó el test de chi cuadrado para evaluar la significancia de las diferencias obtenidas y para la consistencia interna el valor de alfa de Cronbach.

Resultados: Durante el periodo especificado se realizaron 546 evaluaciones en 5 rondas (1°: 139; 2°: 92; 3°: 94; 4°: 133 y 5°: 88). Participaron como evaluadores entre 21 y 34 enfermeros por ronda y fueron siempre evaluados los 15 residentes por lo cual se logró en promedio más de 4 evaluaciones por residente por ronda de evaluación: 1°: 9,26, 2°: 6,13, 3°: 6,26; 4°: 8,86 y 5°: 5,86. Al analizar los datos individuales de los residentes se observa que siempre los promedios de evaluaciones por ronda fueron mayores a 4 para cada uno de ellos. En relación a la validez el formulario permitió a través de sus 15 items discriminar de forma significativa la experiencia de los residentes según el año al que pertenecen y presento muy alta consistencia interna (coeficiente de Cronbach de 0.979).

Conclusiones: Es factible aplicar el formulario O-RON para evaluar el desempeño profesional de residentes de cardiología por parte del servicio de enfermería bajo las circunstancias establecidas. La herramienta permite discriminar los niveles de experiencia entre los R de distintos años con muy alta consistencia interna.

0252. ARGEN CCV: RESULTADOS PARCIALES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR EN ARGENTINA

Cirugía Cardiovascular

Leonardo Luis CÁCERES (1) | Carlos RUANO(1) | Del Percio HERNAN(2) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Miranda ANABEL(3) | Franco Santiago GRAMAGLIA(3) | Lautaro JIMENEZ(3) | Susana A DE TOURMEMINE(3)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Colegio Argentino de Cirujanos CV (2); GRUPO ARGEN CCV (3)

Introducción: Con el objetivo de actualizar nuestros datos en cirugía cardiovascular, la Sociedad Argentina de Cardiología y el Colegio de Cirujanos Cardiovasculares diseñaron el Registro ARGEN CCV, el cual comenzó en mayo 2021 y finalizará en septiembre 2022. Participan 47 centros de Argentina. Presentaremos aquí los resultados parciales de los pacientes sometidos a cirugía valvular sola o combinada con CRM.

Objetivos: Analizar las características clínicas y evolutivas de los pacientes sometidos a cirugía valvular sola o combinada.

Materiales y Métodos: El registro ARGEN CCV es un estudio prospectivo, multicéntrico, de carácter nacional con inclusión de pacientes sometidos a cirugía cardíaca coronaria (CRM), valvular, de aorta ascendente o combinadas. Se trata de un registro actualmente en curso, que se completa mediante la plataforma REDCap del Área de Investigación SAC. Se analizaron y compararon características clínicas, intraoperatorias y evolución intrahospitalaria de los pacientes a los que se les realizo cirugía valvular sola o combinada con CRM.

Resultados: 1001 p incluidos, de los cuales 405 fueron cirugías valvulares: un 72% sola (n=293) y un 28% combinada con CRM (n= 112). Edad mediana global fue de 67 años (RIC 58-74). Sexo masculino 63%. Hipertensión arterial 75%, diabetes 23%, dislipemia 46%, tabaquismo 10%. Antecedentes: insuficiencia cardiaca 22%, infarto de miocardio 8%, fibrilación auricular (FA) crónica 11%. Los pacientes sometidos a cirugía combinada fueron más probablemente hombres (78 vs 58%, p 0,001), más añosos (edad mediana 71 vs 65 años, p 0,001), más hipertensos (87 vs 70%, p 0,001) y dislipemicos (61 vs 40%, p 0,001). Tuvieron más antecedente de infarto (15 vs 5%, p 0,001) y menos FA crónica (5 vs 13%, p 0,001). La valvulopatía intervenida más frecuentemente fue la estenosis aortica en un 64% (n=261), seguida de la insuficiencia mitral en un 25% (n=102), un 15% de insuficiencia aortica (n=62), 5% estenosis mitral (n=20), 1% otras (n=4). Las cirugías fueron programadas en un 89%, de urgencia en un 10% y solo 1% fue de emergencia. En la valvulopatía aórtica se utilizó más frecuentemente prótesis biológica (68%) mientras que en la posición mitral fue más frecuente la prótesis mecánica (57%). Plástica mitral 9% y tricúspidea 5%. El tiempo de circulación extracorpórea de los p con cirugía valvular aislada fue de 95 min (RIC 75-115) versus 120 min (RIC 95-160) en las cirugías combinadas con CRM (p<0,001). Evolución: hemorragia 11%, reexploración 4%, disfunción del ventrículo derecho (VD) 5%, síndrome bajo gasto 20%, requerimiento

inotrópico/vasopresor 74%, FA nueva 27%, marcapasos definitivo 5%, insuficiencia renal 14%. Infección posquirúrgica 8%. Mediastinitis 2%. Los pacientes con cirugía combinada tuvieron más disfunción del VD (10 vs 4%, p 0,001), síndrome de bajo gasto cardiaco (35 vs 14%, p 0,001), insuficiencia renal (22 vs 11%, p 0,001) e infecciones post quirúrgicas (13 vs 6%, p 0,02). Permanencia en internación: 8 días (RIC 6-14). Mortalidad: valvulares puros 9%, combinados 18%.

Conclusiones: Los datos parciales del ARGEN CCV nos permiten saber que la mayoría de las cirugías ocurren en hombres de menos de 70 años. El reemplazo valvular aórtico es el mas frecuente en nuestro medio y las cirugías combinadas se dan en uno de cada tres pacientes. El síndrome de bajo gasto y las hemorragias son las complicaciones más frecuentes. La mortalidad de las cirugías combinadas es del doble que la de las cirugías valvulares aisladas.

0254. EQUIDAD LABORAL, VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA ARGENTINOS

Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Alejandra Karina AVALOS ODDI(1) | Veronica Lia CROSA(1) | Silvina VERDUGO(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | Leonardo Luis CÁCERES(2) | Alejandra Bibiana Noemi RUBILAR (1)

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

Introducción: Los especialistas en cardiología pueden sufrir estresores que afecten su salud como inequidad laboral y violencia de género además de padecer factores de riesgo (FR) tradicionales para enfermedad cardiovascular (ECV)

Objetivos: Detectar el nivel de bienestar, equidad laboral y violencia de género en especialistas en cardiología argentinos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal a través de una encuesta anónima realizada en septiembre de 2021 a los especialistas del padrón de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se recabaron datos sobre equidad laboral, violencia laboral y doméstica.

Resultados: Participaron 611 profesionales. El 75% tenía entre 30 y 60 años. El 63% trabajaba más de 44 horas semanales; 3 de cada 10 cumplían guardias de 12 o 24 horas (38,5% mujeres vs 28% varones, p<0,01). El 72% consideró excesiva la carga laboral mientras que el 70% percibió su remuneración no acorde a su formación académica. En cuanto a la cantidad de horas trabajadas, en el 63% de los especialistas fue mayor a 44 horas semanales, sin diferencia por sexo. Un 32 % de los encuestados realiza guardias médicas de 12 o 24 horas, predominando este tipo de tareas en las mujeres (38% vs 28 % p<0,01). El 84% de los encuestados consideró que la pandemia COVID 19 le generó una sobrecarga en el ámbito laboral o personal, en particular esta percepción fue mayor entre las mujeres (88% vs 80%, p< 0,01). La mitad de las cardiólogas encuestadas consideró que la maternidad limitó el desarrollo profesional en la especialidad. La violencia de genero laboral fue más frecuente en las cardiólogas (58% vs 10% p< 0,01) al igual que la violencia domestica (16% vs 6% p< 0,01).

Conclusiones: Resultó evidente la disconformidad en las condiciones laborales en ambos sexos y alarmante la evidencia de mayor violencia de género laboral y doméstica en las especialistas mujeres encuestadas. Existen importantes diferencias de género en las condiciones laborales, en donde la mujer todavía se encuentra en una posición de desventaja respecto del hombre, y que esto puede impactar significativamente tanto en la salud física, emocional y social de dicho grupo.

0255. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA ARGENTINOS

Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Alejandra Karina AVALOS ODDI (1) | Veronica Lia CROSA(1) | Silvina VERDUGO(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | Leonardo Luis CÁCERES(2) | Alejandra Bibiana Noemi RUBILAR(1)

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

Introducción: Los médicos y médicas especialistas en cardiología cumplen un rol fundamental en la concientización y el control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes. Sin embargo, poco se sabe acerca de su propio perfil de riesgo cardiovascular.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los factores de riesgo (FR) en especialistas en cardiología argentinos y su diferencia por sexo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal a través de una encuesta anónima realizada en septiembre de 2021 a los especialistas del padrón de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se recabaron FR convencionales y no convencionales.

Resultados: Participaron 611 profesionales, 59,5% hombres y 40,5% mujeres. El 75% tenía entre 30 y 60 años. Refirieron hipertensión arterial (HTA) el 19%, el 3% fumaba y un 28% era ex tabaquista (TBQ); el 4% eran diabéticos. Los varones refirieron mayor sobrepeso (67% hombres vs 34% mujeres, p<0,01) y obesidad (16% vs 11%, p<0,01). Un 48% refieren ser sedentarios, con mayor prevalencia en las mujeres (53% mujeres y 45% hombres, p< 0,01). El perímetro de cintura es mayor a lo recomendado en el 30% de los casos. Un 50% refiere tener antecedentes heredofamiliares (AHF) Los médicos varones refieren mayor control cardiológico que las mujeres (81% vs 73%, p<0,01). El 78% refiere cumplir medidas higiénico-dietéticas.

Conclusiones: A pesar de contar con el conocimiento sobre ECV y FR los especialistas encuestados tienen una alta prevalencia de FR, sobre todo de sobrepeso, obesidad y sedentarismo con déficit en la implementación de conductas saludables y de control, poniendo en evidencia la brecha que existe entre el saber y el hacer, donde el consejo preventivo no logra en muchas oportunidades internalizarse.

0256. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE PREVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO

Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Alejandra Karina AVALOS ODDI (1) | Veronica Lia CROSA(1) | Silvina VERDUGO(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | Leonardo Luis CÁCERES(2) | Alejandra Bibiana Noemi RUBILAR(1)

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

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en la mujer. A pesar de esta realidad, es poco probable que las mujeres reciban asesoramiento y/o tratamiento preventivo con miras a disminuir el riesgo de ECV.

Objetivos: Detectar la prevalencia de factores de riesgo (FR) y pesquisar el nivel de percepción y conocimiento de la mujer sobre los FR y la ECV.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, realizado en julio 2021, mediante una encuesta en formato digital de participación voluntaria distribuida en redes y whatsapp. Se recabó información sobre edad, FR, enfermedad cardiovascular y percepción de riesgo. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias y porcentajes. Para variables discretas se realizó test de chi cuadrado o de Fisher y para continuas test de t o el de MannWhitney, en caso de 3 o más grupos ANOVA o Kruskall Wallis. Se consideró significativo un valor de p<0,05.

Resultados: Participaron 3338 mujeres. El 50.1% tenían entre 46 y los 65 años. El 34.1% tenía sobrepeso, 43.6 % perímetro de cintura mayor a los 81 cm, 24.2% hipertensión (HTA), 19.6% colesterol mayor a 200 mg/dl, 5.4% diabetes (DBT), 44.3% eran sedentarias, 11.3% fumaban, 34.5% eran ex fumadoras. La variable cintura > 81cm se asoció de manera significativa a HTA, colesterol elevado y DBT (p<0.01). El 81.2% tuvo embarazos y el 26.9% refirió alguna complicación (hipertensión 8.2%, parto prematuro 7.9%, aborto espontáneo 7.4% y diabetes gestacional 4.8%). Sólo el 37% de las pacientes con complicaciones realizó controles cardiológicos al año del parto. Entre las pacientes con antecedentes de complicaciones del embarazo fue significativamente más frecuente la HTA (34% vs 24% p<0.01), la DBT (7% vs 5% p<0.01) y la ECV (14% vs 11% p<0.01). Del total de encuestadas 10.9 % refirió ECV, siendo infarto el más frecuente (51,1%). La mayoría de las encuestadas realizó algún control cardiológico preventivo (87%). El 62% de las encuestadas consideró que la principal causa de muerte en la mujer es el cáncer, particularmente de mama (53,4%).

Conclusiones: Se trata de una población con una prevalencia alta de FR modificables que realizó algún control cardiológico pero que muestra baja percepción respecto del riesgo cardiovascular. El antecedente de complicaciones del embarazo se asoció con mayor riesgo de ECV futura, pese a esto sólo un porcentaje muy bajo realizó controles post parto. La mayoría de las mujeres encuestadas tiene una percepción errónea respecto del riesgo cardiovascular de la mujer.

0258. INSUFICIENCIA AÓRTICA EN PACIENTES CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE: DIFERENTE Y SINGULAR

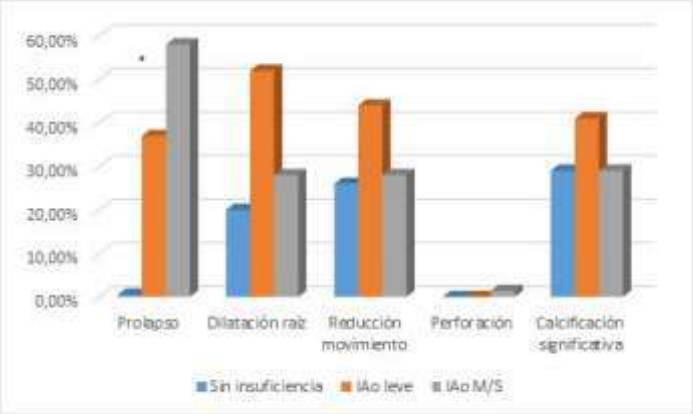
Valvulopatías / Ecocardiografía

María Celeste CARRERO | Iván CONSTANTIN | Gerardo MASSON | Julieta DENES | Maria MEZZADRA | San Miguel JUAN | Luciano DE STEFANO | Pablo Guillermo STUTZBACH

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: La insuficiencia aórtica (IAO) crónica es la segunda causa de cirugía valvular en pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) y tiene características distintivas de la regurgitación en válvula trivalva que en algunos casos dificultan su cuantificación y conlleva diagnóstico y tratamiento tardíos. Asimismo, las variables de cuantificación de la regurgitación aórtica no contemplan las características singulares de la insuficiencia en bicúspide. El reconocimiento de los mecanismos que llevan a la IAO en bicúspide es relevante ya que permite planificar el tratamiento de manera correcta y la plástica valvular en los pacientes candidatos.

	n=304
Edad	39,7 ± 14,9
Hombres (%)	221 (72,6%)
Fusión CD-CI (%)	257 (84%)
Rafe	266 (87,5%)
Insuficiencia aórtica leve	145 (47,7%)
Insuficiencia aórtica moderada	62 (20,4%)
Insuficiencia aórtica severa	11 (3,7%)



Objetivos: Se diseñó un trabajo prospectivo para identificar los mecanismos de IAO y los factores (clínicos y anatómicos) asociados al desarrollo de insuficiencia aórtica significativa (moderada/severa) en pacientes con VAB.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes adultos consecutivos con diagnóstico confirmado de VAB (2014- 2021) con al menos 3 años de seguimiento por el grupo de Cardiopatía Estructural de nuestra institución. La valvulopatía fue evaluada por ecocardiografía y métodos complementarios y se clasificó en insuficiencia aórtica leve, moderada y grave, según criterio criterios vigentes (aproximación integral con criterios cuantitativos y semi-cuantitativos). Se analizó la prevalencia de mecanismos de regurgitación, la progresión de la insuficiencia aórtica, y variables predictoras de IAO significativa mediante análisis uni- y multivariados. Se consideró significativa una $p<0.05$.

Resultados: Se incluyeron 304 pacientes (39,7±14,9 años, 72,6% hombres). El 71,7% de los pacientes presentaba algún grado de regurgitación aórtica al inicio del seguimiento (24,1% IAO significativa). Dentro de los pacientes con IAO significativa, el 77% presentaba jet excéntrico, el 50% prolapso valvar (en el 86% de los casos de la valva fusionada), el 39,18% dilatación de la raíz aórtica, el 26,6% calcificación significativa de la válvula, el 1,3% perforación valvar y el 29,4% restricción del movimiento valvar. El 43% de los pacientes con IAO significativa presentaba mecanismos mixtos como causa de la regurgitación: la mitad de ellos (prolapso + dilatación de la raíz aórtica). El 71% no presentaba calcificación significativa. El prolapso valvular fue significativamente más frecuente en pacientes con IAO significativa basal y se asoció con progresión de IAO (Fig 1).

Conclusiones: La insuficiencia aórtica presentó elevada prevalencia en pacientes con VAB: 1 de cada 4 pacientes presentaba regurgitación significativa al inicio del seguimiento. Los jets excéntricos y la presencia de prolapso valvular fueron frecuentes en pacientes con reflujo significativo. El 43% presentó mecanismos mixtos de regurgitación. Estos aspectos deberían tenerse en cuenta para cuantificar y describir el mecanismo regurgitante en esta población.

0260. INJURIA CARDIACA POST COVID-19 Y SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DEL CUADRO AGUDO, LOS SÍNTOMAS PERSISTENTES Y LA VACUNACIÓN

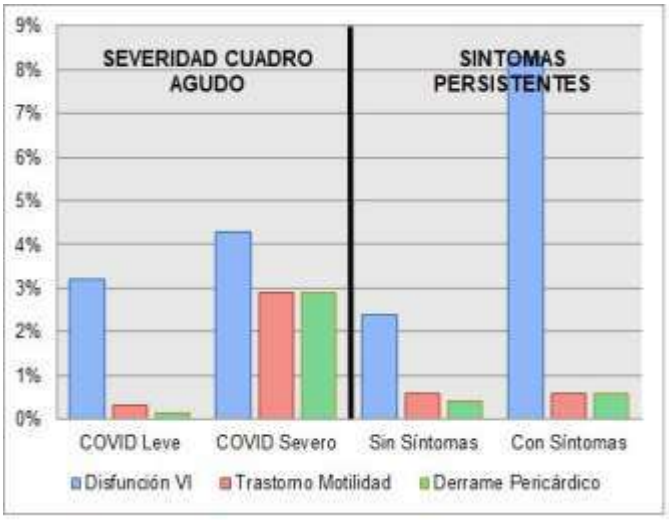
Covid-19 / Miocardiopatías

Josefina PARODI (1) | Agustín INDAVERE(1) | Pamela BOBADILLA JACOB(1) | Guillermo TOLEDO(1) | Ruben Gabriel MICALI(1) | Walter MASSON(2) | Eduardo EPSTEIN(1) | Melina HUERIN(1)

Instituto Cardiovascular Lezica (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2)

Introducción: La infección por COVID-19 se asocia a compromiso cardiovascular en su etapa aguda. La información sobre el compromiso cardíaco post-COVID es muy heterogénea, y la indicación de realizar estudios de imágenes cardíacas de forma rutinaria es aún controvertida. Asimismo, no existe información actualizada sobre el efecto que produjo la vacunación masiva en la incidencia de injuria cardíaca post-COVID.

Objetivos: Analizar la prevalencia de injuria cardíaca mediante ecocardiograma luego de la infección por COVID-19 y su asociación con la severidad del cuadro agudo y con los síntomas persistentes post-COVID. Como objetivo secundario se explorará la relación de dicha prevalencia de injuria cardíaca con el inicio de la campaña de vacunación para COVID-19 en la República Argentina.



Materiales y Métodos: Estudio analítico, observacional, prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos que consultaron al centro para realizar evaluación post-COVID. Se realizó ecocardiograma doppler color transtorácico en todos los pacientes. Se tomó la fecha de inicio de la vacunación (29/12/2020) para el análisis de los subgrupos pre y post vacunación.

Resultados: Se incluyeron los primeros 1000 pacientes que consultaron desde el 01/09/2020 al 01/09/2021. Treintainueve (3.9%) presentaron hallazgos patológicos en el ecocardiograma compatibles con injuria post-COVID, incluyendo disfunción ventricular izquierda (2.8%), derrame pericárdico (0.5%) y trastorno de motilidad parietal (0.6%), no conocidos previamente. Los pacientes que padecieron cuadros de COVID-19 agudo moderados o severos presentaron mayor prevalencia de trastornos de motilidad parietal (2.9 versus 0.3%, p=0.001) y derrame pericárdico (2.9 versus 0.14%, p=0.001) en comparación con aquellos con cuadros asintomáticos o leves, y esta asociación se mantiene al ajustar por factores de riesgo cardiovascular y edad (OR 6.7; IC95% 1.05-42.2, p=0.04 y OR 25.1; IC95% 2.1-304.9, p=0.01 respectivamente). El 19.3% de los pacientes referían síntomas persistentes; en estos pacientes se observó mayor evidencia de disfunción ventricular izquierda nueva (8.3 vs 2.4%, p<0.005), no obstante dicha asociación pierde significancia en el análisis multivariado. Respecto a la relación de injuria cardíaca con el inicio de la vacunación, los 330 pacientes que se realizaron estudios de control post-COVID previo al inicio de la vacunación presentaron mayor prevalencia de injuria que los 670 pacientes luego de esta fecha (6.3% vs 2.7%, p=0.006). Esta relación se mantiene en el análisis multivariado (OR 0.35; IC95% 0.17-0.69).

Conclusiones: La prevalencia de injuria cardíaca evaluada mediante ecocardiograma luego de la infección por COVID-19 fue de 3.9%. Se observó una asociación significativa entre cuadros iniciales de mayor gravedad y hallazgos patológicos en el ecocardiograma, no así con los síntomas persistentes post-COVID. Esto podría implicar que realizar de manera rutinaria un ecocardiograma luego de la infección por COVID-19 es la mejor manera de evaluar a estos pacientes para detectar compromiso cardíaco, independientemente de la presencia de síntomas persistentes, y particularmente aquellos que presentaron cuadros agudos de mayor gravedad. Aquellos pacientes que consultaron luego del inicio de la vacunación en Argentina presentaron menos prevalencia de injuria cardíaca en comparación con los pacientes de la primera ola.

0263. IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SOBRE LOS NIVELES Y FUNCIONALIDAD DE LAS LIPOPROTEÍNAS PLASMÁTICAS.

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Ezequiel LOZANO CHIAPPE (1) | Maximiliano MARTIN(1) | Leonardo GÓMEZ ROSSO(1) | María Soledad SÁEZ(2) | Axel Federico BESKOW(2) | Susana GUTT(2) | Dong Hoon WOO(2) | Fernando BRITES(1)

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

Introducción: La obesidad se asocia a una serie de comorbilidades, entre las cuales se distinguen la dislipemia y la consecuente enfermedad cardiovascular aterosclerótica, en la cual el componente inflamatorio juega un rol crucial. La obesidad mórbida representa la forma más extrema y la intervención quirúrgica es la opción terapéutica más exitosa. En particular, la cirugía bariátrica podría generar distintas modificaciones en el metabolismo y potencial aterogénico/antiaterogénico de las lipoproteínas circulantes.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo consistió en evaluar el efecto de la cirugía bariátrica sobre aspectos cuantitativos y funcionales de las lipoproteínas.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 24 pacientes con obesidad mórbida provenientes del Equipo Multidisciplinario de Cirugía Bariátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, los cuales fueron sometidos a cirugía y evaluados, 12 de ellos a los 6 meses y los otros 12 a los 12 meses, luego de la intervención. Se registraron el peso, la talla, el porcentaje de peso perdido, y la tensión arterial diastólica y sistólica, y se calculó el índice de masa corporal (IMC). Se determinaron los niveles plasmáticos de glucosa, proteína C reactiva ultrasensible (PCRus), triglicéridos (TG), colesterol total (CT), C-HDL, y C-LDL por medios automatizados. Se calculó el índice TG/C-HDL. La actividad de la enzima antioxidante asociada a HDL, PON1, se analizó por método espectrofotométrico, empleando fenilacetato como sustrato. Los datos se analizaron mediante tests paramétricos y no paramétricos para muestras pareadas, según correspondiese.

Resultados: Tanto luego de 6 como de 12 meses de realizada la cirugía bariátrica, el peso y el IMC disminuyeron significativamente, observándose un descenso de la TAS solo a los 6 meses. Por otro lado, se detectaron disminuciones en los niveles plasmáticos de glucosa, PCRus, y TG, y en el índice TG/C-HDL en ambos grupos de pacientes post cirugía. Cabe destacar que la concentración de C-HDL aumentó luego de 12 meses (43±7 vs. 57±9 mg/dl; $p<0,001$), al igual que la actividad de la enzima PON1 [145 (116-236) vs. 154 (113-173) µmol/ml.min; $p<0,05$].

Conclusiones: Como era esperado, la cirugía bariátrica produjo mejoría de los parámetros antropométricos luego de 6 y 12 meses. A ambos tiempos evaluados, el perfil lipoproteico disminuyó su potencial aterogénico, se redujo la PCRus, marcador de inflamación sistémica, y el índice TG/C-HDL, indicador de resistencia insulínica y de proporción de LDL pequeñas y densas. A su vez, la HDL, única lipoproteína con capacidad cardioprotectora, experimentó un incremento a los 12 meses post cirugía, existiendo, a su vez, un aumento de su función antioxidante, reflejada por la enzima PON1. Estos cambios evidenciarían distintos beneficios de la cirugía bariátrica en individuos con obesidad severa frente al riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

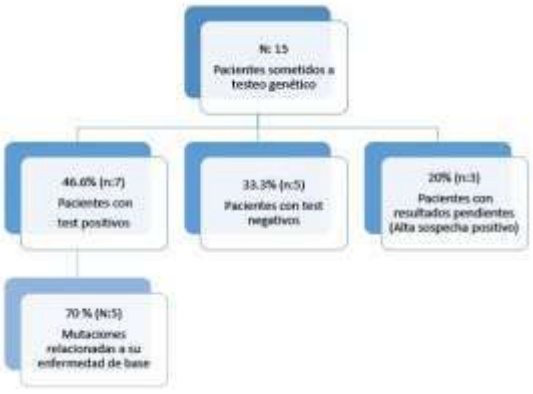
0266. DESARROLLO DE UNA UNIDAD CARDIOGENÓMICA EN UN HOSPITAL PUBLICO DE CABA

Cardiología Clínica

Mariana COLUGNAT | Gabriel DIONISIO | Claudio Nahuel CERVINO | Yanina Alejandra PASTORI | Emilce Daiana LAIME HUANCA

Hospital General de Agudos F. Santojanni

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) presentan factores de riesgo conocidos para su desarrollo. Sin embargo, existe un grupo de pacientes (P) que exceden el marco fisiopatológico y epidemiológico habitual, en los cuales las técnicas diagnósticas convencionales no son suficientes para abordar a una conclusión certera.



Descripción: En un Hospital de la CABA fue desarrollada una Unidad Cardiogenómica, multidisciplinaria. Se desarrollo una base de datos para la recopilación de la información obtenida. En un

periodo de doce meses (abril 2021-2022) fueron seleccionados quince P que habían desarrollado ECV cumpliendo ciertos criterios epidemiológicos no habituales o sin causa definitiva para su desarrollo: ECV a edad temprana o antecedentes heredofamiliares de ECV a edad temprana, miocardiopatía dilatada de etiología incierta o sospecha de miocardiopatía hipertrófica sin filiación genómica determinada, arritmias complejas. Se realizó el testeo genético a través de una muestra de ADN humano obtenida de un hisopado bucal. Se analizó la secuencia, deleción y/o duplicación de diversos genes vinculados a desordenes genéticos con manifestación cardiovascular, agrupados en distintos paneles según la patología sospechada (Arritmias, Cardiomiopatías, Aortopatías), utilizando técnicas basadas en la hibridación molecular. Cerca de la mitad de los P (46,6%; n:7) resultaron positivos para mutaciones genéticas patogénicas relacionadas con las patologías de base por las cuales fueron estudiados y que podrían justificar la etiología de las mismas. Asimismo, presentaron otras alteraciones génicas que hasta el momento no se asocian a manifestaciones clínicas. Los restantes (33,3%; n:5) obtuvieron resultados negativos con mutaciones inespecíficas no relacionadas con el cuadro clínico estudiado. Tres testeos se encuentran pendientes, en P con alta probabilidad de positividad debido a la fuerte sospecha de etiología genética.

Conclusiones: La unidad cardiogenómica representa un nuevo concepto sobre el enfoque diagnostico de la ECV. El diagnóstico genético asociado a los antecedentes y clínica del paciente permitiría clarificar la etiología de patologías de origen incierto. Asimismo, favorecería la implementación de terapéuticas tempranas y de estrategias de consejería genética familiar. La obtención y administración de los recursos necesarios para su desarrollo, representan un desafío a

0268. ABLACIÓN DE ARRITMIAS VENTRICULARES DE LOS MÚSCULOS PAPILARES Y DEL FASCÍCULO POSTERIOR GUIADAS POR MAPEO DE ALTA DENSIDAD DE PUNTOS CON UTILIZACIÓN DE FUERZA DE CONTACTO:

Arritmias y Electrofisiología

Leandro TOMAS | Roberto RODRIGUEZ | Juan Manuel VERGARA | Nicolas Mario MARTINENGHI | Joaquin JARMA | Daniel CORNEJO | Leandro RUIZ | Agustin OROSCO

Sanatorio San Lucas

Introducción: La arritmias ventriculares originadas en el ventrículo izquierdo presentan diferentes sitios de origen y mecanismos que las generan. La arritmias de los músculos papilares presentan características especificas y normalmente son generadas por actividad gatillada a diferencias de las arritmias fasciculares que presentan características morfológicas similares pero habitualmente responden a mecanismos reentrantes.

Objetivos: Reportar la experiencia de un grupo de trabajo en arritmias del musculo papilar y fasciculares con las nuevas tecnologías disponibles en el país.

Materiales y Métodos: Se realizo un estudio prospectivo, observacional, multicentrico, entre Abril del 2021 y Agosto del 2021, de 7 casos consecutivos de ablación de arritmias ventriculares de los músculos papilares y fasciculares utilizando mapeos de alta densidad de puntos y fuerza de contacto.

Resultados: De 7 pacientes el 57% fueron hombre, 14,3% fueron diabéticos e hipertensos, el 85,7% no presento cardiopatías previas. El tipo de presentación fue Taquicardia ventricular (TV) sostenida en el 42, 9%, Extrasistoles ventriculares en el 42,9% y Taquicardia ventricular no sostenida en el 14,3%. Las localizaciones de las taquicardias fueron 28,6% fueron TV del musculo papilar postero medial, 28,6% TV del musculo papilar antero lateral y 42,9 % TV del fascículo posterior. Al comparar los procedimientos de ablación de músculos papilares con taquicardias ventriculares fasciculares encontramos las siguientes medias: edad: 49 18 vs 257 años, Fey 57 9 % vs 662%, ancho QRS 1483 vs 128 8 mseg , duración del procedimiento 156 28 vs 84 19 min.

Conclusiones: El mapeo de alta densidad de puntos en estos sustratos específicos permitió caracterizar mas rápidamente el sitio de origen de las arritmias focales de los músculos papilares como mejorar la localización de los circuitos reentrantes en las taquicardias fasciculares. Por su parte la fuerza de contacto optimizo la cantidad de aplicaciones de radiofrecuencia lo que acorto el tiempo de procedimiento.

0274. RESULTADOS DEL FUNCIONAMIENTO DE UN CONSULTORIO DE CARDIO-ONCOLOGÍA

Cardio Oncología / Cardiología Clínica

Rita TEPPER | Florencia Natali CURRAO | Miguel AMOR | Hugo MOSTO | Patricia Ines BARRAL | Germán SOUTO | Justo CARBAJALES | Estela Adriana FEIGELSON

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: Los servicios de cardio-oncología están dirigidos a prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente las comorbilidades cardiológicas y las complicaciones cardiovasculares secundarias a los tratamientos oncológicos.

Objetivos: Evaluar el funcionamiento y los resultados de un consultorio de cardio-oncología con respecto a la optimización de la salud cardiovascular y el tratamiento seguro del cáncer.

DVATC	55%
asintomática	64%
sintomática	36%
DAÑO MIOCÁRDICO SUBCLÍNICO	10%
EVENTOS VASCULARES	20%
EVP	10%
HAP	5%
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO ANTINEOPLASICO	82%

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Se revisaron las historias clínicas manuscritas y electrónicas de los pacientes (p) atendidos en un consultorio de cardio-oncología entre el 1 de diciembre de 2018 y el 31 de diciembre de 2021. Se registraron las características basales de la población y tipo de tumores. Para evaluar el funcionamiento del consultorio se incluyeron la detección de cardiopatías desconocidas por los p y los tratamientos indicados, la detección de toxicidad cardiovascular (TCV) asociada al tratamiento del cáncer y las conductas adoptadas en cada caso. Las variables cuantitativas se expresaron en media y desvío estándar o medianas y rango intercuartilo, según su distribución. Las variables cualitativas se expresaron en números absolutos y porcentajes.

Resultados: Se evaluaron 239 p; la edad media fue 53,49 ± 16,09 años y el 51,46% fueron mujeres. La obesidad fue el factor de riesgo coronario más frecuente (43,51%), seguidos por tabaquismo (35,98%) e hipertensión arterial (HTA) (32%). Los tumores más frecuentes fueron los hematológicos (77%) y el cáncer de mama (11%). El 68,61% (n = 164) de los pacientes concurrieron a control 2 o más veces. Se realizaron diagnósticos de cardiopatías desconocidas en 20,5%: HTA (n = 10), arritmias (n = 7) cardiopatía isquémica (n = 6) y valvulopatías (n = 6), que se manejaron de acuerdo con las recomendaciones vigentes. La incidencia de TCV asociada al tratamiento del cáncer fue 8,36% (n = 20): 55% disfunción ventricular asociada al tratamiento del cáncer (DVATC), asintomática en 64%; 10% daño miocárdico subclínico, 20% eventos vasculares, 10% enfermedad vascular periférica, y 5% hipertensión arterial pulmonar. En el 45% de los casos de DVATC no fue necesario suspender la medicación antineoplásica y el 82% de todos los que presentaron DVATC pudieron continuar el tratamiento oncológico (Tabla). En todos los pacientes con TCV secundaria a inhibidores de la tirosina quinasa se suspendió la medicación y se cambió según el criterio del oncohematólogo. En todos los casos se inició tratamiento antirremodelado o antiisquémico, según correspondiere.

Conclusiones: El funcionamiento de un consultorio de cardio-oncología permitió diagnosticar enfermedades cardiovasculares en los pacientes con cáncer y controlar a aquellos que desarrollan TCV, con alta tasa de continuidad del tratamiento antineoplásico.

0275. IN-HOSPITAL COMPLICATIONS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE REPERFUSION ERA. INCIDENCE, CHARACTERISTICS AND TIMING.

Enfermedad Coronaria / Cardiopatía Isquémica

Jorge SZARFER | Leandro BONO | Carlos Julián COLLA | Luciana PUENTE | Mariano NAPOLI LLOBERA | Maria Laura ESTRELLA | Elisabet ULMETE | Juan GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Although ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) mortality decreased with the development of reperfusion, hospital complications have not changed in the past decade.

Objetivos: We aimed to describe the current characteristics of STEMI complications in the coronary intensive care unit (CICU). The timing of their occurrence, and their predisposing and protective factors. Its comprehension could provide a background for these patients' early hospital discharge decisions.

Materiales y Métodos: Methods: This is a prospective analysis of all consecutive patients with STEMI admitted to a coronary care unit of a third level reference hospital in a 3.000.000 citizens area from September 2017 to January 2022.

Resultados: We included 325 STEMI patients, 85,7% of them successfully reperfused, with a total time of ischemia (symptom onset to balloon insufflation) of 258 minutes (180- 420). 155 patients developed complications (47.7%), the most frequent complication was heart failure (129 p.), followed by the occurrence of arrhythmias, ischemic events and bleeding. In the multivariate analysis, pre-admission cardiac arrest (OR: 9.8; CI: 1.2-81.9; p = 0.03), left ventricular ejection fraction (LVEF) < 40% (OR: 2.3 CI: 1.3-3.9; p = 0.004) and age > 68 years (OR: 2.2; CI: 1.2-4.0; p = 0.01) were predictors of complications. Successful reperfusion (OR: 0.2 CI: 0.005-0.7; p = 0.02) and the occurrence of Killip and Kimball (KK) A at admission (OR: 0.0002 CI: 0.00001-0.003; p = < 0.00001) were protective factors. Complications occurred mainly on the first day (88.1%) and in all but one patient within the first 48 hours.

Conclusiones: Acute complications of STEMI occurred very frequently, and the most prevalent was heart failure. KKA and successful reperfusion are low risks predictors, while 8 out of 13 patients with the occurrence of any of the following variables: LVEF < 40%, Cardiac arrest before admission or age >68 years, suffered an event. Almost all complications happened within the first 48 hours. These data can determine a low-risk population allowable for an early discharge, not only from the ICCU but also from the hospital.

0277. LA ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA NOS PERMITE DETECTAR INDIVIDUOS DE MUY ALTO RIESGO ENTRE PACIENTE CON LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud / Cardiología Clínica

Santiago LYNCH | Gustavo STAMPONE | Gerardo MASSON | Daniel COMTESSE | Pablo Guillermo STUTZBACH

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: La Lipoproteína (a) (Lp (a)) elevada es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, estos pacientes no constituyen una población homogénea y es necesario identificar a los de mayor riesgo, para establecer tratamientos más intensivos. La ateromatosis subclinica, constituye una herramienta útil para la identificación de pacientes de mayor riesgo en prevención primaria. Resulta interesante conocer la utilidad de esta herramienta entre pacientes con Lp(a) elevada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre aterosclerosis carotídea (AC) y el antecedente de eventos vasculares mayores en una población con Lp (a) elevada.

Materiales y Métodos: Incluimos en forma prospectiva a pacientes mayores de 18 años que fueron evaluados en nuestro centro y presentaban Lp (a) mayor a 75 nmol/l. Se considero evento vascular mayor al antecedente de enfermedad coronaria, cerebrovascular o vascular periferica. A todos los pacientes se les realizó ecografía de vasos de cuello con Doppler para determinar presencia de aterosclerosis subclínica.

Resultados: Se incluyeron un total de 61 pacientes. La media de edad fue de 54 años (±13), 13 eran mujeres (21%), 27 pacientes (44%) presentaban eventos cardiovasculares previos. La presencia de AC (68.8% vs 12%, p <0.001) y el sexo masculino (53% vs 15%, p 0.015) se asociaron a la presencia antecedentes vasculares. En el modelo multivariado, se sostuvo la asociación significativa entre eventos vasculares mayores y la presencia de AC OR 16.7 (IC95 3.8 - 73, p<0.0001)

Conclusiones: Según nuestros resultados, la presencia de AC en pacientes con Lp (a) elevada nos permitiría detectar individuos de mayor riesgo.

0278. UTILIDAD DEL SCORE SYNTAX II EN PACIENTES CON STEMI Y ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS EN LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Rodrigo Antonio MARTIN | Amalia Maria Ema DESCALZO | Sergio ZOLORSA | Gaston HEREDIA | Ricardo Marcelo CETERA

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: Existen clasificaciones basadas en sintomatología y en parámetros hemodinámicos que permiten estimar el riesgo en pacientes con STEMI. Estas mismas clasificaciones no incluyen las características angiograficas de los pacientes. La integración de estas variables podría ser útil para predecir riesgos.

Objetivos: En pacientes con STEMI y enfermedad de múltiples vasos, se desconoce el valor pronóstico de la puntuación SYNTAX II (SSII)

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva pacientes con STEMI y enfermedad de múltiples vasos desde Junio de 2019 a Diciembre de 2021. Se realizó el cálculo del score SYNTAX II en todos los pacientes. Los pacientes sometidos a ICP fueron seguidos clínicamente por un año. Se definió como MACE al compuesto de muerte, infarto, accidente cerebrovascular y re intervención.

Resultados: De Junio de 2019 a Diciembre de 2021 se incorporaron 90 pacientes. La edad media fue de 67 años ± 10 años, 70 % eran hombres, 25 % diabéticos. Se halló enfermedad severa de tronco de coronaria izquierda en el 8.3 % de los casos (7.5 pacientes); 40 pacientes eran portadores de enfermedad severa de 3 vasos (44.4 %). El score SYNTAX I presento una media de 25 (6-54) y el score SYNTAX II de 32 (13.9-66.1). La revascularización completa fue de 16.6 % de los casos y de estos el 66.6 % se realizó antes del alta. La tasa de eventos MACE a 1 año fue de 38 % (34,2 pacientes); 16.6 % de los pacientes (18.5 pacientes) presentaron nueva revascularización; 8 % (8.8 pacientes) tuvieron infarto de miocardio y se observó muerte en el 10 % de los casos (9 pacientes). La supervivencia libre de eventos a 1 año fue significativamente menor en los pacientes con un SSII bajo <29, en comparación con los pacientes con un SSII alto 6 ≥29,6 (58,2% frente a 89,8 %; P<0,001). A 1 año de seguimiento y con análisis multivariado el único predictor de eventos fue un score SYNTAX II ≥29.6 (risk ratio [RR], 4.16; 95% intervalo de confianza [IC], 1.06-8.9; P=.038),

Conclusiones: El score de SYNTAX II con la incorporación de características clínicas y angiograficas puede ser útil como predictor de eventos duros, no solo en pacientes estables si no también en pacientes con STEMI y enfermedad multivaso.

0282. PRESENCIA DE REGURGITACIONES MODERADAS O SEVERAS EN EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE LA VÁLVULA AÓRTICA CON LA ESTRATEGIA DE CUPS OVERLAPING

Cardiología Intervencionista y Estructural

Carlos FAVA | Gustavo LEV | Andres RODRIGUEZ | Andreoli FRANCO | Silvina GOMEZ | Oscar Alfredo MENDIZ

Fundación Favaloro

Introducción: La estrategia del implante alto de la válvula aórtica percutánea aórtica esta demostrando la menor necesidad de marcapaso definitivo en las válvulas autoexpandibles ser similar a las balón expandibles y a la cirugía, pero la presencia de regurgitaciones aórticas significativas podría ser mayor aunque esto no ha sido demostrado

Objetivos: Analizar si el implante con la estrategia del implante alto de las TAVI se relaciona con mayor presencia de regurgitación paravalvular moderada o severa comparada con la estrategia convencional.

Materiales y Métodos: Se analizaron 206 pacientes consecutivos que recibieron TAVI entre con válvulas autoexpandibles entre agosto del 2019 y mayo del 2022, de ellos 101 (49%) se realizaron con la estrategia convencional (CON) y 105 (51%) se realizaron con la estrategia del implante alto (CUP OVL). El Punto Final Primario (PFP) fue la presencia de regurgitación paravalvular moderada y severa luego del implante a 30 días. Además se analizó la presencia de mortalidad, infarto, necesidad de marcapaso definitivo, oclusión coronaria, ACV, sangrado mayor, complicación vascular y bloqueo completo de rama izquierda.

Resultados: La edad media en los que se realizaron con la estrategia CON fue de 79.8±7.9 vs. 80.4±6.9, hombres 48.5% vs. 55.2%, hipertensión 89.1% vs. 93.3%, diabetes 20.8% vs. 32.3 % (p=0.06), infarto previo 22.7% vs. 17.1%, CRM previa 18.8% vs. 15.2%, ATC previa 31.7% vs. 44.8% (p=0.05), ATC pre TAVI 21.8%, vs. 28.6%, EPOC 18.8% vs. 12.4%, eGFR 60.1±19.3 vs. 62.4±17.4, diálisis 3 vs. 3.8%. El riesgo para cirugía medido con el STS Score fue mayor en el grupo de CUP OVL (5.8±2.4 vs. 6.9±2.2 p=0.01). En el ECG previo la presencia de bloqueo A-V fue mayor en los que recibieron CUPS OVL (1% vs. 6.7% p=0.01) sin haber diferencia en BCRD 9.9% vs. 8.6%, BCRI 9.9% vs 14.3% ni en la presencia de fibrilación auricular (15.8% vs. 23.8%. No hubo diferencia en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, gradiente medio ni en el área valvular aórtico. El acceso fue femoral en todos los ptes, excepto en 2 del grupo CUP OVL que se realizaron por acceso subclavio, la predilatación fue mayor en este grupo (57.4% vs. 87.6% (p=0.000001) sin haber diferencia en la post-dilatación (24.5% vs. 34.3%). En todos se utilizó válvulas autoexpandibles y el cierre percutáneo fue utilizado en todos excepto en uno del grupo CON y en 2 del grupo CUPS OVL. A 30 días no hubo diferencia en el PFP entre la estrategia CON vs. CUP OVL (regurgitación moderada 2% vs. 0.9% p=0.53 y ninguno presentó regurgitación severa); tampoco hubo diferencia en mortalidad (4.9% vs. 2.8%), infarto (0 vs. 2.8%), oclusión coronaria (0% vs. 0.9%), ACV (0% vs. 0.9%) y complicación vascular (2% vs. 3.8%). La necesidad de marcapaso definitivo fue menor con la estrategia de CUP OVL (6.7% vs. 17.8) y la presencia de nuevo bloqueo de rama izquierda fue de 12.9% vs. 5.7% (p=0.07).

Conclusiones: En esta serie de un solo Centro, la estrategia del implante alto de la válvula aórtica percutánea no mostró diferencia en la presencia de regurgitaciones moderadas o severas comparada con la estrategia convencional sin presentar diferencia en las complicaciones y se asoció a una menor necesidad de marcapasos definitivos y a una tendencia de menor bloqueos de rama izquierda a 30 días

0286. EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES Y SUS CARACTERÍSTICAS COMO PREDICTORES DE MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR ARRITMIAS

Arritmias y Electrofisiología / Miocardiopatías

Juan Manuel ABOY | Santiago Nicolas MARQUEZ HERRERO | Gerson REVOLLO | Mariela PALAVECINO | Mateo IWANOWSKI | Pablo RUBIO | Luis BARJA

Hospital Universitario Austral

Introducción: Las extrasístoles ventriculares frecuentes (10% o más de los latidos registrados en un holter en 24 horas) pueden causar miocardiopatía mediante un mecanismo no aclarado totalmente si bien se considera que la disincronía ventricular cumple un rol relevante. Por otro lado la existencia de síntomas, el ancho del QRS, la presencia de taquicardia ventricular no sostenida, el origen y la presencia de conducción retrógrada podrían ser factores favorecedores de la miocardiopatía.

Objetivos: El objetivo propuesto en esta investigación es evaluar el peso específico de los predictores de miocardiopatía inducida por arritmias para utilizarlos como parámetro en la prevención primaria de la disfunción ventricular.

Materiales y Métodos: Se llevo a cabo un estudio retrospectivo observacional, incluyendo a 51 pacientes entre 2011 y 2021 a los cuales se les realizó ablación por radiofrecuencia de extrasístoles ventriculares derechas o izquierdas por refractariedad al tratamiento medico o alta densidad de las mismas en un holter de 24 hs. Se identificó a aquellos con disfunción ventricular previa al procedimiento y se observó el comportamiento de la función ventricular medida por ecocardiograma trastorácico en los 3 meses posteriores al tratamiento ablativo. Se observó también la prevalencia de características como la localización, ancho de QRS, taquicardia ventricular entre otras.

EV	DERECHAS	IZQUIERDAS	p
N= 51 Pctes.	36	15	-
Disfunción VI previa	9(25%)	9(60%)	0.017
Densidad de EV	30478	30943	NS
Edad	40	43	NS
Origen epicárdico-Ancho de QRS >150 ms		55.5%	PS

Resultados: Como resultados se observó que el 100% de los pacientes con disfunción ventricular presentó mejoría de la misma a 3 meses. El origen epicárdico, la localización izquierda y el ancho de QRS >150ms fueron los predictores más importantes de miocardiopatía inducida por arritmias.

Conclusiones: En nuestra población la localización izquierda de las EV como su origen epicárdico y el ancho del QRS > 150 ms son los mayores predictores de miocardiopatía inducida por arritmias con significancia estadística.

0288. ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y FENOTIPO DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: VALIDACIÓN EN UNA COHORTE ARGENTINA

Miocardiopatías

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

Fundación Favaloro

Introducción: La Miocardiopatía Hipertrófica (MCH) es la cardiopatía genética más frecuente. Aún no se ha establecido de forma adecuada la influencia de la obesidad en el fenotipo de esta entidad. Una publicación reciente intentó responder esta pregunta.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la relación entre obesidad y fenotipo de MCH en nuestra cohorte y compararla con la literatura publicada.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos con diagnóstico de MCH en un centro de la Argentina. Se incluyeron 1331 pacientes entre marzo de 1993 y diciembre de 2021. Se excluyeron

pacientes menores de 18 años, enfermedades metabólicas y síndromes, y pacientes en los que se perdió el seguimiento. Se definió obesidad como índice de masa corporal >= 30 kg/m2.

Resultados: 1168 pacientes tenían datos disponibles para el análisis. De ellos, 54 (10,4%) eran obesos. La edad promedio fue 54 ± 28 años y 33 (61%) eran de sexo masculino. El promedio del máximo espesor parietal del ventrículo izquierdo (EPVI) de este grupo fue 20 mm ± 5 mm. Comparando los pacientes obesos y no obesos, no encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto a género, edad, historia familiar de MCH o de muerte súbita (MS), antecedente de fibrilación ventricular, taquicardia ventricular (sostenida o no) grupo de riesgo de MS de la Sociedad Europea de Cardiología bajo, intermedio o alto, fibrosis, aneurisma apical, diámetro del ventrículo izquierdo (VI), EPVI máximo, variantes genéticas de alto riesgo, respuesta anormal de la presión arterial al ejercicio, implante de dispositivos, ablación septal con alcohol, deterioro de la fracción de eyección del VI en el seguimiento, ni tampoco de muerte, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, terapia apropiada de cardiodesfibrilador implantable o desarrollo de fibrilación auricular (FA). Objetivamos que los pacientes obesos tuvieron más síncope inexplicable (6% vs 13%, OR: 0,43, p=0,03), más frecuentemente clase funcional NYHA III/IV (15,3% vs 8,9%, OR: 1,8 p=0,03), una tendencia a tener menos frecuentemente EPVI > 30 mm (3,5% vs 8,1%, OR: 0,41 p=0,07), pero más frecuentemente movimiento anterior sistólico de la válvula mitral por ecocardiografía (45% vs 34%, OR: 1,58 p=0,04). También notamos una tendencia de mayor nivel de indicación de miectomía quirúrgica (9,2% vs 5%, OR: 1,9 p=0,07) y tuvieron una elevación significativa de Troponina I ultrasensible (7,8% vs 3,7%, OR: 2,2 p=0,04).

Conclusiones: Encontramos que los pacientes obesos de nuestra cohorte tuvieron síntomas más avanzados, lo que se ha descripto en otras series. En nuestro grupo de pacientes obesos, la indicación de miectomía fue más frecuente que la de ablación septal con alcohol, hallazgo también encontrado en otras series. La FA no fue más prevalente entre los pacientes obesos, como tampoco lo fueron el EPVI máximo y la presencia de fibrosis. Observamos que los pacientes obesos presentaron más frecuentemente elevación de biomarcadores. Considerando que la MCH es la cardiopatía familiar más frecuente, es importante caracterizar cohortes y comparar los datos obtenidos.

0289. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y RESULTADOS PERIPROCEDIMIENTO DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO.

Cardiología Intervencionista y Estructural

María Florencia ACOSTA | Maria Belen BARBOSA | Roberto CORONEL | Diego COSTA | Anabel DALICANDRO | Maia MATSUDO | Omar Yerko SARDAN RENGEL | Bernardo Javier SERO

Sanatorio Sagrado Corazón

Características (n = 110)	Media (Rango intercuartilo) o n(%)
Edad	61 (54 – 70)
Masculino	92 (85.2)
Diabetes	27 (25.5)
Dislipidemia	61 (57.5)
Fumadores	29 (27.4
Ex fumadores	35 (33.0)
Antecedentes de Infarto	32 (30.2)
Fracción de eyección reducida	53 (41.2)
Acceso radial	37 (33.6)
Lesión distal del tronco coronario izquierdo	50 (58.8)
Lesión de descendente anterior	83 (79.8)
Revascularización completa	61 (55.5)
Guiada con IVUS	103 (93.6)
Aterectomía rotacional.	21 (19.1)
Número de stent	
1	23 (20.9)
2	30(27.3)
3	25 (22.7)
> 3	32 (29.1)
Tipo de stent liberador de Drogas	
Zotarolimus	90 (81.8)
Everolimus	26 (23.6)
Paclitaxel	7(6.4)

Introducción: La enfermedad ateroesclerótica del tronco coronario izquierdo se encuentra entre el 5 al 6% de todas las angiografías coronarias. La revascularización, según las guías actuales, tiene una recomendación de clase IA y existe un debate sobre cuál es la mejor estrategia para la misma, si la cirugía de revascularización coronaria o la intervención coronaria percutánea. La selección del método depende de las características del paciente (edad, sexo, comorbilidades, fragilidad), así como las consideraciones anatómicas.

Objetivos: Nuestro objetivo es describir a los pacientes con enfermedad de tronco coronario izquierdo que fueron tratados con intervención coronaria percutánea en un centro de tercer nivel e informar los resultados a corto plazo.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes con intervención coronaria percutánea del tronco coronario izquierdo entre 2013 y 2019. Las características basales se extrajeron de la historia clínica electrónica. La lesión renal aguda se definió como un aumento absoluto de la creatinina sérica mayor o igual a 0,3 mg/dl o mayor o igual a 1,5 veces del valor basal. El infarto de miocardio tipo IVa fue definido según la Tercera Definición Universal.

Resultados: Se realizaron un total de 110 procedimientos durante el período de estudio (Figura 1). La mayoría de los pacientes eran hombres, con una mediana de edad de 61 años. Un número considerable de pacientes mostró una fracción de eyección reducida (41,2%). Las lesiones principales izquierdas fueron más frecuentemente distales y asociadas con enfermedad de la arteria descendente anterior izquierda. El acceso radial se utilizó en una minoría de casos (33,6%), y la mayoría fueron guiados por IVUS (93,6%). La revascularización completa se logró en el 55,5%. El número de procedimientos a lo largo del tiempo se muestra en la Figura 2. Se puede ver un aumento del mismo después de 2016 coincidiendo con la publicación del ensayo EXCEL. Solo hubo 1 muerte (0,9%) durante el período de hospitalización, con alta incidencia de infarto de miocardio tipo IVa (19,1 %) y daño renal agudo (10 %), y una baja incidencia de hemorragia mayor TIMI (1,8 %)

Conclusiones: La práctica actual marca un aumento de la intervención coronaria percutánea del tronco coronario izquierdo a lo largo del tiempo, de acuerdo con las nuevas guías y directrices. Esto puede deberse a que muchos de los aspectos técnicos fueron mejorados, como la guía IVUS, que se utilizó en la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio. Aunque la mortalidad a corto plazo asociada con el procedimiento fué muy baja, así como un bajo riesgo de sangrado, hubo una alta incidencia de infarto de miocardio tipo IVa y solo la mitad logró una revascularización completa. Por lo tanto, a pesar de los resultados inmediatos prometedores en la práctica clínica, el seguimiento a largo plazo será esencial para determinar el papel futuro de la intervención coronaria percutánea en el tronco de coronaria izquierda.

0291. UTILIDAD DEL IVUS PARA EVALUAR LA DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA ATEROSCLERÓTICA EN PUENTES MUSCULARES

Cardiología Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Christian GIMENEZ | Cesar Ariel LOPARDO | Mariano VISCONTI | Ivan GUEVARA | Christian Gustavo MASTANTUONO | Santiago CARO | Daniel Francisco ZIVANO | German CAFARO

Sanatorio Dr. Julio Méndez

Introducción: Introducción: Los puentes musculares (PM) pueden ser causantes de dolor anginoso recurrente, siendo hoy en día controversial la angioplastia con stent de la arteria tunelizada debido a la ausencia de resultados favorables a largo plazo. Se ha demostrado que los PM no desarrollan enfermedad aterosclerótica en el segmento de la arteria tunelizada, sino que aumentan el riesgo de ateromatosis a nivel proximal, no habiendo evidencia al momento del resultado de tratar estas lesiones.

	Proximal	PM	Valor de p	Distal	Valor de p
ALM	5, 6 +/- 2,45	6 +/- 2,9	0,3711	6,5 +/- 3,2	0,1081
% Carga de placa	62,05 +/- 16,42	32, 8 +/- 9,3	<0,0001	29,8 +/- 11	0,1955

Objetivos: Objetivo: Determinar la utilidad del ultrasonido intravascular (IVUS) en pacientes con PM, como herramienta para evaluar la mayor carga de enfermedad ateroesclerótica a nivel proximal.

Materiales y Métodos: Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de 35 pacientes con diagnóstico angiográfico de PM en la arteria descendente anterior. Se llevaron a cabo, a través del IVUS, mediciones de área luminal mínima (ALM) y porcentaje de placa en sus segmentos proximal, en su trayecto intramiocárdico y a nivel distal. Se compararon los resultados obtenidos a nivel de la arteria tunelizada con los resultados a nivel proximal y distal, como outcome primario y secundario respectivamente. Se utilizó mediana y rango intercuartil para reportar variables continuas de distribución no normal. Para comparar resultados entre distintos segmentos se realizó análisis de Mann-Whitney U test. Fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de PM en nuestro centro en el periodo comprendido entre octubre del 2019 y abril del 2022.

Resultados: Resultados: Mediana de edad 65 años +/- 17 con las siguientes características: sexo femenino 40%, diabetes 17%, hipertensión arterial 65%, tabaquismo 35%, angioplastia previa %20, forma clínica de presentación: síndrome coronario agudo con elevación del ST 11,4%, síndrome coronario agudo sin elevación del ST 25,7%, valorados de manera programada 62,8%. Los PM se ubicaron en el segmento 7 de la clasificación de Sintax en todos los casos excepto en un paciente donde se ubicaba en el segmento 8. En cuanto al outcome primario: ALM en segmento proximal 5,6 +/- 2,45 vs ALM en PM 6 +/- 2,9 con p=0,311; y % carga de placa proximal 62,05% +/- 16,42 vs % carga de placa en PM 32,8% +/- 9,3 con p<0,0001. En cuanto al outcome secundario: ALM en segmento distal 6,5 +/- 3,2 vs ALM en PM 6 +/- 2,9 con p=0,1081, y % carga de placa distal 29,8 % +/- 11 vs % carga de placa en PM 32,8% +/- 9,3 con p=0,1955.

Conclusiones: Conclusiones: El IVUS es un instrumento válido para valorar el porcentaje de carga a nivel proximal del PM, la cual es mayor en dicho segmento al compararla con el porcentaje de carga en la arteria intramiocárdica, de manera estadísticamente significativa. Son necesarios trabajos que busquen evaluar los resultados a largo plazo de tratar, mediante angioplastia, el segmento proximal de los PM.

0292. ASOCIACION DE LIPOPROTEÍNA (A) Y EVENTOS VASCULARES

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud / Cardiología Clínica

Santiago LYNCH | Gustavo STAMPONE | Gerardo MASSON | Daniel COMTESSE | Pablo Guillermo STUTZBACH

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: La lipoproteína (a) (Lp (a)) elevada es un factor de riesgo de enfermedad vascular aterosclerótica. La misma se mantiene con valores estables a lo largo de la vida, lo cual nos permite identificar a aquellos individuos con mayor riesgo. Las guías actuales sugieren medirla una vez en la vida. No contamos en nuestro medio con evidencia que muestre el grado de asociación entre este marcador sérico y el riesgo vascular

Objetivos: Evaluar el grado de asociación de la Lp(a) e historia de eventos vasculares mayores en una población local.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva a pacientes mayores de 18 años que consultaron a consultorios externos de cardiología, en quienes su médico tratante le solicitó dosaje de Lp(a). La misma se expresó en nmol/l. Se considero historia de enfermedad vascular al antecedente de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o enfermedad vascular periférica. Se compararon medianas mediante prueba de U de Mann-Whitney, medias mediante test T de Student y se utilizó Chi2 para evaluar variables categóricas. Se realizó un modelo de regresión logística escalonada hacia atrás para determinar las variables independientes asociadas a eventos cardiovasculares. Se tomó como significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 142 paciente. La edad promedio fué de 57 años (±13), con un 27% de mujeres (n=38) y un 33% de pacientes en prevención secundaria (n=44). Los pacientes con antecedentes cardiovasculares tuvieron mayor edad (60 vs 54 años, p 0.02), y se observó un mayor porcentaje de sexo masculino (39% vs 16%, p 0.014). En el modelo de regresión logística múltiple (en donde se incluyeron estas variables y otras forzadas como HTA, TBQ y DM2) la Lp(a) estuvo asociada de manera independiente a eventos cardiovasculares (OR 1.005: IC95 1.002 - 1.009, p 0.005).

Conclusiones: Encontramos una asociación significativa e independiente entre los niveles elevados de Lp (a) y el antecedente de eventos vasculares mayores.

0294. PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS CARDIORRESPIRATORIOS EN EL SÍNDROME POST-COVID19. RESULTADOS DE UN RELEVAMIENTO EN 4673 PROFESIONALES DE LA SALUD.

Cardiología Clínica / Covid-19

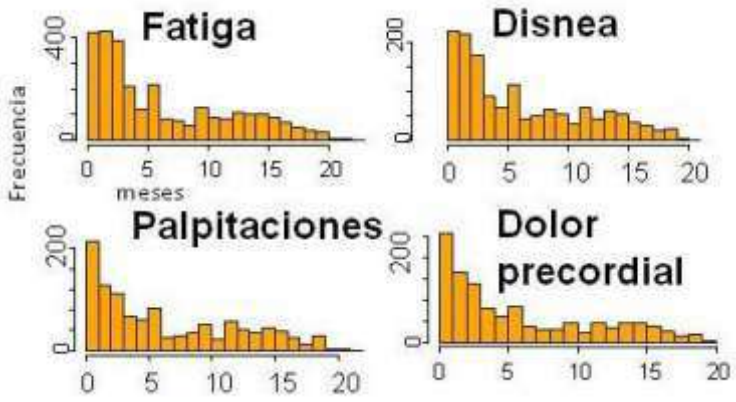
Macarena Elizabeth MASERA | Maria Jose MARTINEZ | Laura ANTONIETTI | Javier MARIANI | Maximiliano DE ABREU | Diego Alfredo KYLE | Natalia VENSENTINI | Carlos Daniel TAJER

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La pandemia ha tenido un gran impacto en los profesionales de la salud, tanto en términos de exigencias laborales como en la exposición al contagio. Las repercusiones de la enfermedad pueden implicar persistencia de síntomas y alteración de la calidad de vida.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de síntomas cardiorrespiratorios en el síndrome post-COVID19, su duración y severidad.

Materiales y Métodos: A través de la red social Intramed se efectuó un relevamiento, abierto y anónimo, de profesionales de la salud que habían



padecido COVID19 confirmado por PCR. Se interrogó sobre aspectos demográficos, laborales, 21 síntomas específicos post-COVID (evaluados en severidad y duración), implicancias sobre el retorno al trabajo, estudios aplicados y medicación requerida. En este reporte se informará sobre los síntomas de la dimensión cardiorrespiratoria: fatiga, disnea, palpitaciones, dolor precordial y sus implicancias. La duración se expresará en meses (mediana e intervalo intercuartilo). La disnea y la fatiga se clasificaron de 1 a 4 en niveles de severidad progresiva.

Resultados: Se contó con la participación de 4673 profesionales de la salud, el 64,2% fueron mujeres y la mediana de edad de 47.8±11.8 años. La mayoría de los profesionales eran médicos/as (67,5%) o enfermeros/as (11,5%). La fatiga fue el síntoma referido con mayor frecuencia – 3133 p – (67%), con una duración de 4 meses (2-10). La severidad fue 1 en el 33,4%, 2 en el 38%, 3 en el 21,8% y 4 en 6,7%. La disnea se presentó en 1614 casos (34,5%), con una duración de 4,5 meses (2-10), y la severidad fue 0-1 en el 42,7%, 2 en el 11%, 3 en el 43,8% y 4 en 2,4%. Refirieron dolor precordial 1378 p (29,7%) con una duración de 4 meses (2-10) y palpitaciones 1553 p (33,3%) con una duración de 5 meses (2-12). En el análisis univariado los cuatro síntomas se asociaron entre sí en forma significativa. En el análisis multivariado incluyendo el resto de los síntomas, edad y sexo, la fatiga se asoció fuertemente con la disnea (OR 6,3; IC 4-8,9), no así con palpitaciones ni dolor precordial. La fatiga se asoció también con mialgias (OR 1,6; IC 1,1-2,2), problemas de memoria (OR 1,5; IC 1,1-21,), lentitud (OR 1,9; IC1,3-2,8), insomnio (OR 1,4; IC1,1-2), ansiedad (OR 1,9; IC 1,3-2,9) y depresión (OR 1,6; IC 1,3-2,9). La disnea se asoció también con dolor precordial (OR 1,5; IC 1-2,4) y mialgias (OR 2,2; IC 1,4-2,1). El dolor precordial se asoció adicionalmente con palpitaciones (OR 2,8; IC 2,2-3,6), cefaleas (OR 1,5; IC1,1-1,9), mialgias (OR 1,5; IC 1,1-2,1) y tos (OR 1,7; IC 1,3-2,2). Las palpitaciones se asociaron adicionalmente con mareos (OR 1,7; IC1,1-3) y ansiedad (OR 1,7; IC 1,2-2,5). Los cuatro síntomas se asociaron en el análisis multivariado con la necesidad de estudios (electrocardiograma, monitoreo ambulatorio Holter, ecocardiograma, espirometría), con la posibilidad de nuevas internaciones y con mayores días de licencia.

Conclusiones: los síntomas cardiorrespiratorios evaluados tuvieron una prevalencia elevada como componentes del síndrome post-COVID-19, se asociaron entre sí y requirieron mayores estudios e internaciones. Aunque la mitad resuelve en pocos meses, la otra mitad puede prolongarse más de un año. La fatiga fue el síntoma más inespecífico, que abarcó dimensiones más amplias en su mayor parte no atribuible a problemas cardiorrespiratorios.

0296. EFECTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: METAANÁLISIS ACTUALIZADO DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud / Cardiología Clínica

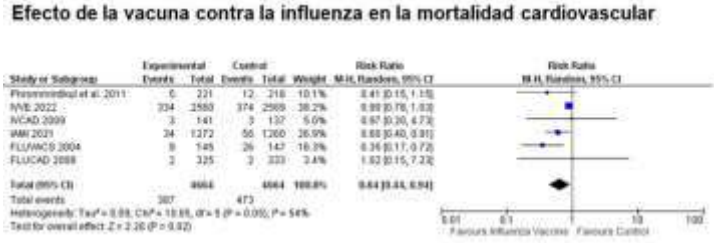
Lucrecia BURGOS (1) | Ezequiel José ZAIDEL(2) | Alvaro SOSA LIPRANDI(2) | Adrian BARANCHUK(3)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Sanatorio Güemes (2); Queen's University (3)

Introducción: La vacunación contra la influenza es una estrategia establecida para reducir las enfermedades y la mortalidad relacionadas con la influenza en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV). Basado en gran parte en estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Objetivos: Evaluar el impacto de la vacunación contra la influenza en la mortalidad y los resultados cardiovasculares en pacientes con ECV.

Materiales y Métodos: Realizamos una revisión sistemática y un meta-análisis (PubMed, Embase, Cochrane Library y International Clinical Trials Registry Platform publicados hasta abril de 2022) de ECA que investigaron si la vacuna contra la influenza reduce la mortalidad por todas las causas en pacientes adultos con ECV, incluida insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad de las arterias coronarias (CAD) en comparación con los pacientes que no fueron vacunados contra la influenza. Combinamos el cociente de riesgos y el intervalo de confianza (CI) del 95% mediante modelos de efectos aleatorios.



Resultados: Se analizaron un total de seis ensayos clínicos, incluidos 9316 pacientes. Cinco ensayos incluyeron pacientes con CAD (FLUVACS, FLUCAD, IVCAD, IAMI y Phrommintikul et al), y pacientes del ensayo IVVE con IC. El seguimiento medio fue de 16 ± 9,7 meses. La vacuna contra la influenza se asoció con una reducción de la mortalidad en comparación con el control, cociente de riesgos (RR) 0,67 (CI del 95%: 0,47 a 0,95); (p=0,03 I 2=53 %, figura 1), y se asoció con una reducción de la mortalidad cardiovascular en comparación con el control, RR 0,64 (CI 95 % 0,44-0,94 (P=0,05, I 2=54 %, figura 2). El uso de la vacuna antigripal no se asoció con una reducción estadísticamente significativa de infarto de miocardio en comparación con el control, RR 0,82 (CI 95% 0,60-1,12) (P=0,57, I 2=0%)

Conclusiones: La vacunación contra la influenza se asoció con una reducción del riesgo relativo del 33 % y del 36 % en la mortalidad por todas las causas y la mortalidad cardiovascular, respectivamente. En este meta-análisis de seis ensayos clínicos aleatorizados, intentamos generar un consenso con respecto a los beneficios persistentes de la vacuna contra la influenza en pacientes con ECV.

0297. DEPRESIÓN TRAS EL ALTA DE UNIDAD CORONARIA: UNA PROBLEMÁTICA SUBDIAGNOSITCADA.

Aspectos Psicosociales / Cardiología Clínica

Franco BOTTINI | Alesis RAFFAELI | Gonzalo Eduardo ROMERO | Valentina RODRIGUEZ ROHWAIN | Lisandro OLGUIN JOSEAU | Nicolás LALOR

Sanatorio Anchorena

Introducción: La Depresión Mayor (DM) es hoy en día una de las patologías más comunes con una prevalencia global del 5% al 9% de la población general. A su vez, ha sido relacionada con la Enfermedad Cardiovascular (ECV) como patologías comórbidas. Sabemos que la internaciones por ECV pueden desencadenar un Episodio Depresivo Mayor independientemente de la gravedad del evento índice y sin embargo éstos suelen pasar desapercibidos dada la falta de sospecha clínica.

Objetivos: Nos propusimos evaluar la prevalencia de DM luego del alta en una población de pacientes internados en Unidad Coronaria por ECV mediante la aplicación de la Escala de Depresión Cardíaca (EDC).

Materiales y Métodos: El presente es un estudio de tipo transversal en pacientes adultos realizado desde junio a Diciembre de 2021 en un Sanatorio de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron un total de 72 pacientes. Se diagnosticó DM cuando el puntaje de la EDC en el primer control a las dos semanas del alta alcanzó los 95 puntos. Esta herramienta diagnóstica tiene una especificidad del 85% y una sensibilidad del 97% para el diagnóstico de DM en caso de alcanzar un puntaje total mayor o igual a 95.

Resultados: Se diagnosticó DM en un 27,8% (20 pacientes). La edad media fue 62+-13,2 años, los principales diagnósticos de ingreso a UCO fueron Sindromes Coronarios Agudos 63%, Insuficiencia Cardiaca Descompensada 12,5% y Cirugías Cardíacas Electivas 13,9%. Solamente un 1,4% (1 paciente) presentaba antecedente conocio de DM.

Conclusiones: Los pacientes evaluados tras el alta de internaciones por diversas ECV presentaron una alta prevalencia de DM, sin embargo esta comorbilidad sigue siendo subdiagnosticada por los cardiologos.

0298. EFECTO DE LA SOBREEXPRESIÓN DEL FACTOR DE TRANSCRIPCIÓN TBX20 EN UN MODELO OVINO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EXPERIMENTAL

Investigación Básica

María Del Rosario BAUZÁ (1) | Ayelén Emilce LÓPEZ(1) | Alejandro SIMONIN(2) | Mariano Nicolás BELAICH(2) | Luis Alberto CUNIBERTI(1) | Alberto José CROTTOGINI(1) | Paola LOCATELLI(1) | Fernanda Daniela OLEA(1)

Instituto de Medicina Traslacional,Trasplante y Bioingeniería (IMETTYB)-Universidad Favaloro-CONICET (1); Universidad Nacional de Quilmes (2)

Introducción: Para limitar o reducir el tamaño del infarto de miocardio se han propuestos diferentes estrategias terapéuticas que promuevan regeneración miocárdica a través de la inducción de la miocardiogénesis y/o angio-arteriogénesis. Una de las posibles estrategias es sobreexpresar factores que estimulen estos mecanismos a través de la terapia génica. Respecto a esto, el factor Tbx20 ha demostrado estimular la expresión de genes pro-mitóticos, reprimir la expresión de genes anti-mitóticos e inducir angiogénesis. Por lo tanto, la sobreexpresión de Tbx20 sería un posible blanco terapéutico para la regeneración cardiaca.

Objetivos: Evaluar los efectos de la administración de un vector baculoviral codificante para Tbx20 (Bv-Tbx20), sobre la inducción de la proliferación celular y angiogénesis, en cultivo de cardiomiocitos (CM) de ratas neonatales y en ovejas con infarto agudo de miocardio (IAM) experimental.

Materiales y Métodos: En cultivo de CM transducidos con Bv-Tbx20 (CM-BvTbx20) o con su control (CM-BvNull) se midió a 2 y 5 días post-transducción: a) la proliferación celular (MTS, conteo celular e inmunomarcación de Ki67), b) la expresión génica de genes reguladores del ciclo celular y genes angiogénicos (RT-qPCR), y c) la inducción angiogénica (tubulogénesis). Posteriormente, en ovejas con IAM se administró alrededor del infarto 10^10 copias de Bv-Tbx20 o Bv-Null. A los 7 días del tratamiento, se evaluó la expresión de genes reguladores del ciclo celular y angiogénicos (RT-qPCR), la inducción de angio-arteriogénesis y la reentrada al ciclo celular de los cardiomiocitos por inmunomarcación de la proteína Ki67 (inmunohistoquímica) en tejidos inyectados. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante Test T de Student o Mann-Whitney y expresados como media±desvío estándar, considerando un valor de p<0,05.

Expresión génica de ARNm	Tbx20	Null	valor p
Tbx20	2.29±1.1	1.08±0.94	* (p<0.05)
Ciclina D1	2.26±1.1	1.22±0.78	ns
p21	0.24±0.40	5.55±8.78	* (p<0.05)
mef2c	10.86±9.13	1.81±2.1	* (p<0.05)
Ciclina A2	2.25±1.33	0.80±0.59	* (p<0.05)
Igf1	8.29±8.96	2.18±2.58	* (p<0.05)
Btg2	1.6±0.9	1.75±1.6	ns
vegf	2.24±1.37	1.1±0.48	* (p<0.05)
angiogenina	2.73±2.91	1.51±1.12	ns
angiopoyetina	2.28±1.63	0.9±0.75	ns
prokr2	3.26±1.83	1.44±1.18	* (p<0.05)
prokR1	2.52±2.37	0.80±0.3	* (p<0.05)
prok2	7.29±4.97	1.32±1.22	* (p<0.05)
gata4	1.37±0.71	1.31±0.78	ns
nxk2.5	2.11±1.37	0.91±0.37	* (p<0.05)
meis	0.88±0.26	1.35±0.82	ns
Inmunohistoquímica			
Arteriolas	143.20±45	92.15±35	* (p<0.05)
Ki67	14.37±7.22	6.32±6.69	* (p<0.05)
Capilares	2329.64±326.65	1684.50±289.96	* (p<0.05)

Resultados: Tanto a 2 como a 5 días post-transducción, los CM-BvTbx20 tuvieron: a) un aumento significativo en la expresión génica relativa del transgen humano Tbx20, Gata4, Nkx2.5 y de los genes pro-mitóticos (Mef2c, Ciclina A2 e Igf-1), b) una disminución significativa de la expresión del gen anti-mitótico p21, c) aumento de los genes angiogénicos (Vegf, Angiogenina, Angiopoyetina y ProkR2), y d) aumento de la inducción angiogénica in vitro. En cuanto a la proliferación celular, sólo a 2 días post-transducción hubo un aumento significativo en los CM-BvTbx20. En cuanto a los resultados in vivo, en ovejas tratadas con Bv-Tbx20 hubo: a) un aumento significativo en la expresión del transgen Tbx20, Nkx2.5, Mef2c, Ciclina A2 e Igf-1, b) una disminución en los niveles de p21, c) un aumento en los niveles de expresión de los genes angiogénicos (Vegf, ProkR2, ProkR1 y Prok2), d) un aumento de cardiomiocitos marcados con ki67/mm2, y e) un aumento en la densidad capilar y densidad arteriolar (ver Tabla 1).

Conclusiones: La transducción de cardiomicitos con Bv-Tbx20 indujo proliferación celular y angiogénesis in vitro. Además, la inyección intramiocárdica de Bv-Tbx20 en ovejas con IAM, indujo angio-arteriogenesis y aumento de células Ki67 positivas a 7 días del tratamiento. Estos resultados sugieren que la sobreexpresión de Tbx20 podría ser una alternativa terapéutica para inducir regeneración miocárdica.

0299. LA INTERNACIÓN EN UCO COMO VECTOR PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE IC.

Insuficiencia Cardíaca / Investigación Básica

Melisa KUBALA | Diego Sebastián NOVIELLI | Ignacio Nicolas ISQUIERDO | Augusto Matias ISQUIERDO | María Del Cisne ROJAS MONTEROS | Sergio NUNES DA CRUZ | Norberto Gustavo ALLENDE | Fernando José SOKN

Clínica IMA Adrogué

Introducción: Las terapias recomendadas para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca basado en la evidencia científica es frecuentemente incompleta al ingreso, en este sentido la internación es una oportunidad para optimizar al alta.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar, según este score, la medicación de ingreso y compararla con la de egreso hospitalario.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes ingresados de forma consecutiva a UCO con diagnóstico de insuficiencia cardiaca; A partir de la base de datos permanente se obtuvieron los datos clínicos, resultados de estudios complementarios, tratamiento previo al ingreso del paciente y las indicaciones al alta. Se utilizó el Score presentado en JACC Marzo/2022, propuesto para cuantificar intensidad de tratamiento y calidad del mismo previo a su ingreso y compararlo con el tratamiento de egreso.

Resultados: Se analizaron 125 pacientes consecutivos, ingresados durante el período de 01/2020 al 03/2022, la edad media fue de 71.3 años (+/- 8), sexo masculino (69%). El promedio de internación fue de nueve días. La caracteristicas basales del tratamiento previo y alta se describen en la tabla 1. Luego de la internación se observa un incremento significativo del Score como reflejo de la adecuación del tratamiento al alta del paciente. Los pacientes que egresan con dosis óptimas de BB + IECA/ARA2+ MRA (bloqueo mineralocorticoide) son 24 (20%). La tasa de uso de las drogas más recientemente aprobadas ARNI y SGLT2 fue muy baja.

Ingreso	Frec. Abs	%	Egreso	Frec. Abs	%	P
NO BB	36	30%	NO BB	7	5.8%	0.034
BB<50%	20	46.6%	BB<50%	48	40%	
BB>50%	61	53.3%	BB>50%	65	54.1%	
NO IECA/ARA	47	39.1%	NO IECA/ARA	18	15%	<0.001
IECA/ARA <50%	28	23.3%	IECA/ARA 2<50%	29	24.1%	
IECA/ ARA >50%	40	33.3%	IECA/ ARA 2 >50%	64	53.3%	
ARNI	5	4.1%	ARNI	9	7.5%	
MRA NO	88	26.6%	MRA NO	40	33.3%	
MRA SI	32	73.3%	MRA SI	80	66.6%	0.001
OTROS	0	0%	ISGLT2 SI	2	2.4%	
	120	99.9%	ISGLT2 NO	118	97.6%	0.033
Score ingreso		**2.8**	**Score egreso**	**4.8**		<0.001

Tabla 1.

Conclusiones: El tratamiento indicado al paciente luego de su paso por la UCO resultó más adecuado a las recomendaciones de las sociedades científicas, lo que se evidencia a través de un incremento del Score. La mejoría de score se logró con drogas clásicas. Asimismo no se pudo implementar un score de excelencia probablemente relacionado con el grado de comorbilidades, barrera socioeconómicos y culturales.

0300. TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN Y CÁNCER ¿DEBE UTILIZARSE EL PUNTAJE DE PESI Ó PESI SIMPLIFICADO?

Cardiología Clínica / Cardiología Crítica

Nicolás Arturo TORRES | Emilia Macarena SPAINI | Tomas BRANC | Mateo IWANOWSKI | Jose BONORINO | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNÁNDEZ | Sergio BARATTA

Hospital Austral

Introducción: En pacientes con tromboembolismo de pulmón (TEP) el puntaje de Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar (PESI) simplificado es una herramienta útil para categorizar rápidamente el riesgo del mismo. Los pacientes con cáncer presentan indefectiblemente un valor de PESI simplificado alto ya que dicho antecedente es considerado una variable de riesgo en su definición original.En la estratificación de riesgo propuesta por la Sociedad Argentina de Cardiología y la Sociedad Europea de Cardiología se propone el uso indistinto del PESI o PESI simplificado. Sin embargo, en pacientes con cáncer se desconoce si alguna de ellas es más apropiada para predecir riesgo de eventos adversos y mortalidad intrahospitalaria.

Objetivos: Determinar en una población de pacientes con TEP y puntaje PESI intermedio o más (mayor o igual a 86), la ocurrencia de muerte intrahospitalaria (MIH), requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y/o uso de drogas vasoactivas, en función de la existencia o ausencia de cáncer.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un Hospital Universitario Argentino, sobre pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022 que tuvieran un puntaje PESI intermedio o más. Se evaluó la ocurrencia de MIH, uso de drogas vasoactivas y/o ARM en función de la existencia o ausencia de cáncer.

Resultados: Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 209 que presentaron un puntaje PESI intermedio o mayor. La población de pacientes con cáncer resultó ser más joven que la de aquella sin cáncer (65 vs. 70 años; p<0.05),

	NO CA (N=83)	CA (n=126)	P
EDAD	70	65	<0.05
FEM	38(45%)	62(49%)	NS
HTA	60(72%)	61 (48%)	<0.05
DBT	7(8%)	24 (19%)	<0.05
EPOC	7 (8%)	6(5%)	NS
TBQ	31 (37%)	54 (43%)	NS
DLP	27 (32%)	46 (36%)	NS
TnTUS > 14	53(63%)	63(50%)	NS
TTO Anticoagulante	81(97%)	123(97%)	NS
PESI SIMP 1	70 (84%)	126 (100%)	<0,05

respectivamente. Los pacientes con cáncer presentaron una menor prevalencia de hipertensión arterial pero más diabetes (48% vs. 72%; p<0.05) y (19% vs. 8%; p<0.05), respectivamente. Los pacientes con cáncer tuvieron un puntaje PESI simplificado mayor respecto de los pacientes sin cáncer (100% vs. 84%; p<0.05), respectivamente. Tabla 1. Asimismo, los pacientes con cáncer tuvieron menor requerimiento de ARM y menor uso de drogas vasoactivas (9% vs. 24%; p<0.05) y (11% vs. 23%; p<0.05), respectivamente. Sin embargo, no se observaron diferencias en las tasas de MIH entre los pacientes con cáncer vs. sin cáncer (12.7% vs. 8%; p=ns), respectivamente. Tabla 2.

Conclusiones: Los pacientes con TEP y cáncer que presentan un puntaje PESI intermedio o más, no tendrían mayor mortalidad y tendrían menor requerimiento de ARM o uso de drogas vasoactivas. La utilización del puntaje PESI en vez del PESI simplificado podría proporcionar mayor precisión pronóstica en esta población.

0302. ÍNDICE DE SHOCK ¿UN PREDICTOR DE EVENTO MAYOR EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN Y ANTECEDENTE DE CÁNCER?

Enfermedad Vascular Pulmonar / Cardiología Crítica

Nicolás Arturo TORRES | Emilia Macarena SPAINI | Gonzalo CENTENO | Mateo IWANOWSKI | Jose BONORINO | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNÁNDEZ | Sergio BARATTA

Hospital Austral

Introducción: Los pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) requieren una adecuada estratificación de riesgo para establecer el pronóstico. El índice de shock (frecuencia cardíaca/ presión arterial sistólica) podría ser una herramienta sencilla y útil para evaluar el pronóstico, sin embargo, su utilidad en nuestro medio y en particular en pacientes con cáncer no se ha determinado suficientemente.

Objetivos: Determinar si pacientes con TEP que presentan un índice de shock mayor a 1, el antecedente de cáncer se asocia con mayor mortalidad intrahospitalaria (MIH) y/o mayor requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) o uso de drogas vasoactivas.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un Hospital Universitario, sobre pacientes hospitalizados por TEP. Se evaluó la totalidad de los pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022. Se analizaron los pacientes que presentaron un índice de shock mayor de 1 y se evaluó la ocurrencia de MIH, ARM y uso de drogas vasoactivas en función de la presencia o ausencia de cáncer.

Resultados: Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 40 que presentaron un índice de shock mayor a 1. No se encontraron diferencias significativas en las características basales de los pacientes con cáncer y sin cáncer. Tabla 1. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con cáncer y sin cáncer al evaluar MIH (29% vs. 15%, p=ns), ARM (21% vs. 27%; p=ns) o uso de drogas vasoactivas (35% vs. 30%; p=ns). Tabla 2.

	NO CA (N=26)	CA (N=14)	P
EDAD	62	61	NS
FEM	14 (54%)	10 (71%)	NS
HTA	13(50%)	8 (57%)	NS
DBT	3 (12%)	2 (14%)	NS
EPOC	3(12%)	0	-
TBQ	7 (27%)	5 (36%)	NS
DLP	7 (27%)	3(21%)	NS
TnTUS > 14	16(62%)	10(71%)	NS
TTO ANTICOAGULANTE	25(96%)	14(100%)	NS

Conclusiones: Los pacientes con TEP que presentan un índice de shock elevado presentan una MIH alta. Un índice de shock alto predice MIH independientemente del antecedente de cáncer

0304. VALORACION DE LA RESERVA CONTRÁCTIL Y CRONOTRÓPICA EN ESTUDIOS DE ECO ESTRÉS NEGATIVOS PARA ISQUEMIA MIOCÁRDICA

Ecocardiografía

Johnny BURBANO CAICEDO | Ariel Karim SAAD | Verónica Inés VOLBERG | Eduardo Andrés IBACETA ALANIZ | Barbara Gabriela LUX | Carolina CHAVIN | Constanza Patricia CABO | Ricardo Alfredo PÉREZ DE LA HOZ

Hospital de Clínicas UBA

Introducción: Si bien el principal objetivo del ecocardiograma estrés (EE) es analizar los cambios en la motilidad parietal, el análisis de otras variables como la reserva contráctil (RCon) por el método de elastancia y la reserva cronotrópica (RCro) permiten agregar valor pronóstico al estudio. No obstante, las mismas no suelen analizarse ni informarse en la mayoría de los estudios de EE en nuestro medio.

	Reserva cronotropica y contráctil	Reserva cronotrópica o contráctil	Sin reserva cronotrópica ni contráctil	P
Edad	60 ± 12	61 ± 14	68 ± 7	0.02
HTA	61%	65%	76%	0.17
DBT	6%	15%	25%	0.27
IAM	0%	24%	24%	0.10
Betabloqueantes	30%	52%	71%	0.13
Fey	62 ± 0.5	59 ± 1	53 ± 1	0.005
Masa VI	81 ± 18	88 ± 26	102 ± 22	0.01
Strain	20.6 ± 2.3	20.5 ± 2.2	16.8 ± 4.7	0.001
Min ejercicio	10 ± 2.9	9.2 ± 2.4	7.4 ± 3.2	0.02
Fey post Ejercicio	71 ± 3	66 ± 1	57 ± 1	0.0001
Strain post Ejercicio	23.7 ± 2	22.5 ± 2	18 ± 2	0.0001

Objetivos: Comparar las características clínicas y ecocardiográficas de pacientes a quienes se les realizó un EE con ejercicio negativo para isquemia miocárdica de acuerdo a la presencia o no de RCon y RCro.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo realizado sobre 73 pacientes con EE con ejercicio sin isquemia. Se analizaron los ecocardiograma con estrés con ejercicio negativos para isquemia miocárdica realizados durante el año 2021. Se utilizó bicicleta semisupina para el ejercicio. A todos los pacientes se les realizó reserva contráctil y reserva crónotrópica. La RCon se determinó mediante el cociente entre la tensión arterial sistólica y el volumen de fin de sístole tanto en reposo como en estrés (Valor normal: > 2) y RCro se definió como el aumento mayor al 80% de la frecuencia cardíaca basal. De acuerdo a la presencia o ausencia de RCon y RCro se dividieron en tres grupos. Grupo 1: presencia de ambas reservas; grupo 2: presencia de solo una reserva y grupo 3: ausencia de ambas reservas.

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes (64% varones, edad: 63 ± 12 años). En Grupo 1 se incluyeron 23 pacientes (edad 59.8 ± 12 años), en el grupo 2, 29 pacientes (sexo, edad 60 ± 13 años) y en el grupo 3, 21 pacientes (edad 68 ± 7 años). Los pacientes sin ninguna reserva fueron más añosos y presentaron una tendencia a mayor prevalencia de los factores de riesgo tradicionales, más frecuencia de IAM y mayor uso de betabloqueantes. Desde el punto de vista ecocardiográfico, este mismo grupo presentó menores valores de Fracción de eyección y Strain longitudinal global (SLG) tanto en reposo como en esfuerzo, mayor masa ventricular y en la ergometría menor cantidad de minutos de ejercicio realizado (Ver Tabla adjunta). Se realizó una regresión logística binaria con aquellas variables asociadas a la ausencia de RCon y RCro. La edad (OR 1.12 (IC95% 1.02 – 1.22; p: 0.01) y el valor de SLG en reposo (0.68 IC95% 0.51-0.90; p: 0.008) fueron las variables asociadas en forma independiente a la ausencia de ambas reservas. En una curva ROC, un valor de SLG de -18% basal fue el mejor punto de corte (ABC 0.72) asociado a la ausencia de ambas reservas.

Conclusiones: Los pacientes con EE negativo para isquemia miocárdica y que además presentan ausencia de RCon y RCro tienen un perfil de riesgo más elevado. Esto podría estar asociado a mayor riesgo de eventos cardiovasculares durante el seguimiento.

0305. UTILIDAD DE LA EXCURSIÓN DEL ANILLO MITRAL (MAPSE) EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA

Ecocardiografía

Johnny BURBANO CAICEDO | Ariel Karim SAAD | Juan Manuel CAPARROS | Barbara Gabriela LUX | Carolina CHAVIN | Constanza Patricia CABO | Ricardo Alfredo PÉREZ DE LA HOZ | Verónica Ines VOLVERG

Hospital de Clínicas UBA

Introducción: Existen diversos métodos para evaluar función sistólica del ventrículo izquierdo (VI), donde el más utilizado la medición de la fracción de eyección (FEVI) que solo evidencia la función de cámara, y tiene mucha variabilidad intra- e interobservador. Un método muy sencillo y en la actualidad poco utilizado es la MAPSE. Un valor reducido del mismo resulta de miofibras longitudinales disfuncionales o estresadas debido a isquemia miocardica, fibrosis o aumento de la tensión de la pared. Podría usarse como marcador temprano sensible de disfunción sistólica en diferentes situaciones. Quisimos evaluar la correlación de diferentes parámetros de función ventricular.

Objetivos: Realizar una correlación de los diferentes parámetros de evaluación de la función del ventrículo izquierdo (FEVI) automática, excursión del anillo mitral (MAPSE), Doppler tisular, septal y lateral, deformación global longitudinal.

Correlaciones

		MAPSE	FEY %	S LATERAL	STRAIN LG %	S SEPTAL
MAPSE	Correlación de Pearson	1	,350**	,291*	,542**	,205
	Sig. (bilateral)		,002	,012	,000	,080
	N	74	74	74	74	74
FEY %	Correlación de Pearson	,350**	1	,396**	,656**	,433**
	Sig. (bilateral)	,002		,000	,000	,000
	N	74	74	74	74	74
S LATERAL	Correlación de Pearson	,291*	,396**	1	,331**	,666**
	Sig. (bilateral)	,012	,000		,004	,000
	N	74	74	74	74	74
STRAIN LG %	Correlación de Pearson	,542**	,656**	,331**	1	,338**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,004		,003
	N	74	74	74	74	74
S SEPTAL	Correlación de Pearson	,205	,433**	,666**	,338**	1
	Sig. (bilateral)	,080	,000	,000	,003	
	N	74	74	74	74	74

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Materiales y Métodos: Se estudiaron 74 pacientes consecutivos, 58% mujeres, edad 58,80 años (rango 17- 88), que concurrieron al servicio de ecocardiografía y Doppler, a los cuales se les realizó un estudio ecocardiográficos completo con equipo Philips E9 y E95 con determinación en particular de FEVI automática, MAPSE, onda S del Doppler tisular (DTIS) septal y lateral, y deformación global longitudinal (GSL). Los motivos de solicitud de estudio fueron variados: 45% hipertensión arterial, 9% diabetes, 19% otros FRC, 6% oncológicos, 17% enfermedad coronaria, y otros diagnósticos (sospecha endocarditis, accidente cerebrovascular, sospecha de tromboembolismo pulmonar, lupus sistémico eritematoso, examen de salud, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal). Se excluyeron pacientes con ventana ultrasónica subóptimo, calcificación del anillo mitral, prótesis valvular en posición mitral, con trastorno del ritmo (Fibrilación auricular, extrasistolia frecuente), portadores de marcapasos y CDI, hipertensión arterial (TAS >180mmHg). Se realizó la correlación por coeficiente de correlación de Pearson entre diferentes de evaluación de función sistólica (FEVI, MAPSE, onda S del DTI y GSL).

Resultados: En una población con diagnósticos variables, con FEVI media de 60% (rango 23 - 75%) se halló una correlación de FEVI con MAPSE de r=0.350, con DTIS lateral de r= 0.396, con DTIS septal de r= 0.433 y GSL de r=0.656. La correlación de MAPSE con DTIS lateral de r= 0.291, con DTIS septal de r= 0.205 y GSL de r=0.542. Se encontró una mejor correlación de MAPSE con el GSL que con FEVI.

Conclusiones: El MAPSE tuvo mayor correlación con el GSL que con FEVI en nuestro estudio, sugestivo que este parámetro parece correlacionar más con la función miocárdica, pudiendo ser más pronóstico que la FEVI.

0308. VARIACIÓN DE PRESIÓN DE PULSO COMO PARÁMETRO DINÁMICO DE EVALUACIÓN DE PRECARGA EN POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Cardiología Crítica / Cirugía Cardiovascular

Federico LIBERMAN | Juan Pablo RICARTE | Pablo Ezequiel SARMIENTO
Sanatorio Allende

Introducción: Se ha demostrado que un valor de variación de presión de pulso (VPP) > 13% predice la respuesta al aporte de volumen con alta sensibilidad y especificidad en distintas poblaciones de pacientes críticos.

Objetivos: - Correlacionar los valores de VPP en el postquirúrgico inmediato de cirugía cardíaca con la estrategia de reanimación con volumen en las primeras 24 horas. - Estimar la relación existente entre VPP en el postquirúrgico inmediato de cirugía cardíaca con valores de lactato inmediato y a las 24 horas. - Correlacionar los valores de VPP con presiones de llenado (PVC – Presión Wedge). - Estimar la relación existente entre el valor de VPP inicial y el requerimiento de inotrópicos en forma sostenida posterior a la cirugía.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional y analítico en el que se incluyeron pacientes de 18 años o más que fueron intervenidos quirúrgicamente en forma programada de alguna patología cardiovascular con o sin requerimiento de circulación extracorpórea desde febrero del 2020 hasta octubre del mismo año.

Resultados: La muestra final fue de 35 casos (n=35). El análisis de la muestra según los valores de VPP resultó estadísticamente significativa respecto al valor de PVC (p=0,0001) sin relación significativa (p=0,64) con presión Wedge. Por otro lado, el 95% de los pacientes del subgrupo con VPP>13% tuvo requerimiento de cristaloides por encima de 2500mL en las primeras 24 horas.

Variables de laboratorio inmediato y a las 24 horas según subgrupo (n=35).

Tiempo	Parámetros	VPP≤13 (n=15)	VPP>13 (n=20)	p-valor
Inmediato	Ác Láctico (mmol/L)	2,0 ± 0,3	2,4 ± 1,1	0,1958
	Bicarbonato (mmol/L)	21,9 ± 1,3	21,7 ± 2,3	0,7607
	Creatinina (mg/dL)	1,0 ± 0,3	1,4 ± 0,7	**0,0448**
24 horas	Ác Láctico (mmol/L)	2,0 ± 0,3	2,9 ± 2,5	0,1304
	Bicarbonato (mmol/L)	21,5 ± 1,9	21,8 ± 4,2	0,7988
	Creatinina (mg/dL)	1,0 ± 0,3	1,6 ± 1,3	0,0667

• VPP: Variación de presión de pulso.

Conclusiones: Fue posible establecer una relación directa entre el valor de VPP obtenido y la estrategia de reanimación con volumen, como así también con el requerimiento de inotrópicos en forma sostenida. Además, hubo relación directa con parámetros de precarga habitualmente utilizados como PVC.

0312. STENT FARMACOLOGICOS ¿ES MAYOR SU USO EN PACIENTES NO DIABETICOS QUE EN DIABETICOS EN LA ACTUALIDAD?

Cardiología Intervencionista y Estructural

Martín Javier FIORUCCI

Consejos: Hemodinamia y Cardiología Intervencionista "Dr. Isaac Berconsky"

Introducción: En la actualidad la evidencia y el desarrollo de las distintas plataformas de los stent han llevado a un incremento en cuanto a las opciones para su utilización mas allá de la antigua recomendación que únicamente incluía a los pacientes diabéticos debido a que estos presentaban mayor tasa de reestenosis de los stent convencionales.

Objetivos: Determinar si existe en la actualidad un mayor uso de stents farmacológicos en pacientes no diabéticos (No DBT) que en diabéticos(DBT).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las angioplastias coronarias (ATC) realizadas en nuestro centro entre el periodo comprendido desde el año 2017 al 2022, tanto en pacientes no DBT como en DBT a los cuales se les implantaron stents farmacológicos (DES) en distintos escenarios clínicos.

EDAD PROMEDIO	62
HTA	258
TBQ O EX	196
DISLIPEMIA	227
IAM PREVIO	99
ACV PREVIO	151
VASCULOPATIA PERIFERICA	40
IRC	16
ANGIOPLASTIA PREVIA	152

Resultados: En total se realizaron 387 ATC de las cuales 269 eran pacientes no DBT y 118 DBT. Se implantaron 620 DES, 197 en pacientes DBT y 423 en no DBT. EL 68% de los pacientes tenían 2 o más lesiones angiograficamente significativas definidas como obstrucciones mayores al 70% en arteria coronaria derecha, descendente anterior y circunfleja o mayores al 50% en tronco de coronaria izquierda. De estas el 71% se evidenciaron en pacientes no DBT y 36% en DBT. En el 24% de los pacientes las ATC se realizaron debido a un Síndrome Coronario Agudo con supra desnivel del segmento ST.

Conclusiones: La tasa de uso de DES en nuestro centro fue mayor en pacientes no diabéticos que en diabéticos como así también la cantidad de lesiones significativas que presentaban los primeros lo que podría justificar la mayor indicación de DES en estos.

0315. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ECOCARDIOGRÁFICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME POST COVID

Covid-19 / Ecocardiografía

Rodrigo ESPARZA IRAOLA | Marina Belén MARCHESINI | Maria Florencia PEREZ | Ezequiel LOZANO CHIAPPE | Salmo JOSÉ FABIÁN | Lucas MULLER | Gustavo GIUNTA | Alejandro Rubén HERSHSON

Fundación Favaloro

Introducción: Se conoce como síndrome post covid (SPC) a la persistencia de síntomas luego de una infección aguda por el virus SARS-CoV-2. Existe controversia en cuanto a la fisiopatología y caracterización de este cuadro.

Objetivos: Describir el perfil clínico, ecocardiográfico y parámetros de inflamación en pacientes (pac) portadores de SPC.

Materiales y Métodos: En un diseño de cohorte transversal se incluyeron en forma prospectiva pac entre 20 y 60 años con antecedentes de infección por COVID 19 entre 3 semanas y 3 meses posteriores al diagnóstico. El estudio se realizó entre junio del 2021 y febrero del 2022. Según la presencia de síntomas, se definió un grupo portador de SPC (PCS, n=13) que

	CONTROLES	ASINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	p
Ferritina	107±102	125±98	206±157	NS
VSG	11,9±6	9,7±7	11,7±7	NS
FEY	63 (58-66,5)	58 (56-60)	63 (61-75)	NS
IVFD	72 (64-78,7)	77,5 (56-88)	60 (54-69)	NS
IVFS	26,1± 6	32,4±11	22,8±5	0,064
E/é	7,6±1	7,9±1	8,7±2	NS
Strain	19,6 (18-20)	21,5 (19-22)	20,9 (19-22)	NS
IMVI	83 (70-92)	80 (66-98)	75 (66-86)	NS
PSVD	22 (20-28)	26 (23-27)	28 (25-31)	NS
RelEA	1,6±0,5	2,1±0,8	1,16±0,4	0,0052
AI	22 (20-25)	26 (23-30)	29 (21-34)	0,057
TAPSE	21±2,7	21,5±3	22,1±3	NS

se comparó con un grupo de pac post covid que evolucionaron asintomáticos (PCA, n=14). Se incorporó un grupo control sin diagnóstico de COVID'19 en el último año (CTR, n=12). Se excluyeron pac portadores de diabetes, inmunosuprimidos, uso de estatinas, IECA, ARAII u otras condiciones que afecten el perfil inflamatorio. Se tomaron medidas antropométricas y datos clínicos de las historias clínicas. Los parámetros ecocardiográficos fueron adquiridos con PHLLIPS EPIQ 7C con transductor sectorial matricial X5-1, por un único operador. Las determinaciones de laboratorio se realizaron mediante métodos automatizados. Los participantes fueron evaluados también por un test de marcha de 6 min y la percepción del esfuerzo se cuantificó por escala de Borg.

Resultados: Los pac del grupo PCS tuvieron mayor edad que PCA y CTR (PCS (46 ± 13) vs. PCA (32 ± 9,5) vs. CTR (36 ± 14); p=0,05), sin observarse diferencias en sexo, TAS y BMI. Los pac del grupo PCS presentaron disnea 69%, palpitaciones 54%, astenia 46%. Coincidentemente, en el grupo PCS se observó un incremento de la escala Borg (CTR(1,6 ± 1) vs. PCA (1,2 ± 1)vs. PCS (3,5 ± 1,9); p=0,017) En la tabla 1 se exponen los resultados de parámetros inflamatorios y ecocardiográficos. Se destaca un aumento no significativo de la ferritina en el grupo PCS. En estos mismos pac la relación EA estuvo reducida (CTR (1,6 ± 0,5) vs.PCA (2,1 ± 0,8) vs.PCS (1,16 ± 0,4); p= 0,0052).

Conclusiones: En nuestro estudio el grupo PCS mostró mayor puntaje en la escala de Borg y reducción de la relación EA. La edad y la permanencia de marcadores inflamatorios podrían explicar la persistencia de síntomas del SPC.

0316. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS CON ANATOMÍA AÓRTICA COMPLEJA

Cardiología Intervencionista y Estructural / Aorta

Luis Mariano FERREIRA | Miguel FERRER | Carlos Alberto INGINO | Leonela ALOY | Lucia FONTANA | Ricardo LA MURA

Clínica La Sagrada Familia

Introducción: Más del 80% de los aneurismas aórticos infrarenales se tratan mediante reparación endovascular. Sin embargo, la anatomía arterial es la principal limitante para el abordaje mediante endoprótesis estándar. Existen pocos informes publicados en nuestro medio de resultados para pacientes con aneurismas yuxta o pararenales, o toracoabdominales (aneurismas complejos).

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia dando un enfoque técnico global en la reparación endovascular de aneurismas aórticos complejos

Materiales y Métodos: Este es un estudio observacional prospectivo de un solo centro que evalúa los resultados a 3 años en todos los pacientes con aneurismas complejos tratados en forma electiva y consecutiva por vía endovascular mediante: endoprótesis estándar utilizando EndoAnchors, fenestraciones (FEVAR), ramas (BEVAR) o endoprótesis estándar con chimeneas para la exclusión de los aneurismas aórticos complejos. La decisión de la técnica a utilizar fue determinada por el equipo quirúrgico en base a la anatomía arterial. Técnicamente para evitar la paraplejía y la isquemia de miembros, se realizaron conductos temporarios para el ingreso de la endoprótesis, drenaje computarizado de LCR y procedimientos realizados en etapas.

Resultados: Entre enero de 2019 y febrero 2022, realizamos en forma consecutiva 37 procedimientos (81% Hombres, Edad > 70 años 70,2%, 46% enfermedad vascular no aneurismática (enfermedad coronaria 24,3%, ACV 10,8%) y 76% un ECG previo patológico, IRC 16,2%) El diámetro máximo transverso del aneurisma promedio fue 68mm, y 2p se encontraban complicados al momento de su presentación). Se utilizaron 12 dispositivos fenestrados hechos a medida fabricados en quirófano y 2 industrialmente fabricados, 8 dispositivos ramificados estándar, 4 en chimeneas y 11 pacientes recibieron EndoAnchors. Las reparaciones incluyeron 33 fenestraciones (promedio de 2,5 fenestraciones / paciente) y 15 chimeneas (1,8 chimeneas /paciente) y 31 ramas direccionales. La tasa de éxito técnico fue del 100% con permeabilidad adecuada de las ramas viscerales comprometidas. A 30 días: 2 pacientes fallecieron (5.4%) uno en el día 22 por neumonía (paciente con aneurisma roto) y un segundo paciente por una TV al día 8; 3 (8,1%) pacientes presentaron una oclusión de la arteria renal, la cual fue repermeabilizada exitosamente en todos los casos (2 BEVAR y 1 FEVAR). Ningún paciente necesitó de diálisis, ni presentó paraplejia, isquemia intestinal, o accidente cerebrovascular. Un paciente desarrolló un endoleak tipo IB durante el seguimiento que fue corregido y un segundo paciente un IC que no requirió de tratamiento. Ocho pacientes presentan un endoleak tipo II, cinco con crecimiento del saco pero sólo uno de los cuales recibió tratamiento endovascular. El tamaño promedio del aneurisma disminuyó de 65.4±13.9 a 63.2± 14mm a 14 meses. Dos pacientes fallecieron por COVID al 5 y 8 mes del PO. El tiempo medio de seguimiento fue de 17 meses (1 a 39 meses). En el análisis de Kaplan-Meier, la supervivencia global fue del 78.2% a 3 años, la permeabilidad primaria del vaso fue del 83,7% y la secundaria del 100%, con una supervivencia libre de reintervención a 3 años del 75.7%. No se registró mortalidad asociada al aneurisma y o ruptura del mismo, durante el seguimiento.

Conclusiones: Se trata de una publicación que muestra nuestra actual, efectiva y segura forma de tratar a este grupo de pacientes, de alto riesgo técnico, mediante un abordaje mínimamente invasivo, y diseñado a medida de acuerdo a sus características anatómicas vasculares.

0317. INDICE LEUCOGLUCEMICO Y LEUCOPLAQUETARIO COMO MARCADORES PRONÓSTICO EN SCA

Sindrome Coronario Agudo

Carla L. Francesca BOIDI | Kaytleen Miriam VARGAS SANABRIA | Maria Gabriela GUTHMANN | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON

Sanatorio Franchín

Introducción: Papel de la inflamación en el desarrollo de la aterosclerosis y en la patogenia de la trombosis coronaria. El índice leuco-glucémico (ILG) es un marcador recientemente propuesto como pronóstico y predictor de mortalidad intrahospitalaria dentro de los SCA. El índice leucoplaquetario (ILP) busca demostrar de la misma manera la relación entre el recuento de plaquetas y leucocitos en el contexto del SCA y cómo el aumento de este índice supone peor pronóstico y mortalidad durante la internación. El Registro Global de Eventos Coronarios Agudos (GRACE) tiene un valor predictivo para eventos de enfermedad cardiovascular adversa mayor (ECV) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Objetivos: Evaluar la utilidad del índice leuco-glucémico y leucoplaquetario en la estratificación del riesgo de eventos intrahospitalarios tras un SCA.

Materiales y Métodos: Diseño: un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes que ingresaron de forma consecutiva con diagnóstico de Síndrome coronario agudo en una unidad coronaria. Se recogieron datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos y la evolución intrahospitalaria. Se calculó el índice leuco-glucémico teniendo en cuenta la fórmula ILG = (glucemia[mg/dl] □ leucocitos [106/l])/1.000 y el índice leco plaquetario con la ecuación LPI: (recuento plaquetario * leucocitos/108) y el score GRACE con los datos del ingreso. Se determinó la implicación pronóstica de estos índices considerando como punto final combinado de mortalidad, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico durante la internación. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, historial médico y factores de riesgo cardiovasculares, datos clínicos como la tensión arterial sistólica y diastólica además de la frecuencia cardiaca al ingreso, funcion sistolica ventricular por ecocardiografia y score GRACE.

Resultados: Se incluyeron 269 pacientes (100 con SCACEST y 169 con SCASEST) con una edad de 54 +/- 6 años, 30% mujeres. El GRACE promedio fue de 104 +/- 27, el ILP 36 +/- 18 y el ILG 1490 +/- 880. El punto combinado se presentó en 4.6% (n=12) con una mortalidad de 1.6% (n=6). En el análisis univariado tanto el GRACE, el ILP y el ILG fueron predictores del punto combinado, mientras que en el multivariado, el GRACE y el ILG fueron predictores independientes del punto combinado (OR 1.04 (IC95% 1.01-1.07), p=0.02 y OR 5.26 (IC95% 1.42-18,75), p=0.04; respectivamente. El área bajo la curva ROC del GRACE fue 0.74 y del ILG 0.74.

Conclusiones: En el análisis univariado, tanto el GRACE como el ILG e ILP fueron predictores del punto combinado, mientras que en el multivariado, sólo el GRACE y el ILG fueron predictores independientes del punto combinado. La capacidad de discriminación de eventos del ILG fue similar a la del GRACE.

0318. NUEVOS HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS DE POTENCIAL UTILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE CICATRIZ DE INFARTO ANTERIOR EN PRESENCIA DE BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA PERMANENTE.

Enfermedad Coronaria

Gabriela FAJARDO VERA | Federico FERRANDO | Soledad MURGUÍA SALGADO | Federico ACQUISTAPACE | Alejandra GARRETANO | Pablo MARICHAL | Romina NOGARA | Karina BAYARDO

Hospital de Clínicas de la Cuidad de Montevideo, Uruguay

Introducción: La presencia de bloqueo completo de la rama izquierda del His (BCRI) permanente invalida los criterios ECG diagnósticos de isquemia y dificulta la detección de cicatriz de infarto en el territorio irrigado por la arteria descente anterior. En efecto, los hallazgos ECG clásicos sugestivos de secuela anterior en presencia de BCRI no han demostrado un rendimiento diagnóstico bajo.

Objetivos: Analizar el rendimiento diagnóstico de diversos hallazgos electrocardiográficos sugestivos de cicatriz de infarto antero-septo-apical en presencia de BCRI permanente.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico en pacientes con BCRI permanente derivados consecutivamente a centellograma de perfusión miocárdica por SPECT gatillado (CPM). Para la sensibilización se utilizó un protocolo de estrés vasodilatador (dipiridamol). Para la CPM se inyectaron 15-25 mCi de 99mTc-MIBI al 7mo minuto tras la infusión de 0,56 mg/kg de dipiridamol. A los 60 minutos se obtuvieron imágenes tomográficas gatilladas con la onda r del ECG (SPECT) en proyecciones de eje largo (horizontal y vertical) y eje corto transversal. En un día separado se realizó el estudio en condiciones de reposo. Las imágenes se adquirieron en un equipo híbrido SPECT-CT (General Electric Infinia Hawkeye), que permite la corrección de atenuación por tejidos mamarios. La presencia de cicatriz en el territorio de la descendente anterior se definió como un defecto de perfusión fijo, moderado/severo, de distribución antero-septo-apical, no atribuible a BCRI en opinión de expertos, asociado a dismotilidad regional. Se analizó el rendimiento diagnóstico de diferentes hallazgos ECG para con la presencia de secuela: signos de Cabrera y Chapman, duración QRS, salto de onda, onda r en la derivación V1 (rV1) > 0,1 mV, supradesnivel-ST en V1 e infradesnivel-ST en V5.

Resultados: Incluimos 115 pacientes con BCRI derivados a CPM, 55 mujeres (48%), con una edad promedio de 65 años, 28% diabéticos. La duración del qrs fue similar en pacientes con y sin secuela (0=0,59). Los pacientes con secuela anterior presentaron FEVI basal menor (31,50[21,00-43,50] vs. 47,00[29,75-58,00]%, p=0,025). Los signos clásicos diagnósticos fueron poco sensibles y muy específicos, al igual que el salto de onda (S: 30%, E: 70%), mientras que rV1 > 0,1 mV presentó S: 40% y E: 87% (p=0,04). La combinación de rV1>0,1 mV + signo de Cabrera obtuvo una S de 20% y una E de 98% (p=0,037) , mientras que rV1>0,1 mV + supradesnivel-ST V1 ≥ 0,1 mV obtuvo S de 40% y E de 89% (p=0,025).

Conclusiones: En presencia de BCRI permanente, los signos electrocardiográficos clásicos de secuela de infarto anterior resultan poco sensibles. Encontramos algunos signos de potencial utilidad diagnóstica como la presencia de rV1 ≥ 0.1 mV y su combinación con el signo de Cabrera y el supradesnivel-ST en V1. Estos hallazgos merecen ser evaluados en series mayores con confirmación angiográfica.

0321. CORRELACIÓN ENTRE TROPONINA T ULTRASENSIBLE Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN EMBOLIA DE PULMÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ARGENTINA

Ecocardiografía / Enfermedad Vascular Pulmonar

Esteban FOIA | Alejandro GODOY | Magdalena SANTILLAN | Fernando ROSALES | Andres RUHL | Lucás Alejandro PROTTI | José Ignacio ALVAREZ FERRER | Aldo Hugo TABARES

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: se recomienda el uso de troponina T ultrasensible (TnT-us) para evaluar el riesgo de disfunción ventricular derecha (DVD) en pacientes con embolia pulmonar (EP), con un valor de corte dicotómico, sin embargo, al ser la TnT-us una variable continua, este riesgo podría estar asociado a su valor absoluto.

Objetivos: correlacionar los valores de TnT-us con parámetros ecocardiográficos de DVD en EP.

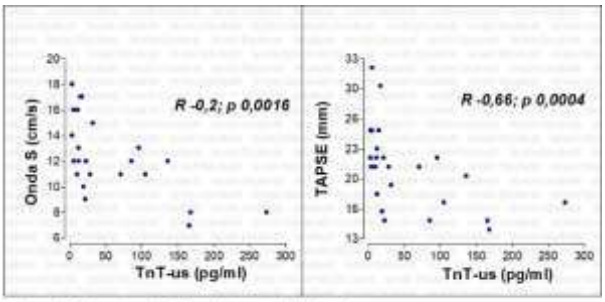


Figura 1. Parámetros de disfunción ventricular derecha.

Materiales y Métodos: estudio observacional, analítico, en el que se incluyeron pacientes con EP de forma prospectiva, a los cuales se les midió TnT-us al momento del diagnóstico. Se excluyeron aquellos con compromiso hemodinámico. A todos se les realizó un ecocardiograma transtorácico dentro de los primeros cuatro días, y se usaron criterios de DVD del estudio PEITHO. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje, las continuas en medianas y rangos intercuartílicos 25-75 % o media y desviación estándar según su distribución. Se correlacionó el valor de TnT-us con DVD ecocardiográfica mediante el test de Spearman. Se consideró una p significativa menor a 0,05. Se usó el paquete InfoStat® para analizar los datos.

Resultados: entre marzo del 2021 y abril del 2022, se incluyeron 24 pacientes, con una mediana de edad de 63,5 años (54-77). Del total, 54% fueron femeninos. El IMC fue 28,46 ± 5,66 kg/m2. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: cáncer previo (38%), reposo en cama durante al menos tres días en el último mes (33%) y cirugía en los últimos tres meses (25%). En lo que respecta a la presentación clínica, la disnea ocupó el primer lugar (83%) seguido por edema en miembros inferiores (21%). La mediana de troponina al ingreso fue de 21 pg/ml (10-85,4) con 63% mayor a 14 pg/ml. Presentaron algún parámetro de DVD 75% de pacientes. Las medianas de los parámetros ecocardiográficos fueron: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE) de 21 mm (17-22), onda S 12 cm/s (11-15), relación VD/VI 0,82 (0,74-0,95), velocidad de jet de regurgitación tricuspídea 2,74 m/s (2,57-3,20) y presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) 37 mm Hg (30-45). La TnT-us se correlacionó con onda S (R -0,2; p 0,0016), TAPSE (R -0,66; p 0,0004) y PSAP (R 0,51; p 0,011).

Conclusiones: la TnT-us se correlacionó con dos parámetros de DVD (TAPSE y onda S). Se necesita un mayor número de pacientes para estudiar la relación con el resto de parámetros.

0323. ADHERE SCORE EN FEY CONSERVADA VS FEY DETERIORADA COMO PREDICTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Insuficiencia Cardíaca

Federico OLIVERO VILA | Kaytleen Miriam VARGAS SANABRIA | Maria Gabriela GUTHMANN | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON

Sanatorio Franchín

Introducción: La insuficiencia cardíaca es un síndrome cardiovascular de especial interés por su elevada prevalencia, alta hospitalización y mortalidad que aumenta su incidencia debido al envejecimiento de la población y en especial a la mejoría en la supervivencia de la cardiopatía isquémica, generando altos costos al sistema de salud. Con una prevalencia del 1 a 1,5%, una edad promedio de 67 años y riesgo de mortalidad anual de 5-10% anual que se incrementa a 30- 40 % en pacientes graves, es la principal causa de internación en pacientes mayores de 65 años, con alta tasa de reinternación. La IC FEY preservada representa un 30-50% de los casos con pronóstico similar a la FEY deteriorada. De esta manera es importante una evaluación rápida inicial al momento de la consulta, que permita diferenciar aquellos pacientes en mayor riesgo de muerte intrahospitalaria. El ADHERE score (Acute Decompensated Heart Failure National Registry) permite con 3 valores al ingreso del paciente (Tensión arterial Sistólica, Nitrógeno ureico en sangre y Creatinina) valorar el riesgo de muerte intrahospitalaria. Dicho score no considera la FEY del paciente al momento del ingreso y para la evaluación del riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

Objetivos: En el presente estudio el objetivo es evaluar la utilidad del ADHERE score en pacientes que ingresaron con diagnóstico de Sindrome de insuficiencia cardíaca aguda en dos grupos, Preservada (FEY ≥50%) Vs. Deteriorada (FEY < 50%).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional que incluyó todos los pacientes que consultaron por Sindrome de insuficiencia cardíaca aguda. Se dividió en dos grupos: FEY ≥ 50% y FEY menor a 50%. Se calculó el Adhere Score teniendo en cuenta TAS y BUN de ingreso y se dividió en 5 grupos: Riesgo Bajo, intermedio 3, intermedio 2, intermedio 1 y Alto riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Se tomó como Punto final primario la muerte intrahospitalaria de cualquier causa y como punto secundario el combinado de mortalidad y requerimiento de ARM

Resultados: La muestra fue de un total de 614 pacientes. 180 FEY conservada, 434 FEY deteriorada. Fey conservada se dividió en Bajo riesgo: 123; Int.3: 41; Int.2: 12; Int.1: 3; Alto riesgo: 1 Fey deteriorada se dividió en Bajo riesgo: 267; Int.3: 122; Int.2: 21; Int.1: 18; Alto riesgo: 6 El Punto final primario se dio en 8 pacientes (4%) del grupo con FEY conservada (Bajo riesgo 3; Int.3: 2; Int.2:3) y en 16 pacientes (3,68%) del grupo de FEY deteriorada (Bajo riesgo 6; Int.3: 4; Int. 1: 4; Alto riesgo: 2) En este estudio no hubo diferencias en la mortalidad en los grupos de FEY conservada y FEY deteriorada (p=0.56) El Adhere fue no predictor de mortalidad en el grupo de FEY conservada (OR 1.93 IC95% 0.93-4.01), p=0.07) pero si fue predictor del punto combinado (OR 3.13 (ic95% 1.76 – 5.55), p<0.001). En el grupo de FEY deteriorada, el Adhere fue predictor tanto de mortalidad como del punto combinado (OR 2.23 (IC95% 1.55- 3.37), p<0.001 y OR 1.91 (ic95% 1.33-2.75), p<0,001; respectivamente)

Conclusiones: En los pacientes con FEY conservada, el adhere no fue predictor de mortalidad, pero sí del punto combinado; mientras que en los pacientes con FEY reducida, el Adhere fue predictor tanto de mortalidad como del punto combinado.

0328. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A NUEVA CINECORONARIOGRAFÍA PRECOZ LUEGO DE UNA ANGIOPLASTIA CORONARIA. ¿DEBEMOS ELEVAR EL UMBRAL PARA REEVALUAR LA ANATOMÍA?

Cardiopatía Isquémica / Sindrome Coronario Agudo

Juan Manuel PEREZ | Alejandro Tomás YOUNG | María Florencia PEREZ | Andrea MADDALENA | Fabricio Gaston PROCOPIO | Gustavo GIUNTA | Alejandro Rubén HERSHSON | Ernesto DURONTO

Fundación Favaloro

Introducción: Un gran número de pacientes (pac) revascularizados mediante angioplastia coronaria (ATC) reingresan al hospital por síntomas y son evaluados mediante una nueva cinecoronariografía (CCG) dentro de los tres meses luego del

alta del procedimiento inicial. La validez de los estudios funcionales en este periodo de tiempo es cuestionada en diferentes publicaciones, lo que conlleva a la realización de un estudio invasivo anatómico, muchas veces con resultado negativo.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue evaluar las características clínicas de los pac con síntomas que requirieron una nueva CCG y la necesidad de revascularización (revasc).

Materiales y Métodos: Se incluyeron pac sintomáticos a los que se realizó una CCG dentro de los tres meses posteriores a una ATC, entre enero de 2015 y abril de 2022. Se excluyeron pac con revasc programada. Se analizaron los datos de historias clínicas, parámetros de laboratorio y características angiográficas. La troponina ultrasensible fue medida mediante el método automatizado Abbot Architect. Se consideró revasc completa cuando fueron tratadas todas las lesiones mayores al 50% en la ATC inicial. Se analizaron las complicaciones hospitalarias y la necesidad de reinternación a 6 meses.

Resultados: Se identificaron 124 pac (mujeres 20,1%; edad promedio 70 ± 11 años) a quienes se les realizó una CCG dentro de los 3 meses posteriores a una ATC. El procedimiento inicial fue una ATC programada en 62 pac (50%), IAMCEST 3 pac (2,41%), IAMSEST 35 pac (28,22%) y angina inestable 24 pac (19,35%). El segundo procedimiento se efectuó en una mediana de 23,5 días (RIC 8,75 – 55), de los cuales 70 pac (56%) fueron dentro de los primeros 30 días. Del total de pacientes reestudiados se revascularizaron 58 (46,77%), 2 (3,4%) casos fueron sometidos a CRM y 56 (96,6%) fueron tratados mediante nueva ATC. Este procedimiento se realizó sobre la misma arteria en 34 pac (58,62%). El grupo revascularizado presentó una mayor concentración de troponina al ingreso (93 RIC 10,35 – 7898,5 vs. 34 RIC 10 – 200,7; p=0,01), y estos pac mostraron mayor número de revasc incompleta en el primer procedimiento (53,4% vs 33,3%; p=0,02). En un subanálisis preespecificado de los pac con revasc completa en el primer procedimiento (n=70), el 40 % fue sometido a una nueva revasc, de los cuales en un 64% se trató el mismo vaso. La elevación de troponina al ingreso fue la variable más asociada a una nueva revasc (10 RIC 10 - 192,5 vs. 267 RIC 10 – 20.211; p=0,01). Los pac a los que se les realizó una nueva revasc mostraron con mayor frecuencia cambios electrocardiográficos (32% vs. 14%; p= 0,07). Por otro lado, los pac que se presentaron con un cuadro de angina inestable, en ausencia de troponina o relataron disnea como síntoma inicial requirieron con menor frecuencia una nueva revasc. La mediana de días de internación fue 3 (RIC 2-5) en los pac no revascularizados vs. 2 (RIC 1-4) en el grupo revasc (p=0,03). No se observó mortalidad hospitalaria. En el seguimiento a 6 meses requirieron reinternación el 25% de los pac no revascularizados y el 40% de pac del grupo revascularizado.

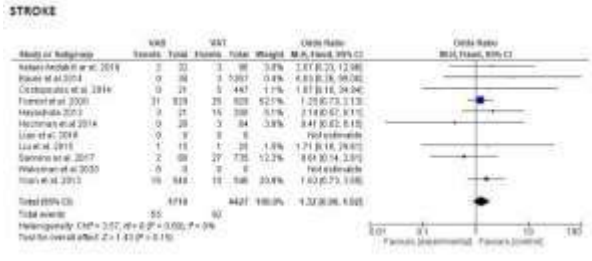
Conclusiones: En pac que se sometieron a una nueva CCG por síntomas en los tres meses posteriores a una ATC, un 53,3% no requirió nueva revasc. Ésta estuvo asociada a elevación de troponina al ingreso. Se observó una alta necesidad de reinternación en la población analizada. Deberíamos encontrar predictores para evitar estudios anatómicos invasivos innecesarios en este grupo de pac.

0329. COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE TAVI EN PACIENTES CON VÁLVULA AÓRTICA BICUSPIDE VERSUS TRICÚSPIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANALISIS.

Valvulopatías / Cardiología Intervencionista y Estructural

Macarena MUJICA GUTIERREZ | Tamara Daniela HAIQUEL | Kaytleen Miriam VARGAS SANABRIA | Maria Gabriela GUTHMANN | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON

Sanatorio Franchín



Introducción: La prevalencia de válvula aórtica bicúspide se encuentra entre el 0.5 – 1.4% de la población siendo el defecto cardíaco congénito más común. Alrededor del 50% necesitará tratamiento de reemplazo valvular en la edad adulta. Los ensayos clínicos que comparan el reemplazo quirúrgico con TAVI han excluido de manera sistemática a los pacientes con estenosis aórtica con anatomía bicúspide. El reemplazo percutáneo de la válvula aórtica ha evolucionado desde una tecnología novedosa hasta convertirse actualmente en una terapia establecida en pacientes con estenosis aórtica severa independientemente del riesgo quirúrgico, fomentando su uso en pacientes portadores de válvula aórtica bicúspide, teniendo en cuenta las dificultades anatómicas como el anillo valvular no circular que conduce a más fugas paravalvulares y riesgo de rotura, y en algunos casos la calcificación excesiva que puede contribuir a accidentes cerebrovasculares perioperatorios. Por lo que analizar los resultados en VAB es de suma importancia.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sistemática y metaanalisis de la evidencia disponible sobre la mortalidad y complicaciones del TAVI en pacientes con valvula aórtica bicúspide comparado con valvula aortica tricuspide.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda en PubMed/MEDLINE, SciELO, Google Scholar y MedRxbs hasta marzo del 2021. Se seleccionaron estudios que incluyeron pacientes sometidos a TAVI, que compararon Valvula aórtica bicúspide (VAB) y tricuspide (VAT) y que presentaran datos sobre la mortalidad a los 30 días, al año y las siguientes complicaciones: requerimiento de implantación de un nuevo marcapasos, la necesidad de una segunda válvula y el accidente cerebro-vascular. Se incluyeron estudios con pacientes de riesgo quirúrgico basal alto, moderado y bajo.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 10 estudios con 1826 pacientes con VAB y 4697 con VAT. No se encontraron diferencias en la mortalidad a 30 días (OR: 1.28 [0.91 - 1.80], heterogeneidad p=0.68, I2= 0%), ni en la mortalidad al año (OR: 1.01 [0.82 -1.24], heterogeneidad p=0.78; I2= 0%). Respecto a las complicaciones, no hubo diferencia en el requerimiento de marcapasos (OR: 1.04 [0.88 - 1.24], heterogeneidad p=0.43; I2=1%), stroke post procedimiento (OR 1.32 [0.90 - 1.92], heterogeneidad p=0.89, I2=0%) ni en la insuficiencia aórtica grado mayor o igual a 2 (OR 1.13 [0.94, 1.35], p heterogeneidad= 0.44; I2= 0%)

Conclusiones: No se encontraron diferencias en la mortalidad a 30 dias ni al año en pacientes con VAB respecto a VAT en pacientes sometidos a TAVI. Tampoco se encontraron diferencias en las complicaciones peri procedimiento.

0336. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCION DE EYECCION PRESERVADA¿ES UNA SOLA ENTIDAD?

Insuficiencia Cardíaca / Miocardiopatías

Gonzalo Manuel FERNANDEZ VILLAR | Cesar BELZITI | Ignacio BLURO | Eugenia VILLANUEVA | Mauricio DELGADO GAETE | Diego PÉREZ DE ARENAZA | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada (ICFSP) constituye un síndrome clínico en el cual se incluyen a diferentes entidades nosológicas. Al día de la fecha no contamos con ningún tratamiento que haya logrado disminuir la mortalidad de estos pacientes, una explicación posible podría ser la heterogeneidad existente entre las diferentes poblaciones incluidas en este síndrome.

Objetivos: Comparar las características clínicas y ecocardiográficas de pacientes con tres fenotipos diferentes de ICFSP. .

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el cual se incluyeron pacientes con amiloidosis cardiaca (AC), miocardiopatía hipertrófica (MH) e ICFSP asociada a enfermedades crónicas (MAEC). Se revisaron 204 historias clínicas de pacientes, de un centro de buenos aires que padecían algunas de las características mencionadas. Se analizaron las características clínicas, ecocardiográficas de cada uno.

Variable	Miocardiopatía amiloide	Miocardiopatías asociadas a las enfermedades crónicas	Miocardiopatía hipertrófica	Valor de p
N	49	46	33	
Edad	80	82	67	< 0,001
Sexo				< 0,001
Femenino	41 (85 %)	15 (33%)	23 (70%)	
Masculino	9 (18%)	31 (66%)	10 (30%)	
Hipertension arterial	32 (62%)	35 (40%)	13 (41%)	< 0,001
Dislipemia	16 (41%)	18 (41%)	7 (22%)	0,16
Diabetes	6 (16%)	9 (28%)	3 (9%)	0,43
Enfermedad Renal cronica	13 (34%)	14 (33%)	3 (9%)	0
Troponinas promedio	51 (55 -460%)	26,8 (14-61%)	0 (0- 66%)	< 0,001
pro -BNP promedio	3752 (1245-5414)	2995 (1386 - 6002)	0 (0 - 594)	< 0,001
pro -BNP mínimo	2932 (488-3048)	1040 (483-4188)	0 (0 - 594)	< 0,001
pro-BNP mas alto	5048 (1919 - 9551	4381 (2012 - 8618)	0 (0 - 594)	< 0,001
Fibrilacion auricular	15 (30%)	24 (55%)	1 (3%)	< 0,001
Fraccion de eyeccion	60 (55-65 %)	60 (60-61 %)	60 (60-64%)	0.017
Tipo de llenado	23 (41%)	23 (41%)	23 (41%)	0.32
Normal	0	1 (6 %)	8 (18 %)	
Alteracion de la relajacion	0	9 (53 %)	3 (11 %)	
Pseudonormal	10 (40%)	6 (35 %)	11 (39 %)	
Restrictivo	4 (18 %)	1 (6 %)	1 (4 %)	
Volumen de auricular izquierda	98 (85-11)	87,5 (71-110)	74 (58,5 - 101)	0.007
Onda e pico	0, 9 (0,7 - 1)	0 ,97 (0,77 - 1,13)	0,71 (0,6 - 0,8)	0.004
Onda a	0,76 (0,48 - 0,89)	0,99 (0,88 - 1,1)	0,7 (0,62 - 0,8)	0.01
Area auricula izquierda	26 (22- 31)	26,5 (25-33)	21,9 (19-26)	0.03
Area auricular derecha	23 (16,7 - 27)	25 (17,5 - 32)	17 (12,3 - 20)	0.23
Volumen indexado de auricula i	52,5 (46- 60)	61 (43 - 71)	37,5 (30 - 48)	< 0,001
Psp	43 (41-49)	48 (36-49)	26 (24 - 28)	< 0,001
Tapse / psp	0,4 (0 - 0,60)	0,42 (0,29 - 0,59)	0,74 (0- 1,1)	0.61

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes, con fracción de eyección preservada igual o mayor al 60 %, quedando 46 pacientes en el grupo con AC, 49 con MAEC y 33 con MH. Las características de cada uno se pueden ver en la tabla 1 . Analizando las características ecocardiográficas de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica presentan valores de psp inferiores a los otros 2 grupos. Además encontramos que los pacientes con enfermedades crónicas tienen una prevalencia de fibrilación auricular del 55 %, en comparación con un 3 % en el grupo con MH y 38 % en el grupo con AC. Tanto el grupo con AC y MAEC presentaba un mayor volumen indexado de aurícula izquierda.

Conclusiones: En base a los hallazgos presentados, vemos que los pacientes con síndrome de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada presentan características clínicas y ecocardiográficas distintas, por lo cual no se trata de una sola entidad. La búsqueda de etiología específica en la ICFSP es mandatoria para la caracterización clínica de estos pacientes.

0338. METAANÁLISIS DE CARDIOTOXICIDAD ASOCIADA A LA ONCOTERAPIA CON INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO: IMPORTANCIA EN LA CLÍNICA.

Cardio Oncología

Nestor RUBIO INFANTE | Yoel RAMÍREZ FORES | Elena CASTILLO | Omar LOZANO | Gerardo GARCÍA | Guillermo TORRE AMIONE

Áreas SAC: Área de Educación

Introducción: Los inhibidores de puntos de control inmunitario (ICI) inducen la activación de las células T contra células cancerosas ejerciendo una potente respuesta inmune antitumoral. Los ICI son anticuerpos monoclonales que bloquean las moléculas inhibitorias en las células T (CTLA-4 y PD-1) y PD-L1 en células presentadoras de antígeno (CPA). Aunque los ICI inducen una fuerte respuesta antitumoral, también inducen eventos adversos asociados a la activación del sistema inmune (irAEs) en una amplia variedad de tejidos. Entre las irAEs con mayor mortalidad se encuentran las cardíacas, de las cuales la principal es la miocarditis. La incidencia de la las irAEs cardiacas y los mecanismos asociados a estas no están del todo claros y dado que el uso de esta inmunoterapia está en aumento, conocer la incidencia y los mecanismos involucrados es una necesidad urgente en la clínica.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo estimar la incidencia de irAEs cardiacas en pacientes tratados con inhibidores de puntos de control inmunitario y definir algunos factores de riesgo.

Materiales y Métodos: En primer lugar, se realizó un análisis de farmacovigilancia para determinar los eventos adversos asociados a la terapia con ICI utilizando la base de datos Vigiaccess de la Organización Mundial de la Salud. Se realizó también una revisión sistemática de la literatura científica (artículos en Pubmed), para determinar las principales patologías cardiacas asociadas a las terapias con ICI. Finalmente, se realizó un metaanálisis para determinar la incidencia de las irAEs cardíacas en ensayos clínicos aleatorizados reportados en la base de datos ClinicalTrials.gov.

Resultados: En el análisis de farmacovigilancia encontramos un 4.2% de AEs cardíacos causados por terapias con anti-CTLA-4, anti-PD-1 y anti-PD-L1. Los pacientes tratados con anticuerpos anti-PD-1 presentaron un mayor número de AEs cardíacos que los tratados con anti-CTLA-4 (69.4 vs 20%). Encontramos las características de las principales irAEs cardíacas en 1265 artículos publicados antes del 31 de agosto de 2020. De los 4,751 pacientes estudiados, el 1.3% presentó irAEs cardíacas, siendo la miocarditis la más frecuente (50.8%). Mediante el metaanálisis encontramos una incidencia de irAEs cardiacas de 3.1% para monoterapias, de 5.8% para terapias duales con ICI, de 3.7% para monoterapias combinadas con quimioterapias y de 2.5 % en los pacientes tratados únicamente con quimioterapias.

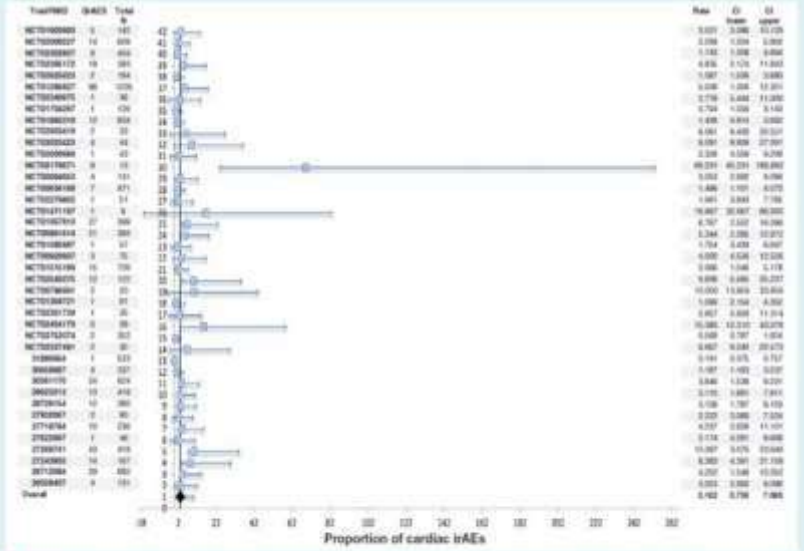
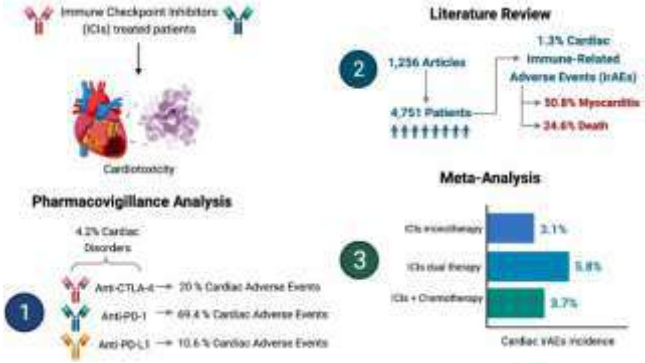


Figure 1 Incidence of cardiac immune-related adverse events (irEAs) in immune checkpoint inhibitor monotherapies, according to meta-analysis. The ClinicalTrials.gov identifier or PMID is shown in the first column, and the incidence is labelled as overall. The proportion of cardiac irAEs (CirAEs) was taken from the total of patients included in each study. PMID: 31880964,[22] 30659873,[24] 30361170,[25] 29023213,[26] 28729154,[27] 27932067,[28] 27718784,[29] 27622997,[30] 27269741,[31] 27243803,[32] 26712084,[33] 26028407.[34] CI, confidence interval.

Conclusiones: Nuestro estudio proporciona datos precisos para la incidencia de irAEs cardíacas entre los pacientes que utilizan ICI, donde a pesar de su baja incidencia, la alta tasa de mortalidad es una cuestión importante que los clínicos deben tener en cuenta. Las ICI inducen principalmente miocarditis en las primeras dosis, y las terapias duales parecen provocar tasas más altas de irAEs cardíacas que las monoterapias o que los ICIs más quimioterapia.



0340. ASOCIACIÓN ENTRE VARIACIONES EN LA COMBINACION DE LIDOCAÍNA Y PREVALENCIA DE ESPASMO ARTERIAL EN PROCEDIMIENTOS POR ACCESO RADIAL

Cardiología Intervencionista y Estructural / Investigación Básica

Marcos HERNANDEZ

Hospital Español de La Plata

Introducción: El acceso arterial Radial se ha ido utilizando y perfeccionando dentro del intervencionismo cardiovascular hasta ser, en la actualidad, la vía de elección, desplazando al acceso femoral, ampliamente utilizado con anterioridad. Esta tendencia se ha ido imponiendo por varios factores, entre ellos la menor tasa de complicaciones hemorrágicas, También constituye una buena alternativa en aquellos pacientes con enfermedad oclusiva, tortuosidad y aneurismas en eje aorto-ilio-femoral, principalmente cuando son añosos.

Objetivos: 1- Evaluar la relación entre la administración de Lidocaína / Lidocaína + Diltiazem / Lidocaína + Nitroglicerina (previo a la realización de procedimientos de cateterismo cardiovascular) y la prevalencia de espasmo arterial radial en pacientes adultos. 2- Evaluar la presencia de espasmo arterial radial según sexo, grupo etario, IMC, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades y tratamiento farmacológico al momento del estudio.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio experimental, analítico, de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes adultos con indicación de cateterismo cardíaco izquierdo y/o angiografía de miembros inferiores o vasos de cuello, a quienes se les realizaron procedimientos de cinecoronariografía, angiografía de vasos de cuello, angiografía de miembros inferiores y/o angioplastías de coronarias por acceso radial. A los pacientes incluidos se les administró 5 minutos antes de iniciar el procedimiento Lidocaína, Lidocaína+Diltiazem o Lidocaína+Nitroglicerina.

Resultados: De las complicaciones descriptas, solo se presentó el espasmo arterial en 21 pacientes (25,3%), más frecuente en mujeres (30,8%) que en hombres (20,5%). El grupo etario más afectado fue >70 años (33,3%) y con sobrepeso (66,7%). El grupo que presentó significativamente menor prevalencia de espasmos fue el de Lidocaína+Nitroglicerina (10,7%) en relación al grupo de Lidocaína+Diltiazem (32,1%; p=0,028) y al grupo de Lidocaína (33,3%; p=0,025). Más del 50% contaban con medicación habitual de Estatinas, IECA-ARAII, Beta-bloqueantes, Aspirina y Clopidogrel. La comorbilidad más frecuente fue la enfermedad periférica y de los factores de riesgo cardiovascular: dislipemia, sedentarismo e hipertensión arterial.

Conclusiones: La prevalencia de espasmo arterial radial con el uso de Lidocaína 2%+Nitroglicerina en dosis de 200 mcg., administrada de forma subcutánea en el canal radial, resulta menor a la registrada con la administración de Lidocaína sola o Lidocaína+Diltiazem.

0342. EVALUACIÓN DE SCORES DE RIESGO ADHERE, GWTG-HF Y OPTIMIZE-HF EN PACIENTES CON FRACCION DE EYECCION CONSERVADA

Insuficiencia Cardíaca

Daniela Jessica AZURDUY BENAVIDES | Daniel DR. CHIRINO | Claudio DIZEO | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Sol SUSHEK

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La insuficiencia cardíaca es una condición frecuente, progresiva y potencialmente mortal. La evaluación correcta del riesgo de los desenlaces en los casos agudos permitiría la optimización de la atención y de los recursos.

Objetivos: Evaluar el desempeño de tres scores de riesgo, ADHERE ,OPTIMIZE-HF, GWTG-HF, en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) con FEY conservada, como predictores de mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se hizo un estudio de evaluación retrospectiva, observacional, donde se incluyeron pacientes internados en una unidad coronaria con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda con FEY conservada (definida como una FEY >0= a 50%), mayores de 65 años.

Resultados: Se incluyeron 278 pacientes con una edad de 78 ± 8 años, 50% mujeres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4.5% (n=19) y el punto combinado del 16% (n=68). Los tres scores fueron predictores de mortalidad en el univariado, mientras que en análisis multivariado sólo el GWTG-HF fue predictor independiente (OR 1.06 (IC95% 1.01-1.16), p=0,04). El OPTIMIZE-HF presentó un ABC de 0.63 (IC95% 0.51-0.76) y el GWTG-HF de 0.67 (IC95% 0.53-0.80), sin diferencias entre ambas. Respecto al punto combinado, los scores GWTG-HF y el OPTIMIZE-HF fueron predictores independientes: GWTG-

HF con un OR 1.07 (IC95% 1.02-1.13), p=0,03 y el OPTIMIZE-HF con un OR 1.05 (IC95% 1.01-1.12), p=0.04). No hubo diferencias en la capacidad de discriminación (ABC 0.72 (IC95% 0.65-0.78) y 0.70 (IC95% 0.63-0.77), respectivamente. P=0.3).

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con ICA con FEY conservada, el GWTG-HF fue predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria con una regular capacidad de discriminación. Para el punto combinado, el GWTG-HF y el OPTIMIZE-HF fueron predictores independientes, ambos, con una moderada capacidad de discriminación.

0343. ANÁLISIS SOBRE LAS COMPLICACIONES ACTUALES DEL TAVI EN PACIENTES CON RIESGO QUIRÚRGICO ELEVADO EN ARGENTINA.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Martin Alejandro PALMIERI | Sol SUSHEK | Daniel IGLESIAS | Mariela LEONARDI | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

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

Objetivos: El propósito de este estudio es evaluar las complicaciones intrahospitalarias de pacientes considerados de alto riesgo sometidos a TAVI en un centro de la ciudad de buenos aires. MÉTODOS Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se incluyeron pacientes de alto riesgo quirúrgico (STS > 5, argenscore > 25.8) sometidos a TAVI en un único centro de la ciudad de Buenos aires. Se evaluaron las siguientes complicaciones intrahospitalarias: Mortalidad intrahospitalaria, los accidente cerebrovascular postprocedimiento, necesidad de marcapasos definitivo y la insuficiencia paravalvular (leak). RESULTADOS Se incluyeron 61 pacientes con una edad de 81 +/- 8 años, el 64% mujeres. El STS promedio fue 7.1 +/- 3 y el ArgenScore fue de 34 +/- 7. El implante fue exitoso en 98% de los pacientes. La prótesis más frecuentemente implantada fue la ACURATE (67%), seguida de la Evolut (29%). Respecto a las complicaciones, el 19% requirió colocación de marcapasos definitivo (n=12), el 3.2% presentó ACV perioperatorio (n=2), el 11.4% presento leak periproteisico moderado (n=7) y un paciente severo. La mortalidad intrahospitlaria fue de 1.6% (n=1)

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con EAO severa de alto riesgo quirúrgico, el implante de TAVI presentó una baja tasa de complicaciones con una mortalidad intrahospitalaria menor al 2%.

0344. ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Cirugía Cardiovascular / Enfermedad Vascular Periférica

Julián CASTRO | Sol SUSHEK | Daniel José IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Daniel CHIRINO NAVARTA | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en nuestro país y a nivel mundial. En la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) las variables más frecuentemente asociadas a un incremento de mortalidad y morbilidad postoperatoria son: edad, sexo femenino, disfunción ventricular severa, tipo de cirugía y presencia de comorbilidades como insuficiencia renal, enfermedad arterial periférica (EAP) o diabetes. La EAP es la afección de la vasculatura arterial tanto de las extremidades como de la vasculatura craneana y abdominales. Su prevalencia se incrementa con la edad afectando entre 3 al 10% de la población. La presencia en pacientes con enfermedad coronaria se asocia a un peor pronóstico. En la evaluación pronostica de CRM, se utilizan diferentes scores como el STS y el ArgenScore. Cabe destacar que ambos scores toman como variable la presencia de EAP

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de la enfermedad vascular periférica en pacientes sometidos a CRM, y su capacidad predictiva de la morbimortalidad intrahospitalaria en un centro que atiende exclusivamente pacientes añosos

Materiales y Métodos: El presente estudio es observacional retrospectivo. Cuya población diana fueron pacientes sometidos a CRM pura o mixta (con reparación/sustitución valvular asociada), de un único centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se consignaron los antecedentes, variables clínicas de ingreso, tipo de cirugía a realizar, se calcularon los scores de riesgo quirúrgicos ArgenScore, STS, y se evaluó la evolución intrahospitalaria. La población estudiada, pacientes sometidos a CRM, fue dividida en dos grupos, con o sin enfermedad vascular periférica, la cual fue definida como la ausencia o disminución del dicrotismo en la onda de descenso en ecografia de miembros inferiores, o el compromiso mayor del 50% de la luz vascular en la ecografía de vasos de cuello. El end point primario fue: muerte durante la internación. Como end point secundario, el combinado de muerte, reoperación, ARM prolongada y ACV. Definiéndose como ACV según la guía para el manejo agudo del accidente cerebro vascular, como aquel episodio de déficit neurológico de inicio súbito, que se origina como consecuencia de una alteración circulatoria en un territorio vascular a nivel encefálico, retiniano y/o medular y que produce una lesión isquémica visible en las neuroimágenes. Se define sangrado mayor como aquella que presentó un débito de 800 a 1000ml, o precisó una transfusión de más de 5 unidades de glóbulos rojos, reoperación o sangrado en cavidad intracraneal, intratorácica o peritoneal

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes, 29 en el grupo EAP (24%) y 92 en el grupo NO EAP (76%). La edad de 72 +/- 5 años, 55% mujeres, sin diferencias entre los grupos. El grupo EAP presentó mayor antecedente y/o revascularización previa (48% vs 36%, p=0.03) y mayor puntaje de STS que el grupo NO EAP (3.9 +/- 3.2 vs 1.9 +/- 1.3, p=0.01) y sin diferencias en el Argenscore, ni en el resto de los antecedentes, uso de circulación extracorpórea y parámetros de ingreso. La mortalidad intrahospitalaria fue de 5.8% (n=7) y el punto combinado en el 18.2% (n=22). En el análisis multivariado para mortalidad, la presencia de EAP fue predictor independiente con un OR 4.75 (IC95% 1.02-18.1) p=0.04. Mientras que para el punto combinado tanto la EAP y el STS fueron predictores independientes (OR 4.2 (IC95% 1.56-7.8), p=0.001 y OR 1.02 (IC95% 1.01-1.03), p=0.04; respectivamente).

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con CRM, cerca de un cuarto presentaron EAP. La presencia de EAP fue predictor independiente de mortalidad y del punto combinado

0345. "DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCION DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN DIFERENTES REGIONES DE ARGENTINA"

Sindrome Coronario Agudo / Enfermedad Coronaria

Giuliana Maria GNOATTO GRIGOLATTO (1) | Juan Pablo MANSILLA(1) | Elena VARGAS PARRAGA(1) | Ricardo Alfredo VILLARREAL(1) | Joaquin PEREA(2) | Leonardo RIPA(3) | Valentina BELLUZZO(3) | Lautaro JIMENEZ(3)

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

Introducción: Los factores de riesgo cardiovascular se encuentran presentes en la mayoría de los pacientes con infarto agudo de miocardio lo cual determina su evolución, sin embargo, la proporción de los mismos y la evolución del cuadro difieren en las diferentes regiones de argentina.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar las diferencias en los factores de riesgo y evolución del infarto de miocardio en diferentes regiones de argentina.

Materiales y Métodos: El Argen-IAM-ST es un registro multicéntrico que evalúa las características de los pacientes hospitalizados por infarto con elevación del segmento ST (IAMST)en Argentina. Sobre la base de datos del registro global, desde el año 2015 hasta la actualidad, se dividieron los pacientes según las regiones para el desarrollo económico y social para un análisis comparativo de los factores de riesgo, antecedentes, terapia aplicada, evolución y complicaciones. El análisis estadístico fue el convencional para estadística descriptiva y comparativa. Se utilizó el estadístico Chi2.Se consideró un valor significativo de p <0.05 y se utilizó el programa estadístico Rstudio.

Regiones	Norte	Centro	Cuyo	Buenos Aires	Patagonia	p
n	1442	1818	231	2900	505	
Edad (mean (SD))	62.52 (11.61)	61.62 (11.90)	59.47 (11.18)	68.99 (11.03)	68.18 (12.58)	<0.001
Sobrepeso (%)	573 (46.9)	686 (71.8)	37 (28.7)	1275 (46.9)	291 (62.6)	<0.001
Obesidad (%)	543 (44.4)	52 (5.4)	0 (0.0)	950 (35.0)	28 (6.0)	<0.001
Dislipemia (%)	891 (57.2)	300 (43.7)	74 (45.4)	753 (37.5)	111 (31.3)	<0.001
Diabetes (%)	407 (28.7)	207 (20.7)	61 (27.7)	593 (20.7)	109 (24.1)	<0.001
Hipertension Arterial (%)	856 (66.5)	565 (57.6)	133 (59.4)	1595 (55.5)	293 (58.6)	<0.001
Tabaquismo (%)	762 (53.8)	475 (47.5)	130 (57.8)	1488 (52.3)	236 (47.7)	0.003
Antecedentes Infarto (%)	124 (9.9)	81 (8.3)	14 (6.9)	331 (13.6)	39 (8.1)	<0.001
Antecedentes Enfermedad Coronaria (%)	154 (12.3)	163 (16.7)	22 (10.9)	354 (13.8)	42 (8.8)	<0.001
Antecedentes Angioplastia Previa (%)	114 (12.6)	118 (20.5)	16 (20.3)	276 (23.7)	32 (18.5)	0.001
Antecedentes CRM Previa (%)	20 (3.6)	15 (2.7)	1 (1.3)	46 (4.0)	6 (3.5)	0.347
Antecedentes Insuficiencia Cardiaca (%)	34 (2.5)	17 (1.7)	7 (3.6)	61 (2.3)	11 (2.4)	0.495
Asplotia (%)	340 (24.4)	229 (23.7)	48 (23.6)	647 (23.3)	106 (22.1)	0.821
Sem ant (%)	850 (45.1)	363 (37.6)	83 (40.3)	1108 (39.7)	206 (46.8)	0.003
Sem inf (%)	537 (37.2)	415 (40.8)	93 (39.0)	1122 (38.4)	166 (32.9)	0.048
Dolor consulta (median [IQR])	120.00 [55.00, 283.75]	90.00 [30.00, 210.00]	120.00 [49.50, 300.00]	120.00 [53.75, 248.00]	120.00 [60.00, 300.00]	<0.001
Dolor primer ecg (median [IQR])	143.00 [60.00, 345.25]	90.00 [45.75, 227.00]	141.50 [60.00, 356.25]	135.00 [70.00, 305.00]	165.00 [70.00, 406.75]	<0.001
Tiempo Puerta Balon (median [IQR])	80.00 [47.00, 215.50]	51.00 [28.00, 95.75]	109.00 [50.25, 225.00]	159.00 [96.00, 291.00]	110.00 [60.00, 225.00]	<0.001
Tiempo Puerta Aguja (median [IQR])	NA [NA, NA]	60.00 [40.25, 88.00]	NA [NA, NA]	30.00 [20.00, 180.00]	NA [NA, NA]	0.368
Tiempo Ventana (median [IQR])	353.00 [180.00, 670.00]	227.50 [145.00, 416.25]	302.50 [175.00, 710.00]	330.50 [210.00, 615.00]	285.00 [185.00, 535.00]	<0.001
KK_A (%)	1116 (77.4)	949 (83.4)	37 (16.0)	2254 (77.7)	339 (63.2)	<0.001
KK_B (%)	107 (7.4)	120 (11.8)	47 (20.3)	467 (16.0)	142 (28.1)	<0.001
KK_C (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	85 (38.1)	0 (0.0)	4 (0.8)	<0.001
KK_D (%)	297 (13.7)	0 (0.0)	82 (35.5)	180 (3.7)	30 (7.5)	<0.001
Angioplastia primaria Primaria (%)	1883 (93.8)	815 (95.6)	167 (93.3)	2868 (85.3)	295 (86.1)	<0.001
Terapia Con Fibrinoliticos (%)	118 (8.3)	91 (8.1)	34 (14.7)	630 (21.7)	130 (25.9)	<0.001
Esquemas Tratamiento (%)	794 (57.3)	965 (90.0)	114 (85.5)	1851 (72.4)	240 (54.7)	<0.001
Fraccion de Eyeccion (mean (SD))	49.46 (12.42)	50.11 (11.37)	48.83 (12.89)	46.90 (11.33)	51.24 (11.69)	<0.001
Sangrado gial (%)	236 (16.4)	17 (1.7)	4 (1.7)	92 (3.2)	9 (1.8)	<0.001
Muerte (%)	125 (8.7)	84 (6.3)	18 (8.2)	267 (9.2)	57 (11.3)	0.014

Resultados: Sobre el total de 6116 pacientes, el mayor número se encontró en la región BsAs (n=2920). En cuanto a edad promedio no hubo grandes diferencias entre regiones. Factores de riesgo cardiovasculares: región norte: presento mayor porcentaje de obesidad (44.4%), dislipemia(57.2%) e hipertensión arterial (66.5%) (p<0.001). La prevalencia de diabetes fue similar en todas las regiones. La mayor prevalencia de tabaquismo se presentó en la región de cuyo (57.8%). Los antecedentes de infarto(13.8%) fueron más frecuentes en la región BsAs. En cuanto a la estrategia de revascularización, la más utilizada en las regiones Norte (93.8%), centro(95.6%) y cuyo(93.3%) fue la angioplastia primaria, la terapia con fibrinoliticos presento mayor uso en la Patagonia (25.9%). Con respecto al tiempo puerta balón y tiempo ventana (isquemia) las mayores demoras se observaron en las regiones de BsAs y Patagonia. La mortalidad fue mayor en la región Patagonia (p<0.001).

Conclusiones: En los pacientes que cursaron con infarto agudo de miocardio, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los factores de riesgos clásicos y evolución del cuadro clínico, siendo la región norte con mayor prevalencia de obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial, en la región Cuyo el tabaquismo, y la prevalencia de la diabetes fue similar en todas las regiones. Los datos obtenidos del siguiente análisis, podrían aplicarse para enfocar las estrategias de educación y prevención cardiovascular en las diferentes regiones enfatizando el factor de riesgo más prevalente de las mismas.

0346. ÍNDICE LEUCO-LÁCTICO AJUSTADO POR EDAD Y SU VALOR PRONÓSTICO EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular

Esteban FRONTERA | Fernando BARBOSA | Maximiliano CUELLAR | Alicia ARNEDO | Martin CARBALLO | Fernanda CASTRO | Leandro GOLDSTRAJ | Claudio MOYANO

Clínica Pasteur

Introducción: Los biomarcadores inflamatorios en el postoperatorio (POP) de Cirugía Cardiovascular (CCV) son de gran utilidad para identificar pacientes de alto riesgo; además de las variables ya conocidas, descritas en el EuroScore. Nos planteamos conocer la relación entre los valores de glóbulos blancos y ácido láctico, ajustados por la edad.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico del índice leuco-láctico ajustado por edad (ILLe) en el POP de CCV.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, observacional y analítico que incluyó pacientes en POP de CCV entre Enero 2018 y Marzo 2022 en 1 centro patagónico. El cálculo se realizó en POP inmediato multiplicando ácido láctico (mg/dl) por leucocitos (mm3)/1000 por la edad. Se utilizó la curva ROC para variables cuantitativas. La población se dividió en 2 grupos según el mejor valor de corte del ILLe. El punto final fue mortalidad intrahospitalaria. Se excluyeron pacientes sin datos para el cálculo.

Resultados: Se incluyeron 480 pacientes, con edad mediana de 67 (RIC 59-72 años), predominó del género masculino (78%). La mayoría fueron a cirugía de revascularización miocárdica 62%, (n=299) y cirugía valvular 32% (n=153); la mediana de score STS 1,8 (RIC 1-3,1). El mejor valor de corte según curva ROC fue de 27291, con sensibilidad:73% y especificidad:80%, ABC 0,83 (0,75-0,91), con valor predictivo negativo de 97% y valor predictivo positivo de 19%. Según los grupos fueron G1: ILLe<27290 con n=369 (77%) y G2 >=27291 con n=111 (23%). El G2 presentó mayor porcentaje de hipertensión arterial (89% vs 80%, p=0,02), con mayor necesidad de cirugía de urgencia (28% vs 19%, p=0,02), y tiempos de circulación extracorpórea (CEC) más prolongados (95 vs 73 minutos, p=0,002). Durante la internación el G2 evolucionó con más complicaciones como, mortalidad (20% vs 2%, p<0,0001) y bajo gasto cardíaco (28% vs 16%, p<0,0001), entre otras. Las variables que se asociaron a mayor mortalidad en el análisis univariado fueron: antecedentes de hipertensión arterial, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, fracción de eyección severa por ecocardiograma, cirugía valvular, cirugía de urgencia, uso de CEC, al igual que tiempo de CEC, tiempo de clampeo aórtico y tiempo quirúrgico prolongado. En el análisis multivariado el ILLe fue predictor independiente mortalidad en la internación (OR: 10, IC 4-27; p<0,0001) al igual que la Fracción de Eyección severa por ecocardiograma, la cirugía de urgencia y el tiempo de CEC prolongado.

Conclusiones: La utilización de estos biomarcadores obtenidos en POP de CCV ajustados por edad, resultó de gran utilidad, contribuyendo a las variables ya conocidas para categorizar pacientes con peor pronóstico. El índice leucoláctico ajustado por edad resultó ser predictor independiente de muerte.

0347. OCTOGENARIOS CON IC AGUDA: PREDICTORES DE MORBIMORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Insuficiencia Cardíaca

Jose Cristian FERRUFINO | Sol SUSHEK | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Daniel CHIRINO NAVARTA | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca aguda aumenta exponencialmente en mayores de 70 años. La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una de las principales causas de internación en pacientes añosos, presentando elevadas tasas de reinternación y mortalidad. A pesar de los múltiples ensayos de terapias prometedoras, el tratamiento estándar durante la internación se ha mantenido prácticamente sin cambios durante los últimos 45 años. La edad es uno de los principales factores pronósticos en la ICA, siendo parte de numerosos scores de riesgo. Los pacientes octogenarios representan un subgrupo de alto riesgo cada vez más prevalente.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es Identificar factores de morbimortalidad intrahospitalaria en pacientes octogenarios internados por ICA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de un solo centro en Argentina donde se incluyeron pacientes consecutivos internados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) con edad mayor a 80 años. Se evaluaron variables clínicas, de laboratorio, electrocardiograma y la función ventricular. Se consideró como punto final primario fue de mortalidad intrahospitalaria y secundario de requerimiento de ARM, inotrópicos y diálisis durante su internación.

Resultados: Se incluyeron 222 pacientes con una edad de 86 ± 4 años, 40% mujeres. (n=90). El 48% presentó función ventricular conservada, el 21% levemente deteriorada y el 31% reducida. La mortalidad intrahospitalaria fue de 5.8% (n=13) y el punto secundario se observó en el 17.1% (0=38). Respecto la mortalidad intrahospitalaria, sólo la uremia al ingreso resultó predictor independiente: OR: 101 (IC95% 1.001-1.03), p=0.02. Mientras que, para el punto secundario, la uremia al ingreso y la Función ventricular reducida fueron predictores independientes en el análisis multivariado (OR 1.02 IC95% 1.01- 1.03), p=0.001 y OR 2.0 (IC95% 1.01- 4.3), p=0.04; respectivamente)

Conclusiones: En nuestra población de pacientes octogenarios internados por ICA, la mortalidad fue cercana al 6% con una elevada tasa de complicaciones. La uremia al ingreso fue predictora independiente de mortalidad, mientras que para el punto secundario, tanto la uremia como la función ventricular reducida (<40%) fueron predictores independientes.

0348. VARIACIÓN TEMPORAL DE LOS RESULTADOS DEL REGISTRO ARGENTINO DE INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST (ARGEN-IAM-ST)

Cardiopatía Isquémica / Sindrome Coronario Agudo

Heraldo D' IMPERIO (1) | Juan GAGLIARDI(1) | Adrian CHARASK(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Gerardo ZAPATA(2) | Zoni RODRIGO(2) | Eduardo Roque PERNA(2) | Carlos Daniel TAJER(3)

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

Introducción: el registro Argen IAM-ST es un trabajo colaborativo entre la Sociedad Argentina de cardiología y la Federación Argentina de cardiología que tiene el objetivo de relevar casos de infarto con elevación del segmento ST (IAM), se encuentra activo desde finales del 2014 hasta la actualidad y ha permitido conocer datos de calidad de atención y resultados de los tratamientos en diferentes contextos del país.

Objetivos: evaluar las características generales de la población del registro y realizar un análisis temporal en tres períodos definidos por su contexto histórico.

Materiales y Métodos: se analizó la base de datos del registro Argen IAM-ST y se describió las principales características de la población general. Además se comparó los indicadores de atención del sistema y los principales resultados en tres períodos: el primer período es el inicial (P1) del registro con gran participación de 247 centros que aportaron casos por un mínimo de 3 meses durante un año y es considerado un periodo testigo, luego comienza la fase de registro continuo con dos períodos marcados por la pandemia de COVID- 19, el segundo período es considerado prepandemia (P2) con 81 centros y el tercer período está atravesado por la pandemia (P3) con 36 centros.

Resultados: se analizaron 6122 casos, la mediana de edad fue 61 años (+/-12), 63% es género masculino, se encontró hipertensión arterial en el 59%, diabetes mellitus 23%, tabaquismo activo 35%, dislipemia 43%, antecedente de IAM 11%, IAM de cara anterior en el electrocardiograma 48% y Killip y Kimball 1 77%. Se observó un retraso en la consulta sobre todo en período de pandemia: dolor-consulta en P1 mediana 105 min (RIC 39-217), P2 mediana 105 min (RIC 45-240), P3 mediana 120 min (RIC 56-277) (p= 0,0019). Con respecto al tiempo puerta-balón se objetivó un descenso en pandemia: P1 mediana 95 min (RIC 60-165), P2 mediana 119 min (RIC 60-229), P3 mediana 87 min (RIC 45-179) (p= 0,0001). Reperfusión: P1 84%, P2 92%, P3 91% (p= <00,1). Uso de fibrinolíticos: P1 18%, P2 16%, P3 14% (p= 0,005) y uso de angioplastia: P1 72%, P2 78%, P3 86% (p= < 0,001). Mortalidad en P1: 8,8%, P2 8,6%, P3 9,5% (0,625) y sangrado mayor P1 2%, P2 0,7%, P3 0,7% (= <0,001)

Conclusiones: el registro Argen IAM-ST permite obtener datos actualizados de la población de IAM en Argentina. En período de pandemia aumentó el tiempo a la consulta de los pacientes y disminuyó el tiempo puerta-balón. Al inicio del registro se utilizó en forma más frecuente trombolíticos con mayor tasa de sangrado mayor, a pesar del aumento en el uso de la reperfusión y la angioplastia no se observó cambios en la mortalidad la cual continua siendo alta en cada período observado. La reducción de centros participantes principalmente en el período de pandemia podría generar un sesgo de selección.

0350. IMPLICANCIAS HEMODINÁMICAS DEL SILDENAFIL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL GRUPO 2 CANDIDATOS A TRASPLANTE CARDÍACO, REGISTRO DE UN ÚNICO CENTRO.

Insuficiencia Cardíaca

Aldana AMERI | Elian Facundo GIORDANINO | Liliana FAVALORO | Maria Florencia RENEDO | Rosario DELLA CELLA FIGUEREDO | Roberto René FAVALORO | Daniel Oscar ABSI | Alejandro BERTOLOTTI

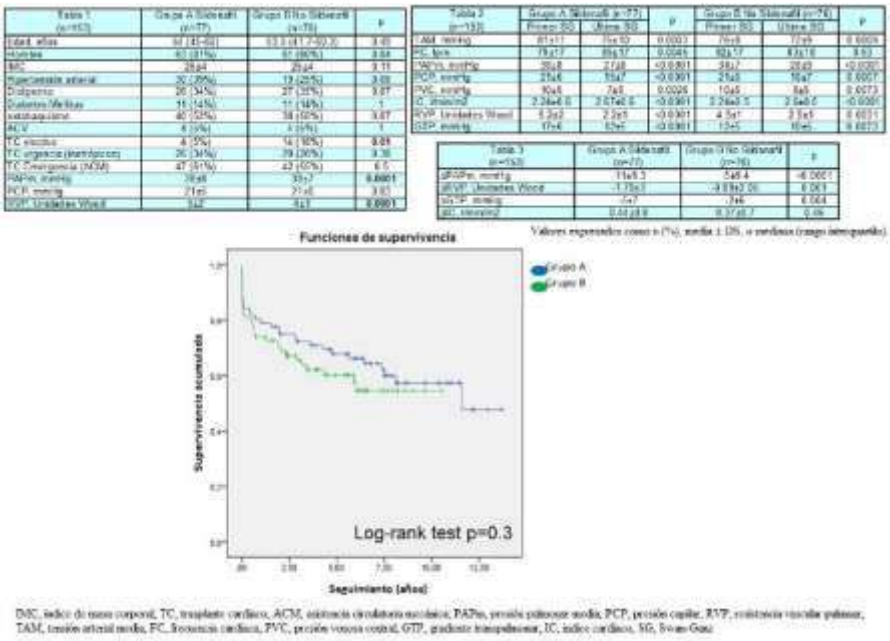
Fundación Favaloro

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es la causa más común de hipertensión pulmonar (HP) del Grupo 2, y su presencia se asocia a mayor morbi-mortalidad luego del trasplante cardíaco (TC). Revertir dicha situación constituye un escenario complejo, en donde el efecto potencial de los vasodilatadores selectivos pulmonares como el sildenafil podría constituir una herramienta farmacológica simple.

Objetivos: Analizar la prevalencia de HP y el efecto del Sildenafil en aquellos pacientes (P) candidatos a TC y su impacto en la mortalidad.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente P que accedieron a TC, en un periodo de 10 años en un único centro. Se definió HP como una presion pulmonar media (PAPm) >/= 25mmHg y resistencias vasculares pulmonares (RVP) >3UW. Dentro de los P con HP, se compararon aquellos que recibieron sildenafil (Grupo A) y los que no (Grupo B). Para la comparación de variables cuantitativas entre los distintos grupos se utilizó test t o Mann-Whitney y test de Fisher para las nominales. Se analizó la supervivencia mediante prueba de log-rank y se graficó mediante Kaplan-Meier. Se consideró significativa una p<0.05.

Resultados: Se incluyeron 294 P que accedieron a TC desde 01/2008 a 12/2018. Se excluyeron P con trasplante combinado, pediátricos, re-trasplante. De los 217P analizados, presentaban HP: 153P (70%). De los P con HP, recibieron sildenafil: 77P (51%), las características basales se describen en la Tabla 1. Las causas por las cuales 76P (49%) con HP no recibieron tratamiento con Sildenafil fueron: intolerancia a los vasodilatadores, tratamiento con vasopresores, congestión pulmonar y tendencia a reservar el efecto vasodilatador selectivo pulmonar para aquellos pacientes



con HP bajo tratamiento previo con IECA, ARAII o ARNI. En la tabla 2 se describen las variables hemodinámicas obtenidas. Los P del grupo A tuvieron una mayor disminución de PAPm, GTP, y RVP sin aumento del índice cardíaco (tabla 3). No hubo diferencias en cuanto a la supervivencia de los P con HP del grupo A y B (Figura 1).

Conclusiones: La utilización de Sildenafil en P con HP del grupo 2 puede ser considerada una estrategia eficaz para mejorar el perfil hemodinámico durante la candidatura para TC, sin impacto en la supervivencia.

0351. DETERMINACIÓN DE MECANISMOS QUE INDUCEN CARDIOTOXICIDAD MEDIADA POR LA INMUNOTERAPIA CON INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO (ANTI-CTLA-4 Y ANTI-PD-1) E IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES ASOCIADOS PARA SU POSIBLE USO EN LA TERAPÉUTICA.

Cardio Oncología / Investigación Básica

Nestor RUBIO INFANTE | Martín RAMOS | Daniel SALAS TREVIÑO | Adolfo SOTO DOMÍNGUEZ | Omar LOZANO | Gerardo GARCÍA RIVAS | Guillermo TORRE AMIONE

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: La inmunoterapia ha cambiado el paradigma moderno del tratamiento contra el cáncer ya que, en lugar de dirigir fármacos hacia el tumor, ahora se centra en mejorar el reconocimiento y activación del sistema inmune para la destrucción de tumores mediante el bloqueo de los puntos de control inmune (immune check points, IC). La terapia con immune check point inhibitors (ICI) se basa en el uso de anticuerpos monoclonales dirigidos para bloquear los IC (CTLA-4, PD1 o PDL-1) y así permitir la activación duradera de la respuesta inmune antitumoral. A pesar de que la terapia con ICIs aumenta significativamente la sobrevida de los pacientes y el periodo libre de tumores, ciertas reacciones inmunes adversas (irAEs) han sido asociadas al uso de esta terapia. La cardiotoxicidad asociada a ICIs (CirAEs) es una las irAEs que más impacto puede tener en el paciente ya que puede desencadenar principalmente miocarditis con desenlace fatal. Debido a que el uso de la terapia con ICIs seguirá creciendo es imperativo dilucidar los mecanismos involucrados en la cardiotoxicidad asociada a esta terapia.

Objetivos: En este proyecto se pretende demostrar por primera vez que el daño al tejido cardiaco es un prerrequisito indispensable para generar la activación del sistema inmune y la cardiotoxicidad al administrar la terapia con ICIs comprometiendo la función del corazón, causando miocarditis e incrementando la mortalidad.

Materiales y Métodos: Se utilizó un modelo de insuficiencia cardíaca inducida por angiotensina I (HF) para generar una lesión crónica en ratones. A continuación, se administró semanalmente la terapia combinada de ICI (anti-CTLA-4 + anti-PD-1) en un total de 3 dosis (HF +ICI). Se administró el tratamiento con ICI en ratones control sanos (Ctrl + ICIs). Se constituyó un grupo de ratones solo con insuficiencia cardiaca (HF) y un grupo de ratones control (Ctrl). Después de 4 semanas de los tratamientos con ICI, se analizó la supervivencia de los ratones y el grado de miocarditis. Analizamos en tejido cardíaco los marcadores de remodelación y miocarditis. Finalmente, caracterizamos las células infiltrantes en el corazón mediante inmunohistoquímica (IHQ).

Resultados: En comparación con el grupo control, los ratones administrados con ICI solos (Ctrl + ICI) no mostraron diferencias en la supervivencia, células infiltrantes en corazón, ni incremento citocinas inflamatorias locales. Los ratones con HF mostraron una disminución de la sobrevida de un 15%, un aumento de citocinas proinflamatorias locales y aumento en marcadores de daño cardiaco como el BNP y la fibrosis patológica. Cuando los ratones fueron sometidos al modelo de HF más ICI (HF + ICI), se observó que la supervivencia de los ratones disminuyó hasta el 50%, también se observó en este grupo, infiltrando células linfoides, un aumento del TNF-a; y del BNP en el corazón (mayor al generado en el grupo de HF); las células infiltradas se caracterizaron principalmente como células T CD8+. Los autoanticuerpos contra proteínas cardíacas fueron determinados por ELISA y solo se observó un aumento significativo en el grupo de HF+ ICIs.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que un daño crónico cardiovascular es necesario para reducir la supervivencia de los ratones después de la terapia con ICI e inducir miocarditis. También abrimos las perspectivas de las posibles reacciones autoinmunes contra el corazón después de esta terapia.

0354. MASA MAGRA; EVENTOS ADVERSOS Y DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA CARDÍACA, A PROPÓSITO DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL.

Cirugía Cardiovascular

Daniela Mariel RIOS | Carlos Luis GONZALEZ | Roberto CORONEL | Diego COSTA | María Florencia ACOSTA

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: En este estudio observacional, se estimó la masa magra corporal de pacientes en plan de someterse a cirugía cardíaca, con métodos no invasivos y se estudió su relación con la morbimortalidad en relación a la misma.

Características (n = 98)	Media ± ES, mediana (IQR) o n (%)
Edad (años)	58.87 ± 11.85
Hombres	79 (80.6%)
Clase funcional NYHA	
I	29 (37.2%)
II	32 (41.0%)
III	14 (17.9%)
IV	3 (3.8%)
Fracción de eyección ventricular izquierda	52.49 ± 12.36
Enfermedad renal crónica	8 (8.2%)
EPOC	9 (9.2%)
Diabetes (insulino-dependiente)	6 (6.1%)
Hematocrito (%)	38.29 ± 4.28
Creatinina (mg/dl)	0.98 (0.85 – 1.18)
Tipo de cirugía	
CRM	56 (57.1%)
Reemplazo valvular	24 (24.5%)
Combinado	9 (9.2%)
Bentall	2 (2.0%)
Otros	7 (7.1%)
Tiempo de circulación extracorpórea (minutos)	74.16 ± 27.13
Urgencia	
Electiva	61 (62.2%)
Urgente	35 (35.7%)
Emergencia	2 (2.0%)
Salvataje	0 (0.0%)
Uso de circulación extracorpórea (en-bomba)	73 (75.3%)
EuroSCORE	1.04 (0.68 – 1.81)
Mortalidad a los 30 días	4 (3.2%)

Objetivos: Evaluar si la composición corporal presenta valor pronóstico en la cirugía cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional en la Unidad Coronaria de un centro de referencia de la ciudad de Buenos Aires. Mayores de 18 años en plan de someterse a cirugía cardíaca entre el 1 de Agosto de 2018 y el 31 de Julio de 2019, fueron incluidos. Pacientes en diálisis, con amputación de extremidades o dispositivos marcapasos, o aquellos quienes no dieran su consentimiento, fueron excluidos. Los valores de masa magra fueron obtenidos por medio de un analizador tetrapolar de bioimpedancia estandarizado 24 hs. previas a la cirugía, en ayunas. El punto final primario fue el tiempo de la estadía hospitalaria. Como puntos secundarios, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, vasoplejia, fibrilación auricular, mediastinitis, infarto tipo V, sangrado y muerte. Para el análisis estadístico, las comparaciones fueron realizadas con el test t de Student o de Wilcoxon, o por medio del test chi-cuadrado respectivamente. Finalmente, se construyó un modelo de regresión lineal para determinar la relación entre la masa magra corporal y los días de internación, independientemente del sexo, la edad, el IMC y el riesgo quirúrgico. Un valor de p menor a 0,05 fue considerado como estadisticamente significativo.

Resultados: Un total de 133 pacientes fueron sometidos a cirugía cardíaca durante el período de estudio. De estos, 8 presentaron criterios de exclusión, y 1 paciente fue excluida por embarazo. De los 124 pacientes restantes, se obtuvo información completa y válida de las medidas antropométricas y composición corporal de 98 individuos. La mayoría eran hombres menores de 60 años, mayoritariamente en plan de revascularización miocárdica electiva (CRM) con circulación extracorpórea. Los datos antropométricos y su composición corporal, estratificados por el sexo, se presentan en la Tabla 2. Los hombres presentaron mayor estatura y peso que las mujeres pero con un IMC similar. Las mujeres tenían menor proporción de masa magra y mayor cantidad de grasa corporal, con la misma cantidad de agua corporal. El tiempo de estadía promedio fue de 8 días. (IQR 6.5 - 11.5). La mayoría de eventos adversos no se asociaron a menor cantidad de masa magra, aunque los casos de mediastinitis presentaban menor masa magra que aquellos que no la presentaron (Tabla 3). Hubo una significativa correlación negativa entre la masa magra y los días de internación. (Pearson's correlation coefficient of -0.26, p = 0.0019). Esta asociación se

	Eventos	Masa magra (%) con evento	Masa magra (%) sin evento	valor de P
Falla Cardiaca	8 (6.5%)	74.6 ± 7.98	72.62 ± 6.26	0.45
Shock cardiogénico	16 (13.0%)	73.75 ± 9.64	72.67 ± 7.55	0.67
Vasoplejia	8 (6.5%)	70.97 ± 5.28	73.03 ± 8.06	0.37
Fibrilación auricular	27 (21.8%)	71.79 ± 8.78	73.01 ± 7.64	0.57
Mediastinitis	2 (1.6%)	68.45 ± 7.91	72.85 ± 0.64	< 0.001*
Infarto tipo V	7 (5.6%)	73.58 ± 3.69	72.73 ± 7.99	0.69
Sangrado	8 (6.5%)	68.81 ± 6.21	73.06 ± 7.91	0.13
Mortalidad a los 30 días	4 (3.2%)	63.95 ± 7.82%	72.94 ± 3.18%	0.12

mantuvo significativa tras usar el modelo de regresión lineal ajustado a edad, sexo, IMC y riesgo quirúrgico (coefficient of -0.19 ± 0.08, p = 0.002). Ningún paciente con un porcentaje de masa magra mayor al 75% permaneció internado por más de 14 días. (Figura 1).

Conclusiones: De acuerdo con nuestros hallazgos, hay una relación entre la masa magra y los días de hospitalización en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. La masa magra podría ser un indicador de fragilidad y menor resistencia al estrés, un probable marcador pronóstico. Podemos estipular que la composición corporal, estimada mediante métodos más precisos que el IMC, podría ser un importante marcador de riesgo a la hora de optar por un procedimiento quirúrgico.

0357. UTILIDAD DEL ÍNDICE DE MORRIS PARA EVALUAR SOBRECARGA AURICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL GRUPO 1

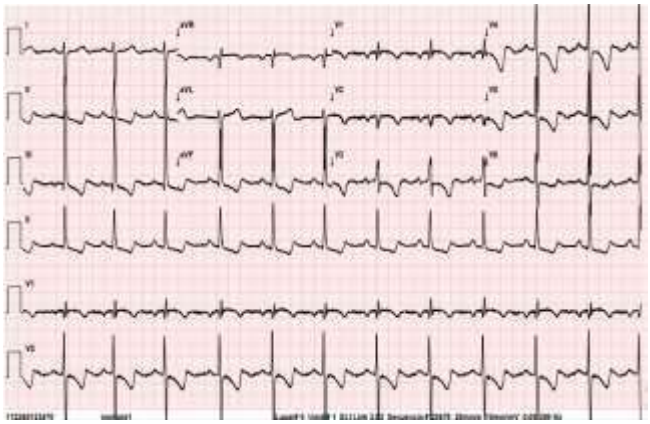
Arritmias y Electrofisiología

Leandro Luis POZZER | Kevin Ivan BRITEZ | Antonella DE BORTOLI | Mariano VILLALBA | Rocio Belen CORREA | Eugenio Antonio LEIVA PIAZZA | Jorge PARRAS

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: A nivel del electrocardiograma, la despolarización auricular se ve representada por la onda P. Las sobrecargas auriculares se expresan mediante cambios en la duración y la morfología de la misma. El Índice de Morris definido como producto de la amplitud del componente negativo de la P en mm x duración en ms igual o superior a 40 mm/ms en la derivación V1, es uno de los signos más frecuentemente utilizados, con una sensibilidad de 69% y especificidad de 93% acorde comparada a los Estándares en ecografía. Los pacientes que presentan diagnóstico de hipertensión pulmonar del grupo I se caracterizan por presentar sobrecarga de las cavidades derechas, sin compromiso de la aurícula izquierda. Sin embargo, a nivel electrocardiográfico, es frecuente observar una onda P con un componente enteramente negativo en V1, cumpliendo los criterios del Índice de Morris, sin presentar alteraciones en el tamaño auricular izquierdo, siendo este resultado de alteraciones exclusivamente a nivel de aurícula y ventrículo derecho. La utilidad de este criterio en este grupo de pacientes no está bien definida, siendo propensa a errores en el diagnóstico.

Objetivos: Evaluar la relación entre electrocardiogramas con índice de Morris positivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar del grupo 1 y prevalencia de aumento en diámetro auricular izquierdo medido por ecografía cardíaca.



Materiales y Métodos: En este trabajo observacional retrospectivo, unicéntrico, se evaluaron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión pulmonar del grupo 1, quienes se hayan realizado un electrocardiograma y una ecografía cardíaca entre el 1 de enero de 2017 y 1 de diciembre de 2020 en el Instituto de Cardiología de Corrientes. Los Criterios de exclusión incluyen Pacientes que no presenten ritmo sinusal, o haya sido técnicamente dificultosa por mala ventana acústica. Los resultados serán relacionados con el diámetro de aurícula izquierda mayor a 40mm, índice de aurícula izquierda mayor a 34, dilatación de cavidades derechas, en las ecografías de estos pacientes, las cuales han sido realizadas por Cardiólogos especialistas en ecografía cardíaca de la institución. La ecografía y el Electrocardiograma de 12 derivaciones de cada paciente deberán ser realizados en el mismo mes.

	Aurícula izquierda dilatada	Aurícula izquierda no dilatada	Total
Morris positivo	4	2	6
Morris negativo	4	9	13
Total	8	11	19

Resultados: Desde el 1 de enero de 2017 al 1 de diciembre de 2020 se analizaron un total de 23 pacientes con Hipertensión pulmonar, de los cuales 19 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La edad media fue de 54+-14.9 años, la media de Aurícula Izquierda medida por Modo M fue de 37.8+-5.65 y el IVAI de 28.28+-11.98. El eje promedio de la onda P en DII fue de 56.37 °-+17. 2°. La duración promedio de la Onda P en DII fue de 104.47mseg+-14mseg. La amplitud media de la onda P en DII fue de 0.22mV+-0.6mV. La amplitud media del QRS en V1 fue de 0.8mV+-0.5mV. El área negativa de V1 tuvo una media de

0.76+-0.98 mVxmseg. Se realizaron tablas cruzadas de 2x2 relacionando índice de Morris con AI dilatada en modo M y con IVAI mayor a 34. No se evidenció asociación significativa entre Morris y dilatación auricular izquierda por ninguno de los 2 métodos.

Conclusiones: A partir de las variables analizadas, se puede observar que el índice de Morris, el cual presenta una sensibilidad de 69% y especificidad de 93% comparada con los estándares en ecografía, en los pacientes que presentan hipertensión pulmonar del grupo uno, en esta serie de casos estudiada, presenta una sensibilidad del 25% para detectar IVAI por encima de 34. Esto confirma la hipótesis de que este índice, pierde su utilidad en los pacientes con hipertensión pulmonar del grupo 1.

0358 . ACCESO RADIAL VS ACCESO FEMORAL EN PACIENTES OCTOGENARIOS

Sindrome Coronario Agudo / Cardiología Intervencionista y Estructural

Sofia KRAUSE | Juan Manuel TELAYNA (H) | Juan Manuel TELAYNA | Ricardo Andrés COSTANTINI

Hospital Universitario Austral

Introducción: El acceso transradial (TR) comparado con el acceso transfemoral (TF) para coronariografía seguido de angioplastia en contexto de infarto con elevación del ST y angina inestable ha demostrado tener menor incidencia de sangrado mayor, reducción de todas las causas de muerte, infarto de miocardio y stroke. En la población de octogenarios acceso radial es más complejo y lleva más tiempo por la presencia frecuente de anomalías vasculares, como calcificación o extrema tortuosidad arterial.

Objetivos: Analizar los resultados clínicos y del procedimiento de pacientes octogenarios con infarto de miocardio y angina inestable por acceso TR versus acceso TF en pacientes mayores de 80 años.

Características basales	OCTOGENARIOS RADIAL (n=57)	%	OCTOGENARIOS FEMORAL (n=258)	%	p
Edad	81±1.91		83±2.97		<0.01
Mujeres	13	23	86	33	0.16
Hipertensión arterial	45	79	218	84	0.2
Tabaquismo	24	42	127	49	0.4
Diabetes	14	25	86	33	0.75
Insuficiencia renal crónica	5	9	39	15	0.26
Fracción de eyección del VI	53±12		53±13		1
Infarto con elevación del ST	6	11	21	8	0.6
Angina inestable	8	14	61	24	0.15
Angina crónica estable	34	60	94	36	0.02
Enfermedad multivaso	27	47	139	54	0.45
Vasos tratados					
Arteria Descendente anterior	28	49	133	52	0.85
Arteria Circunfleja	23	40	84	33	0.33
Arteria Coronaria derecha	20	35	82	32	0.74
Tronco de coronaria izquierda	2	4	16	6	0.54
ATC multivaso	14	25	56	22	0.76
Revascularización en misma sesión	10	18	25	10	0.14
Calcificación severa	10	18	61	24	0.41
Bifurcación tratada	6	11	27	10	0.82
Oclusión total crónica	3	5	13	5	50
Introductor > 6 Fr	7	12	50	19	0.26
Todo BMS	4	7	81	31	<0.01
Todo DES	53	93	127	49	<0.01
Número de Stents	1.94±0.99		1.96±1.3		0.93
Longitud de Stents (mm)	41±25		41±28		1
Diámetro de Stents	2.9±0.47		2.88±0.45		0.53
Uso de imagen intravascular (IVUS)	4	7	24	9	0.77
Uso de "cutting balloon"	5	9	9	3	0.14
Uso aterectomía rotacional (Rotablator)	1	2	5	2	1
Uso de Isquemia intravascular (FFR)	1	2	2	1	0.46

Referencias: ATC: Angioplastia coronaria, BMS: Bare Metal Stent, DES: Drug Eluting Stent, VI: Ventrículo Izquierdo

Materiales y Métodos: Desde junio de 2001 a enero de 2022 se realizaron en total 4703 angioplastias, de estas 315 fueron en pacientes añosos mayor o igual de 80 años, excluyendo pacientes con síndrome coronario agudo como epifenómeno y aquellos con shock cardiogénico. En 57 procedimientos se logró la intervención por vía transradial (Grupo A) y en 258 por acceso transfemoral (Grupo B).

RESULTADOS	OCTOGENARIOS RADIAL (n=57)	%	OCTOGENARIOS FEMORAL (n=258)	%	p
Éxito técnico	57	100	255	99	0.58
Éxito clínico	56	98	244	95	0.74
Muerte total	1	2	7	3	1
Muerte intrahospitalaria CV	1	2	6	2	1
Oclusión aguda	2	4	1	0	0.08
Accidente cerebro vascular	-		1	0	0.74
Complicación acceso	2	4	6	2	0.29
Días internación post ATC	3.3±1.6		6.3±8		0.01
Seguimiento promedio	15 ± 17		24±25		0.01
Muerte intrahospitalaria CV	1	2	6	2	1
Reintervencion	1	2	24	9	0.059
Requerimiento de revascularización de lesión culpable	1	2	15	6	0.32
Material de Contras (ml)	165±58		187±54		0.01
Fluoroscopia (min)	17±13		19±16		0.2

Referencias: ATC: Angioplastia Coronaria, CV: Cardiovascular,

Resultados: Las características basales del Grupo A vs el Grupo B n (%) fueron respectivamente; 81±1.91 vs 83±2.97 p <0.01; mujeres 13(23) vs 86 (33); hipertensión arterial 45(79) vs 218 (84); tabaquismo 24(42) vs 127 (49); diabetes 14 (24) vs 86(33); insuficiencia renal crónica 5(9) vs 39(15); fracción de eyección 53±12 vs 53±13; IAMCEST 6(11) vs 21(8); angina inestable 8(14) vs 61(24); angina crónica estable 34(60) vs 94 (36) p 0.02; enfermedad multivaso 27(47) vs 139(54);TCI 2 (4) vs 16 (6) ; lesión culpable de arteria descendente anterior 28 (49) vs 133 (52); lesión culpable de arteria coronaria de circunfleja 23(40) vs 84(33); lesión culpable de arteria coronaria derecha 20(35) vs 82(32); ATC multivaso 14(25) vs 56(22); revascularización completa en misma sesión 10(18) vs 61(24); Calcificación severa 10 (18) vs 61(24); ATC en bifurcación 6 (11) vs 27(10); oclusión total crónica 3(5) vs 13(5); ATC con "bare metal stent" 4(7) vs 81(31); ATC con "drug eluting stent"

53(93) vs 127(49); número de stents 1.94±0.99 vs 1.96±1.3; longitud de stents 41±25 vs 41±28; diámetro de stents 2.9±0.47 vs 2.86±0.43; ultrasonido intracoronario 4(7) vs 24(9); uso de cutting balloon 5(9) vs 9(3); aterectomia rotacional 1 (2) vs 5(2); litotripsia intravascular 1(2) vs 2(1). Los resultados del Grupo A vs Grupo B n(%) respectivamente fueron; éxito técnico 57 (100) vs 255(99); éxito clínico 56 (98) vs 244(95); muerte intrahospitalaria de causa cardiovascular 1(2)vs 6 (2); oclusión aguda o subaguda del stent 2 (4) vs 1(0); complicaciones del acceso 2(4) que fueron en los dos casos hematoma grado IV vs 4(2) que fueron dos con sangrado retroperitoneal y dos pseudoneurismas; días de internación post ATC 1.3±1.6 vs 4.3±8 p 0.01; seguimiento promedio 15 ± 17 vs 24±25 p=0.01; muerte extrahospitalaria cardiovascular 1(2) vs 2(4); reintervención 1(2) vs 24(9); revascularización de lesión tratada (TLR) 1(2) vs 15(6); contraste (ml) 165±58 vs 187±54 p=0.05; fluoroscopia (min) 17±13 vs 19±16.

Conclusiones: Las intervenciones transradiales de angioplastia coronaria en pacientes de 80 años o mayores posibilitaron un alta más temprana requiriendo menor cantidad de días de internación post procedimiento. Además, se utilizó menor cantidad de material contraste en dichas intervenciones.

0359. FRAGILIDAD Y MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES PERI IMPLANTE VALVULAR AORTICO TRANSCATETER (TAVI) †

Valvulopatías / Cardiología Intervencionista y Estructural

Daniel GUZMAN | Sol SUSHEK | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | Daniel CHIRINO NAVARTA | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: Con el creciente envejecimiento de la población, ha habido un importante incremento de enfermedades crónicas como la estenosis aórtica (EAO), que cuando comienzan a presentar síntomas o deterioro de la función ventricular requiere el reemplazo valvular, ya sea por via quirúrgica o TAVI. El TAVI se utiliza cada vez más para el tratamiento de la EAO, principalmente en pacientes añosos quienes tienen una prevalencia de fragilidad aumentada del 10%. Por lo que resulta esencial reunir más evidencia que logre predecir las complicaciones y mortalidad que puedan producirse en estos pacientes. Por último, puede definirse a la fragilidad como aquel estado en el que se encuentra un individuo con una reducción marcada en su condición física, además de una aumentada susceptibilidad de un desenlace mortal o nocivo ante la exposición de un evento estresante. Hay diferentes escalas para evaluar fragilidad entre las que se encuentran la de Edmonton y la de Fried, que no requieren mucho tiempo en su uso, son sencillas de realizar y de facil acceso.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de fragilidad aumentada en pacientes sometidos a TAVI y su asociación con la morbimortalidad durante su internación.

Materiales y Métodos: El tipo de estudio del presente trabajo es retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes a los que se realizó TAVI por EAO severa en un solo centro. La evaluación de fragilidad forma parte de la evaluación pre-procedimiento de los pacientes, por lo que se incluyeron las escalas consignadas en la historia clínica de los pacientes. Para la evaluación de fragilidad se usaron las escalas de FRIED en la que se dividen en fragilidad confirmada (Más de 3 criterios), intermedia (1-2 criterios) y no frágil (0 criterios); y Edmonton que divide a la población estudiada sin fragilidad (0-4 puntos), vulnerable (5-6 puntos), fragilidad leve (7-8 puntos) fragilidad moderada (9-10 puntos) y fragilidad severa (11 o más). Se consideró paciente Frágil a una escala de FRIED > 3 criterios y/o Edmonton 7 o más puntos. Se consideró el punto combinado de complicaciones intrahospitalarias que incluyen: mortalidad, stroke periprocedimiento, requerimiento de marcapasos definitivo, leak periprotésico severo y nueva FA en el postoperatorio.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, con una edad de 82 +/- 7 años, 60 % mujeres. Se encontró fragilidad en el 52% de los pacientes (n=31). Los pacientes frágiles fueron más añosos (edad 84+/- 4 vs 79 +/-5, p=0.04), mayor antecedente de EPOC (29% vs 5%, p=0.02) y de diabetes (30% vs 15%, p=0.03). El punto combinado se presentó en el 22 % (n=13). La presencia de fragilidad se asoció al punto combinado en el análisis univariado, sin embargo, en el multivariado, sólo el antecedente de EPOC fue predictor independiente del punto combinado (OR 1.3 (IC95%1.02-1.8), p=0.04.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes evaluados presentó fragilidad. Los pacientes frágiles fueron más añosos, con mayor antecedente de diabetes y EPOC. En el análisis univariado la fragilidad fue predictora del punto combinado, pero en el multivariado, fue anulada por el antecedente de EPOC.

0363. DIÁMETRO AÓRTICO COMO PREDICTOR DE DISECCIÓN TIPO A. LEJOS DE LO IDEAL.

Aorta / Cardiología Crítica

Sofia CAPDEVILLE | Benjamin CASTAÑO | Natalia PELLEGRINI | Guadalupe FEDERIK | Ignacio BLURO | Alberto DOMENECH | Rodrigo P. BAGNATI | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

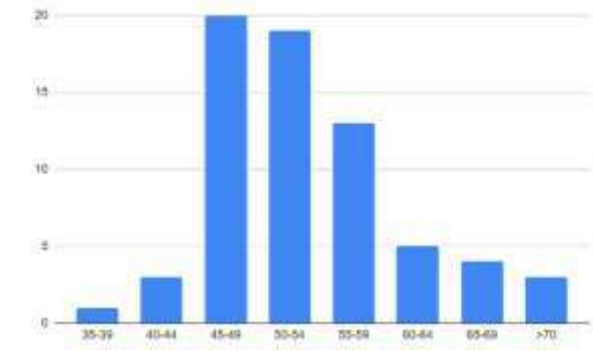
Introducción: Hasta la fecha el seguimiento periódico y reemplazo aórtico oportuno en pacientes con dilatación aórtica constituye la principal estrategia terapéutica para evitar las complicaciones graves de esta patología. En este sentido, las guías de práctica clínica proponen la intervención basada en el diámetro absoluto que para aortopatías de causa no genética es de 55 mm. Sin embargo, es frecuente observar complicaciones en diámetros menores a los antes consignados

Objetivos: Determinar la proporción de pacientes que presentan disección tipo A con diámetros aórticos menores a los estipulados para la intervención en las guías de práctica clínica

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis transversal de pacientes internados por disección aórtica tipo A de Stanford. Se evaluaron 80 pacientes consecutivos que se presentaron a nuestra institución entre enero de 2011 y marzo de 2022. 3 fueron excluidos por presentar diagnóstico de síndrome de Marfan y por ende un punto de corte de intervención diferente. Se registró el mayor diámetro aórtico observado en la tomografía computada al momento del diagnóstico. Se evaluó esta variable en forma absoluta e indexada a talla. En 9 pacientes no fue posible recabar este dato por lo que fueron excluidos. Se estudiaron las características clínicas de aquellos pacientes que se presentaron con diámetros menores a los estipulados por las guías, en comparación a los de diámetros mayores.

Tabla 1	n=68
Edad, años	65 +/-12
Sexo masculino (%)	70.5
Talla, media cm +/- DE	168 +/-10
Peso, media Kg +/- DE	82 +/- 14
Hipertensión, n(%)	48 (70.6)
Dislipemia, n(%)	23 (34)
Tabaquismo, n(%)	16 (24)
Ex Tabaquismo, n(%)	15 (22)
Diabetes, n(%)	3 (4.4)
Enfermedad vascular, n(%)	3 (4.4)
ACV, n(%)	7 (10)
Enfermedad coronaria, n(%)	11 (16)
Válvula bicúspide, n(%)	3 (4.4)

Figura 1. Distribución del diámetro aórtico máximo al momento de la disección



Resultados: Se incluyeron 68 pacientes. La edad promedio fue de 65±12 años. El 70% de sexo masculino. Entre los factores de riesgo cardiovascular se destaca un 71% de pacientes con antecedente de hipertensión y un 46% con antecedente de tabaquismo activo o pasado (Tabla 1). El 35% (24) presentaba antecedente de dilatación aórtica. Solo 3 pacientes presentaron diagnóstico de válvula bicúspide, ninguno de ellos con factores de riesgo. El diámetro máximo al momento de la disección presentó una media de 53±7 mm. El segmento mayormente comprometido fue la aorta ascendente (87%). Se observó que el 63% de los pacientes se disecaron con diámetros menores a 55 mm, 35% con diámetros menores a los 50 mm y un 6% aún con diámetros menores a los 45 mm (Figura 1). El diámetro indexado por altura (AHI) promedio fue de 3±1 cm/m, encontrándose el 44% de los pacientes bajo el corte de 3.2 cm/m (alto riesgo) y el 37% dentro del grupo de moderado riesgo (2.44-3,17 cm/m). Solo 2,9% se presentaron dentro del grupo de bajo riesgo (<2.43 cm/m). Ninguno de los pacientes con válvula bicúspide presentó un diámetro menor a 55 mm. No se observaron diferencias significativas en las características clínicas (Edad, hipertensión, tabaquismo, etc) entre los pacientes que se presentaron con diámetros por debajo o por arriba del punto de corte de 55mm.

Conclusiones: Los datos del presente estudio demuestran las limitaciones del diámetro aórtico como predictor de disección tipo A. Cerca de 6 de cada 10 pacientes que se presentan con esta patología lo hacen con diámetros menores al punto de corte estipulado para la intervención por las guías de práctica clínica. Es necesario encontrar otros parámetros que nos permitan realizar una predicción de riesgo más ajustada. La indexación por el tamaño corporal impresiona mejorar el poder predictivo pero resulta aún insuficiente.

0364. "DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL DURANTE LA INTERNACIÓN COMO PREDICTOR DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA"

Insuficiencia Cardíaca / Cardiología Clínica

Ailín Betsabé CONCA | Kaytleen Miriam VARGAS SANABRIA | Maria Gabriela GUTHMANN | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON

Sanatorio Franchín

Introducción: La Insuficiencia Cardiaca es una enfermedad crónica con un impacto sociosanitario importante. La insuficiencia renal es un factor pronóstico adverso en este tipo de pacientes, y una de las manifestaciones más frecuentes. Las recomendaciones en los tratamientos de pacientes con IC y enfermedad renal crónica (ERC) concomitante no difieren, en general, de las de los pacientes con función renal normal. Pero los pacientes con enfermedad renal moderada o grave han sido excluidos de la mayoría de los ensayos clínicos, y faltan evidencia y seguridad en los tratamientos que aplicar a estos pacientes. La IC como síndrome primario puede experimentar ERC secundaria, y viceversa, o ambos pueden coexistir sobre las bases de factores de riesgo compartidos o desórdenes sistémicos. Ademas los biomarcadores como el péptido natriurético B (BNP) o el pro-BNP N-terminal tienen un elevado valor predictivo negativo en los pacientes con insuficiencia cardiaca y enfermedad renal. El efecto del empeoramiento del filtrado glomerular estimado (FGe) sobre los niveles de BNP y especialmente pro-BNP N-terminal se relaciona con aclaramiento renal empeorado y anormalidades cardíacas subyacentes.

Objetivos: Este estudio analiza la prevalencia y el valor pronóstico del deterioro de la función renal en pacientes ingresados a Unidad Coronaria en contexto de insuficiencia cardiaca.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, donde se incluyó pacientes que ingresaron a unidad coronaria, con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda. Se evaluó la función renal al ingreso y a las 48 hs. Se dividió a los pacientes en dos grupos: con deterioro función renal y sin deterioro función renal. Se definió deterioro renal (DR) a un incremento en la creatinina > 0.3 mg/dL a las 48 horas respecto del ingreso. Se considero como punto final primario de complicaciones intrahospitalarias al combinado de muerte, requerimiento de ARM, de inotrópicos por mas de 48 hs y estadía hospitalaria mayor de 7 días.

Resultados: Se incluyeron 235 pacientes (23 presentaron Deterioro renal -9.7%- y 212 en no presentaron deterioro renal). La edad promedio fue de 58 ± 7 años y el 35% mujeres. El punto final combinado se observó en el 14.8% de los pacientes (n=35) con una mortalidad intrahospitalaria de 4.6% (n=11). La uremia de ingreso fue de 60 ± 39 mg/ml, la creatininemia 1.49 ± 1,3 mg/ml y el NT- proBNP 6394 ± 5800 pg/ml. El deterioro renal resulto predictor independiente del punto combinado (OR ajustado por uremia, creatininemia y NT-proBNP al ingreso: 5.82 (IC95% 1.92- 12.75), p=0.01. El NT-proBNP también resultó predictor independiente del punto combinado (OR 1.02 (IC95% 1.01-1.03), p=0.04)

Conclusiones: En nuestra población casi el 10% deterioro la función renal luego del ingreso. El presentar deterioro de la función renal fue predictor del punto combinado independientemente de la función renal de ingreso y del NT-proBNP.

0369. COVID 19, CONFINAMIENTO Y HABITOS DE SALUD. UNIVERSIDAD DE SAN PABLO TUCUMAN

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud / Covid-19

Maria Silvia GUERRERO MOLINA | Delfina STOCK BERRAONDO | Paula PILIPCZUK | Noemi PASSARELL

Universidad de San Pablo, Tucumán

Introducción: El virus CoVid19 fue el gran protagonista del bienio 20-21, desde su aparición hasta el desarrollo de la vacuna y su aplicación a la población. Su alta contagiosidad, la rápida dispersión de la enfermedad, la gran cantidad de muertes, llevaron al confinamiento de las personas en sus hogares. Esto nos han llevado a cambiar nuestra rutina, a incorporar nuevos hábitos, nuevas formas de trabajar y estudiar; pero también al abandono de los cuidados y falta de seguimiento de los enfermos crónicos. Muchas investigaciones han puesto de manifiesto el incremento del sedentarismo, el aumento de peso, el mayor consumo de alimentos no saludables, alcohol, tabaco y sustancias durante el confinamiento como asi también la perdida de control de pacientes, el abandono o discontinuidad de los tratamiento al haberse priorizado la atención para Covid19, durante mas de 12 meses.

Objetivos: Conocer como el CoVid 19 y el confinamiento han producido cambios en los hábitos de salud en los habitantes de la provincia de Tucumán.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal. Población Objetivo: adultos > de 18 años, de ambos sexos, residentes en la Provincia de Tucumán Se utilizó un cuestionario en formato on line (Plataforma Google Form) con preguntas de opción múltiple sobre datos sociodemográficas, antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), hábitos, ingesta habitual de alimentos, bebidas y su percepción de modificación durante el período de aislamiento. Previo consentimiento, asegurando la confidencialidad y anonimato de identidad; como así también una única participación. Los formularios se difundieron por redes sociales, correo electrónico y WhatsApp, durante el mes de Octubre de 2021. Los datos obtenidos, se volcaron a una planilla Excell, y se procedió a su análisis y discusión

Resultados: Se recibieron respuestas de 363 personas, luego de la depuración quedaron análisis final 356 encuestas. Participaron 244 mujeres (68 %) y 112 varones, de entre 18 a 80 años. El grupo con mayor participación fue 20-29 años (38.48%); y el nivel educativo predominante fue el universitario (77%). El 61% no tenían diagnóstico de enfermedad al momento de la encuesta; en el 39% restante todos tenían 1 o más de una de las enfermedades crónicas no transmisibles. El 37% tuvo problemas para dormir. 13 personas empezaron a fumar, no se encontraron cambios en el consumo de alcohol. En cuanto a la alimentación, un 48% consumió más productos de panadería y el 34% incremento el consumo de comida chatarra (delivery). El 45.2 % refirió haber incrementado su peso habitual. Muchos no pudieron estimar o cuantificarlo. Entre los que respondieron el 43.5% subieron menos de 5 kg, 41% subieron entre 5 y 9 kg, 5% subieron más de 10 kg. En cuanto a la actividad física, el 22% nunca realizo (sedentarios), y el 41 % disminuyo su actividad habitual.

Conclusiones: Este trabajo se realizo en el marco de un proyecto de investigación universitario; es la primera vez que utilizamos este formato de encuesta on line y fue una experiencia de aprendizaje. El numero de respuesta puede no llegar a ser representativo, y estar sesgado por el rango etario, nivel educativo, la accesibilidad a internet, pero sirve a modo de muestra sobre las consecuencias del confinamiento por el COVID 19 en los tucumanos. Pero si evidencia incremento en el consumo de alimentos no saludables (panificados y delivery), el incremento de peso; así como el sedentarismo y la disminución de la actividad física. Situaciones que ya nos viene preocupando de acuerdo a las últimas encuestas poblacionales. Los resultados pueden ser difundidos a la población, a los educadores y a los decisores de salud para poner en evidencia la necesidad tomar algunas medidas de concientización sobre hábitos saludables, en particular promover una alimentacion saludable y actividad fisica.

0370. RELACIÓN ENTRE AMPLITUD Y DURACIÓN DEL QRS COMO MARCADOR DEL ESTADO CONGESTIVO ¿UNA NUEVA HERRAMIENTA EN INSUFICIENCIA CARDIACA?

Insuficiencia Cardíaca

Santiago Nicolas MARQUEZ HERRERO | Andres Nicolas ATAMAÑUK | Ignacio GANDINO | Emilia Macarena SPAINI | Guido Manuel GARCÍA JUÁREZ | Nicolás Arturo TORRES | Jose SANTUCCI | Sergio BARATTA

Hospital Universitario Austral

Introducción: En pacientes (P) con insuficiencia cardiaca (IC) la disminución de la amplitud del QRS se relaciona con el estado congestivo. Los mecanismos propuestos para dicho fenómeno son el aumento del volumen intravascular y ganancia de fluidos del resto de órganos intratorácicos. Sin embargo aún se desconocen si otros parámetros como el área bajo la curva del QRS se relaciona con dicho estado congestivo.

Objetivos: Evaluar la relación entre el coeficiente del área del QRS (CAQRS) -como expresión del producto entra amplitud y duración del QRS-, como así también otros parámetros del ECG, con el cambio en el peso durante la hospitalización de P bajo tratamiento IC aguda.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional en P mayores de 18 años con internación por IC aguda en una unidad coronaria de un Hospital Universitario de Bs As. Se excluyeron P con derrame pericárdico o pleural moderado o severo, hipoalbuminemia severa, P en hemodiálisis y aquellos con reducción significativa de la movilidad Se dividió la muestra de P en dos grupos; con pérdida de peso (PP) y sin cambios o ganancia de peso (SP) en el momento del egreso de la internación. Se calculó el CAQRS como el producto entre la amplitud y la duración del QRS en la derivación DI (promediando 3 complejos QRS consecutivos). Se compararon entre ambos grupos al ingreso y egreso de su internación: -Parámetros clínicos y de laboratorio: edad, sexo, peso, talla, presión arterial, saturación, frecuencia cardiaca, días de internación, presencia de signos de congestión, NT-ProBNP -Parámetros ecocardiográficos: FEVI, área de la aurícula izquierda, presión sistólica de arteria pulmonar -Parámetros electrocardiográficos: Ritmo, intervalo PR. Amplitud, duración, eje y CAQRS, QT corregido y delta de amplitud y delta del CAQRS.

Resultados: Entre Junio y diciembre de 2021 incluyeron 65 P consecutivos. Edad: 68,9 (12,8), Hombres: 59%, FEVI: 47,3 (16,7), AI: 28,7 (6,6), PSAP: 42 (16,2), NT-proBNP: 7007,9 (11701,9), días de internación: 9.7 (10.4). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos PP y SP al ingreso en cuanto a edad, sexo, peso, talla, presiona arterial, saturación

O2, frecuencia cardiaca, NT-ProBNP, días de internación, signos de congestión, FEVI, área de la aurícula izquierda, presión sistólica de arteria pulmonar, ritmo, intervalo PR, Amplitud, duración, eje y CAQRS, QT corregido. Se halló una diferencia en el peso al ingreso entre grupos; PP 82,5 (14,7) vs SP 72,8 (14,4)kg. (p=0,014). Comparando los grupos al ingreso vs. egreso no se encontraron diferencias significativas en todos los parámetros clínicos (a excepción del delta peso; PP -2,9 (2,5) vs SP 0,5 (0,9)kg. (P=0,0001)), de laboratorio, ecocardiográficos. Respecto de los cambios en los parámetros del ECG entre grupos, se encontró un cambio significativamente estadístico de la variación del CAQRS; 214,5 (340,4)mVms vs. -262,2 (918) mV ms (p 0,01) y se observó una tendencia en el cambio de la amplitud del QRS; 1,6 (2)mV vs -0,04 (4,2)mV (p 0,07), PP vs SP respectivamente. No se hallaron diferencias para todos los otros parámetros del ECG.

Conclusiones: Los cambios en la amplitud del complejo QRS como expresión del estado de hidratación fueron estudiados desde mediados del siglo pasado. Sin embargo, no se ha descripto el valor del área de las ondas del ECG en dicho fenómeno. Nuestro estudio pudo demostrar esta relación con un parámetro fácil de establecer el cual denominamos CAQRS (como expresión del área bajo la curva del QRS), no estudiado previamente, el cual podría constituir una nueva herramienta para evaluar el estado congestivo.

0371. INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES DE MODERADO A ALTO RIESGO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA DE UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Cardiología Clínica

Melisa ANTONIOLLI | Josefina DESTAVILLE | Nelson Enrique POLO TABORDA | Yandira Evelin SOTO VILLARROEL | Gerardo MASSON | Nicolas GONZALEZ | Augusto LAVALLE COBO | Miguel Angel GONZÁLEZ

Sanatorio Finochietto

Introducción: Anualmente, más de 10 millones de pacientes sometidos a cirugías no cardíacas a nivel mundial presentaran una complicación cardiovascular mayor en los primeros 30 días postquirúrgicos. La identificación de pacientes de riesgo y el adecuado manejo perioperatorio disminuyen estas complicaciones, además de reducir los días de hospitalización y los costos en salud. En este sentido, conocer las características y las complicaciones de nuestra población resulta relevante para minimizar los riesgos.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de complicaciones cardiovasculares en post operatorios de cirugías no cardíaca de moderado/alto riesgo global e identificar variables clínicas asociadas a peor pronóstico.

Materiales y Métodos: Se incluyeron retrospectivamente pacientes que consultaron a nuestro centro para valoración prequirúrgica. Se definió riesgo quirúrgico CV global moderado/alto según el consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se considero como punto final el compuesto de complicaciones cardiovasculares (Muerte. IAM, ACV, IC, FA, TVP/TEP, requerimiento de ionotrópicos). Las variables categóricas fueron expresadas como porcentajes, y la continuas como media ± DS. Las variables categóricas fueron comparadas mediante Chi² y las continuas mediante test de T. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado como significativo

Resultados: De un total de 2556 pacientes que se realizaron prequirúrgicos entre agosto del 2021 y Marzo 2022, se seleccionaron 181 pacientes. Un 59,3% tenían riesgo global moderado (n=105) y un 40,7% riesgo alto (n=72). La edad promedio fue de 68,4 ± 14,6 años, con un 52,5% de mujeres (n=95). Las características basales se muestras en la tabla 1. La prevalencia de complicaciones CV fue del 2,2% (n=4), con 1 paciente fallecido por progresión de enfermedad oncológica, 1 TEP y 2 episodios de FA. Ninguno de los eventos ocurrió en pacientes con antecedentes cardiovasculares. Dada la baja prevalencia de eventos, no pudimos identificar variables asociadas a peor pronóstico.

Edad (media ± DS)	68,4 ± 14,6
Mujeres (%)	52,5
HTA (%)	49,7
DLP (%)	23,2
DBT (%)	23,8
TBQ (%)	10,5
Prevención 2ria (%)	24,9
IAM (%)	7,2
ATC (%)	8,3
CRM (%)	3,3
ACV (%)	7,2
EVP (%)	6,6
IC (%)	5
FA (%)	7,7
Enf valvular (%)	4,4

Conclusiones: En pacientes con riesgo prequirúrgico global moderado/alto, la prevalencia de complicaciones cardiovasculares fue baja, similar a lo observado en diversos registros internacionales. Debido a esta baja prevalencia, no pudimos identificar variables clínicas asociadas a mal pronóstico.

0372. DEMOSTRACION ELECTROFISIOLÓGICA DE LA CAPTURA DEL SISTEMA HIS-PURKINJE MEDIANTE LA ESTIMULACIÓN DEFINITIVA PARA HISIANA

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA (1) | Diego Federico GONZALIA(2) | Bruno MONACCI(1) | Andrés Federico BIELECKI(3) | Maximo INVERNIZZI(2) | Eliana Grisel CALVO(1)

Sanatorio de la Providencia (1); Clínica de los Virreyes (2); Hospital Nacional Profesor A. Posadas (3)

Introducción: Para una estimulación fisiológica conservando la sincronía, se utiliza la estimulación hisiana selectiva (EHS) con la reproducción de un QRS angosto y normal. Sin embargo, no es necesario estimular el His para lograr una captura del His-Purkinje (H-P). En los pacientes (p) con WPW para hisiano evidente, la primera parte del QRS está constituido por la onda delta, pero inmediatamente después, la segunda mitad del QRS es idéntica en duración y polaridad que el QRS sin preexcitación (post-ablación), siendo este el testimonio de la captura del HP.

Rmax-finQRS	Est. apex	Est. medio septal	Est.Para-hisiana	wpw pre abl	wpw post abl
QRS nativo	70 ± 30	73± 26	63 ± 20	48 ± 15	48 ± 15
QRS Estimulado	86 ± 20 (aumenta)	103 ± 21 (aumenta)	52 ± 16 (disminuye)	igual	igual
Significación	0,01	0,009	0,02		

Objetivos: Demostrar que la estimulación definitiva no selectiva del H-P (ENSHP) realizada en el septum IV alto, por debajo del plano valvular pulmonar, captura por vecindad el H-P cual sucede en el WPW y genera una estimulación fisiológica.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos 152 p consecutivos en un registro retrospectivo con estimulación VD definitiva por bradiarritmias. En 54 p el implante fue en la región del ápex del VD, en 66 se usó la región para-hisiana, y en en 17 p el implante fue realizado en región medioseptal (MdSp). Se incluyeron 15 p control con preexcitación anterógrada por WPW medio-septal, quienes no recibieron ningún implante, y sus ECG fueron analizados antes y después de la ablación del Kent. En todos se realizó un ECG de 12 derivaciones y se midió la sincronía cardíaca analizando las derivaciones DII y V6 septum intraventricular derecho y la pared lateral del ventrículo izquierdo (sistema Synchromax®) analizando la dirección, magnitud, y coincidencia espacial de la activación eléctrica de esas derivaciones, por correlación cruzada de la varianza y la elaboración de un índice de sincronía (ISE) cuyos valore normal es < 0,40, entre 0,40 y 0,70 disincronía moderada y › de 0.70 disincronía severa. En todos ellos se midió el intervalo entre máximo voltaje de R en las derivaciones DII y V6 y el fin del QRS, (Rmx-finQRS) correspondiente a la segunda mitad del QRS. En los p implantados con marcapasos, el Rmx-finQRS, fue comparado en estado basal y con la estimulación ventricular. En los pacientes con WPW el mismo intervalo fue medido antes y después de la ablación.

Resultados: La ENSHP en los p con QRS normal pre implante, el intervalo Rmax-fin QRS se mantiene igual luego de la estimulación definitiva, 50 ±12 a 50 ±18, igual que en los p con WPW antes y después de la ablación debido a la captura del H-P, conservando un excelente indice de sincronía. Lo contrario sucede con otro tipo de estimulación del VD donde el Rmax-finQRS se alarga sistemáticamente, 51 ±16 a 81 ± 15 por la conducción muscular del estímulo, por fuera del sistema HP.. El comportamiento del Rmax-finQRS en los diferentes sitios de estimulación pueden verse en la tabla.

Conclusiones: 1) La ENSHP produce una captura del HP demostrado por conservar en los pacientes con QRS normal, el mismo intervalo Rmax-finQRS que al estado basal siendo equiparable al WPW para hisiano. 2) la ENSHP es capaz de acortar la segunda mitad del QRS en los pacientes con BCRI o D demostrando así que la captura del HP corrige el trastorno de conducción generando una genuina resincronización eléctrica 3) la estimulación MdSp y apexiana es siempre desincronizante.

0377 . PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LAS PRUEBAS ERGOMETRICAS GRADUADAS DE PACIENTES OCTOGENARIOS

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Maximiliano BARRAZA | Sol SUSHEK | Mariela LEONARDI | Daniel Jose IGLESIAS | Daniel CHIRINO NAVARTA | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Hospital Cesar Milstein

Introducción: El envejecimiento poblacional se puede considerar un reflejo del buen funcionamiento de las políticas de salud pública y desarrollo socioeconómico, pero así también un reto para la sociedad, ya que debe adaptarse a ello para

mejorar la salud y la capacidad funcional de los adultos mayores. La prueba ergométrica graduada (PEG) es uno de los métodos más utilizados en la evaluación de riesgo y de la capacidad funcional ya que es relativamente sencillo, reproducible y de menor costo para que el rendimiento diagnóstico sea óptimo, la PEG debe ser máxima y suficiente, lo que muchas veces no se logra. Igualmente, la limitación de la capacidad funcional de por sí, es un factor de peor pronóstico, independientemente si la prueba es suficiente o no. La evaluación del riesgo y de la capacidad funcional (CF) en pacientes octogenarios es un desafío creciente. Si bien este grupo etario presenta mayores limitaciones a la actividad física que los menores, muchas veces esta capacidad es subestimada por los profesionales a la hora de solicitar estudios de valoración de CF. La utilidad de la PEG en octogenarios ha sido poco estudiada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de los diferentes factores de riesgo y los resultados obtenidos en las PEG de pacientes octogenarios versus menores de 80 años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y comparativo de corte transversal. La población bajo estudio estuvo integrada por pacientes adultos mayores que realizaron una PEG en el servicio de Cardiología del Hospital Cesar Milstein durante el período de abril de 2021 hasta abril 2022, en los que se evaluó los registros de dichas pruebas ergométricas, realizándose comparaciones entre la población de octogenaria y no octogenaria, comprendida por adultos de entre 65 y 79 años. Previo al desarrollo del estudio se solicitó autorización a las autoridades del servicio de Cardiología del Hospital Cesar Milstein, explicándoles que la recolección de datos se realizó en forma individual y confidencial, extrayendo los datos necesarios del registro de PEG a través de una tabla de doble entrada. Durante la recolección estuvo presente una autoridad de la institución.

Resultados: Se incluyeron 497 pacientes en los que se realizó PEG, de los cuales 103 fueron octogenarios. El grupo de octogenarios presentó mayor antecedente de hipertensión arterial (61% vs 46%, p<0.001) y dislipidemia (48% vs 38%, p=0.04) sin diferencias en el resto. Respecto de los resultados de la PEG, en el grupo octogenario la CF fue de 5.1 +/- 1.9 METS y en el grupo de menores fue de 7.0 +/- 3.8 METS, p<0.001. Sin embargo no hubo diferencias en el doble producto alcanzado (19864 +/- 4150 vs 19663 +/- 4340, p=NS) ni en la Frecuencia cardíaca (FC) máxima para la edad alcanzada (85 +/- 8 vs 86 +/- 12, p=NS). EL 64% de los octogenarios superaron el 85% de la FC máxima para la edad, sin diferencias con el grupo de menores (65%). Respecto al resultado de la PEG, no hubo diferencia en la presencia de infradesnivel del ST (4% vs 3.8%, p=NS), mientras que el grupo octogenarios presentó mayor tasa de arritmias que los menores (10 % vs 5.2%, p=0.04).Ningún paciente presentó eventos adversos ni complicaciones peri procedimiento.

Conclusiones: Los pacientes octogenarios presentaron mayor hipertensión arterial y dislipidemia que los menores. Si bien, como era esperable, presentaron menor CF que los menores, no hubo diferencias en alcanzar un PEG suficiente ni en la detección de isquemia. Los pacientes octogenarios presentaron más arritmias. La PEG en octogenarios es segura y presenta similar utilidad que los pacientes menores de 80 años.

0379. IMPACTO DEL USO DE AMBAS ARTERIAS MAMARIAS EN SOBREVIDA ALEJADA ENTRE PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA GRAVE PREOPERATORIA

Cardiopatía Isquémica / Cirugía Cardiovascular

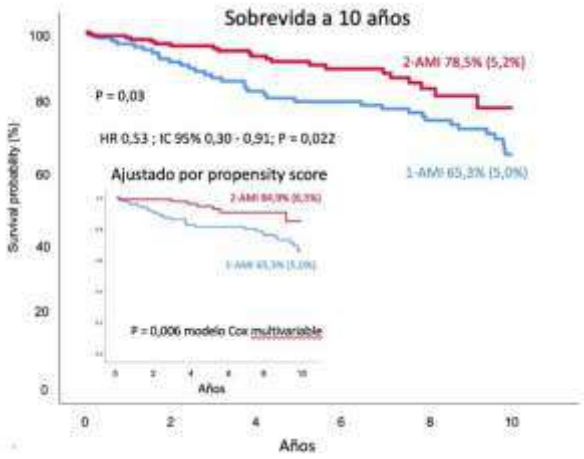
Juan Carlos ESPINOZA | Juan Mariano VRANCIC | Fernando PICCININI | Guillermo VERNA HERLEIN | Martin PAIRONE | Daniel NAVIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Objetivos: Evaluar el impacto sobre la mortalidad a corto y largo plazo del injerto arterial total sin circulación extracorpórea en pacientes con disfunción grave del VI.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2000-2015 de un solo centro. Se incluyeron pacientes con CRM electiva aislada y disfunción preoperatoria grave del VI (fracción de eyección <35%). Se excluyeron los sometidos a cirugía valvular concomitante u otra cirugía mayor. La estratificación se realizó de acuerdo con el número de arterias mamarias internas (AMI) utilizadas en el Grupo 2-IMA y el Grupo 1-IMA + otro conducto (vena, radial). Se evaluaron los resultados tempranos, incluida la muerte intrahospitalaria, la infección esternal de la herida profunda (mediastinitis), el accidente cerebrovascular, la ventilación mecánica prolongada (>48h), la diálisis posoperatoria y el infarto de miocardio (IAM). Se realizó un análisis de tiempo-evento evaluando la supervivencia a 10 años utilizando tablas de supervivencia y curvas de Kaplan-Meier. Se ajustó un modelo de regresión de Cox multivariable y se usó para identificar predictores independientes para supervivencia a 10 años. La muestra emparejada por puntaje de propensión se obtuvo en una proporción de 1:1 utilizando un modelo de regresión logística para ajustar los cofundadores.

Resultados: De un total de 4.687 pacientes que se sometieron a CRM aislada en el período de estudio, 340 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Se estratificaron en Grupo 2-AMI (n=210) y Grupo 1-AMI (n=130). La técnica sin bomba se utilizó en todos los pacientes del Grupo 2-AMI y en el 68% del Grupo 1-AMI. Hubo un beneficio significativo en la mortalidad hospitalaria a favor del Grupo BITA (0,5 % frente a 3,1 %, p=0,011); mientras que no hubo diferencia significativa en ventilación mecánica prolongada (1,0% vs 3,1%, p=0,148), ni en diálisis postoperatoria (1,0% vs 1,5%, p=0,638), ni en IAM postoperatorio (0,5% vs 0,8%, p=0,731)), ni en ACV (0,5% vs 0,8%, p=0,731), ni en mediastinitis (1,0% vs 1,5%, p=0,626). Hubo un beneficio significativo en la supervivencia a los 10 años a favor del grupo BITA (78,5 % +/- 5,2 % frente a 65,3 % +/- 5,0, p log rank = 0,03). En la muestra emparejada por puntaje de propensión (n = 210) se obtuvo un beneficio en la supervivencia a favor del grupo 2-AMI (84,9 % +/- 6,5 % frente a 65,7 % +/- 5,6 %, p 0,006). El modelo de regresión de Cox Multivariable identificó al uso de ambas arterias como factor protector independiente (HR 0,529, 95% IC 0,30-0,91, p = 0,022).



Conclusiones: En el presente estudio, se observó que el uso de ambas arterias mamarias internas fue un factor distintivo que redujo la mortalidad tardía entre los pacientes con disfunción preoperatoria grave del ventrículo izquierdo.

0380. ¿ES LA OBESIDAD UN FACTOR DE RIESGO PARA PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA CIRUGÍA CARDÍACA?

Cardiología Clínica / Cirugía Cardiovascular

Juan Carlos ESPINOZA | Fernando PICCININI | Juan Mariano VRANCIC | Leandro CAGNONE | Marcia GORINA | Daniel NAVIA

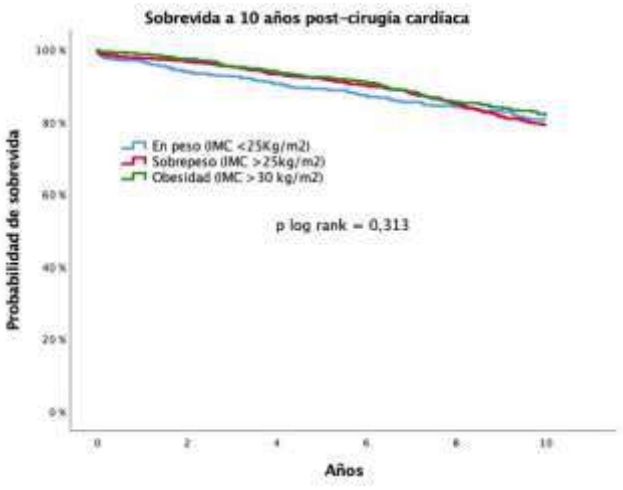
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La obesidad es una epidemia mundial en aumento que afecta a más del 10 % de la población adulta mundial y que puede complicar la anestesia y la cirugía con eventos letales y no letales. A pesar de que la obesidad es un factor de riesgo importante para desarrollar mediastinitis luego de una cirugía cardiaca, su asociación con mortalidad a corto y largo plazo no es tan clara. De hecho, las puntuaciones (scores) de riesgo actuales europeas (EuroSCORE II) ni norteamericanas (STS) interrogan directamente sobre la obesidad o el índice de masa corporal. Asumir que la obesidad aumenta el riesgo de muerte luego de una cirugía cardiaca cuando realmente no existe dicha asociación implicaría incurrir en un error tipo II. Es por este motivo que el objetivo del presente trabajo es la de evaluar si existe una asociación entre el índice de masa corporal y mortalidad alejada en pacientes sometidos a una cirugía cardiaca.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el índice de masa corporal y mortalidad alejada en pacientes sometidos a una cirugía cardiaca

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional comparativo ajustado por riesgo durante el periodo 2001 y 2018 (n=4083). Se utilizó el índice de masa corporal (IMC) para estratificarlos según: En peso (>18,5 y <25kg/m2), sobrepeso (>= 25Kg/m2) y obesidad (>= 30Kg/m2). El punto final primario fue mortalidad (cualquier causa) a 10 años. Secundariamente se evaluaron los resultados tempranos, incluida la muerte intrahospitalaria, la infección esternal de la herida profunda (mediastinitis), el accidente cerebrovascular, la ventilación mecánica prolongada (>48h), la diálisis posoperatoria y el infarto de miocardio (IAM). Para ajustar por el riesgo basal, se realizaron 2 técnicas estadísticas: propensity score matching (n=2272), regresión proporcional multivariada de Cox. Las curvas de sobrevida libre de eventos se construyeron con el método de Kaplan-Meier. Las diferencias en las curvas tiempo-evento entre ambos grupos se analizaron mediante log rank test y Cox estratificado multivariado en la muestra apareada. Se usó valor p <0,05.

Resultados: No se observó una diferencia estadísticamente significativa en sobrevida a 10 años (En peso vs Sobrepeso vs Obesidad: 80,0% +/- 1,8 vs 79,1% +/- 1,3 vs 81,9 +/- 1,6, p log rank = 0,313), incluso luego de ajustar por confundidores según score de propensión (No Obesos vs Obesos: 79.2% +/- 1.7 vs 81.9 % +/- 1.6, p=0.218 univariado y p=0.361 Cox estratificado multivariado). El modelo de regresión proporcional de Cox no identificó ni al sobrepeso (HR 0,94; IC 95%: 0,75 – 1,12) ni a la obesidad (HR 0,823; IC 95%: 0,63 – 1,07; p=0,148) como determinantes de sobrevida a 10 años. Tampoco se observó una



diferencia estadísticamente significativa en mortalidad hospitalaria entre los grupos (En peso vs Sobrepeso vs Obesidad: 2,8% vs 1,8% vs 1,4%; p=0,065); mientras que si hubo diferencia significativa en mediastinitis en perjucio de los obesos (1,2% vs 1,2% vs 2,6%, p=0,009). El análisis multivariado a 30 días identifico a la obesidad como predictor independiente de mediastinitis (OR 2,1; IC95% 1,0 – 4,3; p = 0,046) y no así el sobrepeso (OR 0,95; IC95% 0,45 – 2,0; p = 0,896).

Conclusiones: La obesidad preoperatoria se asocia a mayor riesgo de mediastinitis con similar riesgo de muerte a corto plazo (30 días) como a largo plazo (10 años) con respecto a los pacientes sin obesidad.

0381. SISTEMA DE PUNTAJE PREDECIR MORTALIDAD POSTOPERATORIA LUEGO DE UN REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular

Juan Carlos ESPINOZA | Isaac BRISCO | Maximiliano VILLAGRA | Marcia CORTEZ | Juan Mariano VRANCIC | Fernando PICCININI | Daniel NAVIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Objetivos: Desarrollar y validar un sistema de puntuación (score) clínico para predecir óbitos luego del reemplazo valvular aortico.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de datos obtenidos de forma prospectiva durante un período de 15 años (2003-2017) de todos los pacientes sometidos a cirugía de reemplazo valvular aórtico asociada o no a revascularización coronaria (n = 2.441). Aleatoriamente la muestra se dividió en dos. El sistema de puntuación (Score) fue desarrollado en una sub-muestra de aproximadamente el 50% seleccionados al azar (Grupo Prueba, n = 1.207) y luego validada en el 50% restante de la muestra original (Grupo Validar, n = 1.234). Para seleccionar las variables a incluir en el sistema de puntuación, hemos ajustado un modelo de regresión logística paso a paso (forward stepwise) para óbito dentro de los primeros 30 días posoperatorios. Los predictores seleccionados fueron incluidos en el modelo luego de un análisis de resampleo x 1000 del Grupo Prueba (Bootstrap). La eficacia en la predicción se comparó mediante el área bajo la curva ROC (receiver operating characteristic).

Resultados: La mortalidad postoperatoria global en toda la muestra fue del 5,1%. La probabilidad predictiva resultante de fallecer luego de la cirugía estuvo comprendida entre un mínimo de 0,14% a un máximo de 99,52%. Las variables incluidas en el modelo predictivo final fueron: edad, talla, presencia de insuficiencia cardiaca, antecedente de cirugía cardiaca previa, y la disfunción ventricular izquierda. El área bajo la curva ROC en el Grupo Prueba fue 0.720 (IC 95% 0,652 - 0,788; p<0,001) y fue similar al del Grupo Validación 0,725 (IC 95% 0,657 - 0,794; p<0,001). Se estratifico en tercilos (riesgo bajo, intermedio, y alto) la probabilidad predictiva resultante para aumentar su utilidad clínica. La mortalidad a través de todos los niveles de riesgo fue 1,28% (0,55%-2,96%), 4,6% (IC95% 2,96%-7,07%), 9,9% (IC95% 7,37-13,23%) para riesgo bajo, intermedio y alto respectivamente. La mortalidad en cada nivel de puntuación del Grupo Validación estuvo comprendido dentro del intervalo de confianza del 95% del Grupo Prueba. Esto demuestra la validez del modelo predictivo en todos los niveles del sistema de puntuación.

Conclusiones: El presente estudio proporciona un sistema de puntuación clínica para predecir mortalidad posoperatoria luego de una cirugía de reemplazo valvular aórtico y lo valida en una población comparable, lo que puede ayudar a la planificación de futuras intervenciones.

0382. REEMPLAZO VALVULAR AORTICO DE LA NUEVA ERA, SIN SUTURAS.

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular

Martin PAIRONE | Juan Carlos ESPINOZA | Fernando PICCININI | Juan Mariano VRANCIC | Isaac BRISCO | Daniel NAVIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Las opciones de tratamiento para pacientes con enfermedad de la válvula aórtica se han ampliado en los últimos 20 años. El reemplazo valvular aórtico con prótesis sin sutura es una alternativa frente a pacientes añosos, con mayores comorbilidades y es una buena alternativa en la búsqueda de tratamientos menos invasivos. La prótesis Perceval S®. Se trata de una prótesis auto expandible sin sutura de pericardio bovino montada en un stent de nitinol.

Objetivos: Presentar la experiencia inicial en nuestro centro con el uso de prótesis Perceval S.

Materiales y Métodos: Entre noviembre de 2018- mayo de 2020 se implantaron en 23 pacientes la prótesis Perceval S en un unico centro de los cuales 9 fueron mujeres, 14 varones con una edad media de 78 años.

Resultados: Se realizó el reemplazo valvular aórtico aislado en 14 pacientes y, combinado con revascularización miocárdica en 9 pacientes. El abordaje minimamente invasivo fue más frecuente en el reemplazo valvular aislado (59%). Se implantaron 3 válvulas aorticas protésicas Perceval S talle S, 5 talle M, 8 talle L y 7 talle XL. Los tiempos de clampeo aórtico y de CEC en las sustituciones valvulares puras fueron de 46,3 min y 54.7 min, respectivamente y en los casos asociados a revascularización miocárdica fueron de 71.3 minutos y 93 minutos. La mayoria de los pacientes fueron extubados en el quirofano o bien dentro de las primeras 6 horas (69,5%). La estancia media en la unidad de recuperación cardiovascular fue de 2 días y la estadía total fue de 6 días. La mortalidad hospitalaria y dentro de los primeros 30 días de la cirugía fue del 0%. No se requirió re intervención por sangrado peri operatorio. Cuatro pacientes presentaron Insuficiencia renal aguda las primeras 72 hs, de ellos ninguno requirió diálisis. No se registraron Endocarditis protésicas al seguimiento Cuatro pacientes presentaron Fibrilación Auricular de > 48 hs. los cuales recibieron anticoagulación vía oral con posterior suspensión a los tres meses. A los 12 meses, el 90% de los pacientes estaban en clase funcional I/II de la NYHA. Un solo paciente presentó fuga peri protésica de grado moderado, el mismo paciente se encuentra en clase funcional II de la NYHA.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, el implante de la prótesis Perceval S ha demostrado ser seguro. Al acortar los tiempos quirúrgicos, se disminuyen las complicaciones de tiempos prolongados, especialmente en pacientes de riesgo intermedio y alto o en cirugías combinadas . El abordaje mínimamente invasivo parece estar facilitado. Se necesitan estudios más amplios para confirmar nuestros resultados y determinar la durabilidad a largo plazo.

0386. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO. 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Cardiología Crítica / Enfermedad Vascular Pulmonar

Nicolás Arturo TORRES | Emilia Macarena SPAINI | Guido GARCIA | Mateo IWANOWSKI | Jose BONORINO | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNÁNDEZ | Sergio BARATTA

Hospital Austral

Introducción: La población de pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) que fallece durante la internación, podría tener características clínicas propias y presentar puntajes de riesgo distintivos, sin embargo en nuestro medio la información es limitada.

Objetivos: Determinar en pacientes internados por TEP, la existencia de características clínicas propias y puntajes de riesgo asociados con mortalidad intrahospitalaria (MIH).

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes internados con TEP en un Hospital Universitario. Se evaluó la totalidad de los pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022. Se analizaron las características clínicas, puntajes de riesgo, uso de drogas vasoactivas, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y su asociación con mortalidad intrahospitalaria (MIH).

	NO MIH (N=360)	MIH (n=25)	P
EDAD	61,5	68,5	NS
FEM	182 (51%)	11 (44%)	NS
HTA	160(44%)	10 (40%)	NS
DBT	40 (11%)	5 (20%)	NS
EPOC	17 (5%)	3 (12%)	NS
TBQ	121(34%)	10 (40%)	NS
DLP	117 (33%)	9 (36%)	NS
TnTUS > 14	138 (38%)	16 (64%)	<0,05
TTO Anticoagulante	346(96%)	24 (96%)	NS
CANCER	134 (37%)	16 (64%)	0.01

Resultados: Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 385 con datos completos. Los pacientes fallecidos durante la internación respecto de los sobrevivientes, tuvieron mayor elevación de troponinas (64% vs. 38%; P<0.05) y más antecedentes de cáncer (64% vs. 37%; p=0.01). Tabla 1. Los pacientes que fallecieron respecto de los que sobrevivieron, tuvieron mayor requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y mayor uso de drogas vasoactivas (68% vs. 7%; p<0.01) y (76% vs. 7%; P<0.01), respectivamente. Respecto de los puntajes utilizados para estratificación de riesgo en pacientes fallecidos vs. sobrevivientes del TEP encontramos con mayor frecuencia valores de BOVA elevados (52% vs. 19%; p<0.01), índices de shock altos (32% vs. 9%; p<0.01), mayor frecuencia de puntajes ESC intermedio-altos o altos (56% vs. 17%, p<0.01) y un mayor porcentaje de puntajes de PESI intermedio a más (93% vs. 52%, p<0.01). No se encontraron diferencias en los puntajes FAST entre ambos grupos. (Tabla 2).

Conclusiones: La elevación de troponinas y el antecedente de cáncer se asociarían con mayor MIH en el TEP. También tendrían mayor MIH, los pacientes con puntajes de BOVA mayores de 4, un índice de shock mayor de 1, puntajes ESC intermedio-altos o altos y valores de PESI mayores de 86. La utilidad del puntaje de FAST para predecir MIH sería limitada en nuestro medio.

0387. GENÉTICA COMO PUNTO DE PARTIDA. PKP2 Y SU HETEROGENEIDAD DE PRESENTACIÓN.

Miocardiopatías / Investigación Básica

Fiama Giuliana CAIMI MARTINEZ | Rocio BLANCO | Tomas RIPOLL VERA

Hospital Universitario Son Llatzer- Palma de Mallorca- España

Introducción: El gen PKP2 se encuentra localizado en el cromosoma 12, está conformado por 14 exones y codifica la proteína Placofilina-2. Han sido descritas 927 variantes de PKP2 en las bases de datos públicas, siendo éste el gen más comúnmente asociado con miocardiopatía arritmogénica (MCA), y representa el 40 al 60% de las variantes en pacientes con genotipo positivo. La Placofilina-2 forma parte de los desmosomas, estructura especializada en unión intercelular y resistencia mecánica de la célula, fundamentalmente en aquellos tejidos expuestos al estiramiento y fricción, como miocardio y epitelio. Asimismo, se ve involucrada en el funcionamiento de canales de sodio y calcio, de modo que puede una variante causar arritmias potencialmente mortales inclusive en ausencia de afectación estructural.

Objetivos: Describir la prevalencia, expresión genotipo/fenotipo y pronóstico de las variantes en PKP2 asociadas a MCA.

Materiales y Métodos: Se realiza búsqueda sistemática en bases de datos médicas y genómicas acerca de la prevalencia, asociación genotipo/fenotipo de las variantes en gen PKP2, utilizando como motor de búsqueda de palabras clave “PKP2 y miocardiopatia arritmogénica”.

Resultados: La MCA es una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de arritmia ventricular grave, frecuentemente asociada al reemplazo fibrograso progresivo de los cardiomiocitos y con evolución tardía a insuficiencia cardiaca avanzada. Actualmente se registra como diagnostico clínico en el 4% al 7% de las muertes súbitas. A través de los criterios propuestos por Padua en los que diferencia fenotipo derecho/izquierdo y biventricular, conocemos que el sustrato genético difiere entre ambos subtipos. El gen PKP2 es responsable de 40-60% de las variantes identificadas en MCA de compromiso derecho. Se postula como posible mecanismo patogénico la haploinsuficiencia en variantes truncantes o deleciones, siendo mas infrecuente el hallazgo de variantes patogénicas de tipo missense. Si bien se ha determinado históricamente que el 60% de los portadores desarrollarán la enfermedad, la baja penetrancia demostrada en en las últimas publicaciones, puede implicar que la mera presencia de variantes truncantes es necesaria pero no suficiente y requiere de moduladores epigenéticos para su expresividad. En los pacientes portadores de variantes en PKP2 existe una gran heterogeneidad de presentación y la arritmia puede anticiparse al desarrollo de alteraciones estructurales, por lo que no es infrecuente el debut con episodios de arritmia ventricular grave o muerte súbita.

Conclusiones: El conocimiento de la variante causal del miocardiopatía arritmogénica es crucial para el mejor entendimiento fisiopatológico, seguimiento y pronostico de dichos pacientes. Si bien existen controversias acerca de las implicancias clínicas de dichas variantes, los pacientes con alteraciones patogénicas en PKP2 suelen tener un fenotipo arrítmico precoz y muchas veces independiente de la presencia de alteraciones estructurales detectadas por las técnicas de imagen habituales de análisis del ventrículo derecho.

0389. UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICUAR IMPELLA VS BCIA EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Intervencionista y Estructural

Tamara Daniela HAIQUEL | Macarena MUJICA GUTIERREZ | Kaytleen Miriam VARGAS SANABRIA | Maria Gabriela GUTHMANN | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON

Sanatorio Franchín

Introducción: El shock cardiogénico (SC) es una de las complicaciones más graves del infarto agudo de miocardio (IAM) y se presenta en aproximadamente el 7% de los IAM. A pesar de los avances en el tratamiento del mismo, la mortalidad del SC continúa siendo muy elevada. Además de la revascularización temprana, el tratamiento del SC incluye el soporte hemodinámico con inotrópicos, vasopresores y en casos refractarios se utilizan dispositivos como el Balón de Contrapulsación intraaórtico (BCIA) y los dispositivos de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). También se han desarrollado otros dispositivos de asistencia ventricular, uno de ellos es el Impella, el cual ofrece un apoyo hemodinámico al incrementar la perfusión coronaria y el gasto cardíaco a la vez que reduce el consumo miocárdico de oxígeno disminuyendo la tensión de la pared ventricular. La utilidad del Impella en el SC post IAM se encuentra en permanente revisión.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática y metaanálisis para evaluar la evidencia disponible sobre la mortalidad y las complicaciones del dispositivo Impella comparado con BCIA y ECMO en pacientes que presentaron con SC post IAM.

Materiales y Métodos: Se realizo una búsqueda en PubMed, MEDLINE, Cochrane Database, Google scholar y Scielo actualizada al 28 de febrero del 2022. Se incluyeron estudios observacionales y aleatorizados que compararon el dispositivo Impella versus BCIA y/o ECMO en pacientes con SC post IAM, que evaluaron los siguientes desenlaces: mortalidad dentro de los 30 días, eventos adversos relacionados al dispositivo y sangrado. La inclusión de los estudios fue realizada por dos revisores independientes.

Resultados: Se incluyeron 5 estudios que compararon Impella verus BCIA con 676 pacientes, 3 estudios aleatorizados y 2 observacionales. El Impella no tuvo impacto en la mortalidad a 30 días (OR 0.97 (IC95% 0.72-1.32), p=0.71; heterogeneidad p=0.39, I2= 3%). Tampoco se evidenció una reducción de mortalidad a 30 días en el subgrupo de estudios aleatorizados (OR 1.13 IIC95% 0.49 – 2.68), p=0.79, heterogeneidad p=0.53, I2=0%) ni en el subgrupo de estudios observacionales (OR 0.95 (IC95% 0.69 – 1.31), p=0.76; heterogeneidad p=0.09, I2=64%). El Impella se asoció a un incremento en las complicaciones (OR 2.47 (IC95% 1.42 – 4.29), p<0.001, heterogeneidad p=0.63, I2=0%). Respecto a la comparación de Impella versus ECMO, se incluyeron 3 estudios observacionales con 231 pacientes. El impella no se asoció a una reducción de mortalidad dentro de los 30 días (OR 1.09 (IC95% 0.63 – 1.89), p=0.76, heterogeneidad p=0.75, I2=0%), pero sí presentó menor tasa de complicaciones (OR 0.27 (IC95% 0.12- 0.60), p=0.001, heterogeneidad p=0.56,I2=0%)

Conclusiones: El dispositivo Impella comparado con BCIA no presentó una reducción de mortalidad y se asoció a un incremento de las complicaciones. Al comparar con el ECMO, el Impella no se asoció a reducción de mortalidad, aunque sí a una reducción significativa de las complicaciones.

0391. IMPLANTE DE STENT EN TRONCO CORONARIO IZQUIERDO. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN UN CENTRO DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Enfermedad Coronaria

Francisco Ramon SOMOZA ALVARENGA (1) | Juan Fernando TOLEDO MARTINEZ(2) | Ramses Daniel AMAYA HANDAL(2) | Francisco Somoza SOMOZA(3) | Josue Manuel PONCE(2)

American Heart Association (1); Actividad Clinica Privada (2); American College of Cardiology (3)

Introducción: La enfermedad del tronco coronario izquierdo es considerada como la manifestación con mayor mortalidad de la aterosclerosis coronaria, además de ser infrecuente en relación a otras enfermedades de vasos coronarios mostrando en angiografías realizadas en diversos estudios una incidencia de oclusión completa del 0.05% y del 3-5% de oclusión incompleta. Por lo tanto, el tratamiento quirúrgico y el seguimiento son desafiantes en la práctica en cardiología intervencionista debido a que se debe de actuar de manera inmediata ya que los índices de mortalidad y morbilidad aumentan exponencialmente en poco tiempo.

Objetivos: 1. Caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes con enfermedad coronaria de tronco coronario izquierdo 2.Describir la evolución clínica de los pacientes post implante de stent en tronco coronario izquierdo. 3.Exponer la eficacia de la Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea en el implante de stent en tronco coronario izquierdo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, tipo serie de casos. Se analizaron un total de 889 angiografías coronarias diagnósticas atendidas en un centro único de cardiología intervencionista en un periodo de tres años de seguimiento desde enero del 2019 a enero del 2022. Se analizaron una serie de nueve pacientes intervenidos quirúrgicamente por estenosis incompleta del TCI e Implante de stent en tronco coronario izquierdo que cumplieron los criterios d inclusión y exclusion.

Resultados: Durante los tres años de estudio, la institución realizó 889 angiografías coronarias diagnósticas, encontrándose nueve casos con oclusión en TCI. Se analizaron 9 casos de pacientes con síndrome coronario agudo con estenosis de TCI atendidos en un centro único de atención para cardiología intervencionista de dos años de seguimiento desde enero del 2019 a enero del 2022. La totalidad de casos presentaron estenosis del TCI (9/9), la mayoría localizada en la región distal del vaso (5/9), dos casos en la región proximal y los restantes dos en la región medial; todos los casos tenían entre 2-3 vasos afectados, siendo la arteria descendente anterior, arteria circunfleja, la arteria coronaria derecha y la arteria primera diagonal las más involucradas según orden de frecuencia Se dio seguimiento clínico postprocedimiento a los dos, cuatro y seis meses a los ocho casos. La totalidad de pacientes refirieron la abolición de los síntomas y signos que presentaron previo a la angioplastia con mejoramiento en la calidad de vida, reincorporación a actividades cotidianas y sin limitación de actividades físicas

Conclusiones: Implantar un stent como procedimiento de revascularización percutánea en el tronco coronario izquierdo conlleva buenos resultados terapéuticos. En la práctica de cardiología intervencionista este tipo de procedimiento conlleva un alto grado de mortalidad y morbilidad, para reducir estas posibilidades el pilar fundamental es establecer tempranamente el diagnóstico e intervenir hemodinamicamente de manera inmediata dado que el tiempo de intervención es fundamental para el éxito del procedimiento y por consecuente la disminución de la mortalidad.

0395. EL POSCONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO Y LA SOBREEXPRESIÓN DE TIORREDOXINA-1 RESTAURAN LA FUNCIÓN MITOCONDRIAL EN CORAZONES DE RATONES JÓVENES.

Cardiopatía Isquémica / Investigación Básica

Eugenia GODOY OLAZAR (1) | María Virginia PEREZ(1) | Tamara ZAOBORNYJ(2) | V. CASANOVA(1) | E. CICALE(1) | Agustina ALVES DE LIMA(1) | Ricardo Jorge GELPI(1) | Verónica Irene D ANNUNZIO(1)

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

Introducción: Tiorredoxina-1 (Trx1) mantiene el estado redox celular y su sobreexpresión disminuye el tamaño de infarto en injuria por isquemia y reperfusión (I/R). Aún así, no está claro el rol de Trx1 en el poscondicionamiento isquémico (PostC) en ratones jóvenes (J) y de edad media (EM) y su relación con la función mitocondrial.

Objetivos: Estudiar si Trx1 está implicada en el mecanismo de cardioprotección del PostC y puede restaurar la función mitocondrial y si la edad puede modificarla.

Materiales y Métodos: Se usaron corazones de ratones FVB wild type (Wt), transgénicos que sobreexpresan Trx1 y dominante negativo para Trx1 (DN-Trx1) y fueron divididos en J (4 meses) y EM (12 meses). N=6 en cada grupo. Usando la técnica de Langendorff los corazones se sometieron a 2 protocolos: 30 min. de isquemia y 120 min. de reperfusión (grupo I/R) y 30 min. de isquemia seguidos de 6 ciclos de R/I, de 15 y 10 seg. al inicio de los 120 min. de reperfusion (grupo PostC). Se evaluó el tamaño de infarto con TTC. Las áreas infartadas se midieron con planimetría computarizada (Image Pro Plus). Se midió la función mitocondrial polarográficamente con un electrodo tipo Clark a 30°C, pH=7,4 y [O2]= 220 µm. El estado 4 se evaluó en presencia de succinato 8 mM y el estado 3 con adición de ADP 0,5 mM.

Resultados: Anteriormente mostramos que Trx1 está involucrada en la cardioprotección conferida por PostC en J, pero en EM la cardioprotección se abolió en grupos con PostC. Hubo falta de fosforilación de proteínas de supervivencia celular (Akt y GSK3ß), cambios en la expresión y actividad de Trx1 y la producción de H2O2 y la nitración de proteínas aumentaron en EM. Recientemente realizamos los mismos grupos y no observamos cambios en el consumo de oxígeno del estado 4 en EM ni en J. En los J el consumo de oxígeno del estado 3 fue menor en el grupo Wt-I/R que en el Wt-Nx (Wt-Nx: 137±6 vs. Wt-I/R: 97±14) y en el Wt-PostC el valor tendió a recuperar valores normóxicos (127±11). No aparecieron diferencias entre los grupos Trx1 (Trx1-Nx: 125±9; Trx1-I/R: 127±11 y Trx1-PostC: 122±15). DN-I/R (117±9) y DN-PostC (113 ±9) tuvieron una disminución en comparación con DN-Nx (135±10). En los EM, el consumo de oxígeno en el estado 3 fue menor en los

grupos Wt-I/R y Wt-PostC que en el Wt-Nx (Wt -Nx: 148±6 vs Wt-I/R: 120±10 y Wt-PostC: 106±8). No se evidenciaron diferencias entre los grupos Trx1 y lo mismo se observó en los DN-Trx1. Además en los J el control respiratorio (CR) fue significativamente menor en el grupo Wt-I/R que en el Wt-Nx (Wt-Nx: 6 vs. Wt-I/R: 4,5) y en el Wt-PostC el valor tendió a recuperar valores normóxicos (5,4). No aparecieron diferencias entre los Trx1 (Trx1-Nx: 6,6; Trx1-I/R: 6 y Trx1-PostC: 5,6) y DN-I/R (5,3) y DN-PostC (5,3) tuvieron una disminución en el consumo de oxígeno en comparación con DN-Nx (6,4). En los EM el CR fue menor en Wt-I/R y Wt-PostC que en el Wt-Nx (Wt -Nx: 5,5 vs Wt-I/R: 4,8 y Wt-PostC: 4,6). Lo mismo se observó entre los DN-Trx1 (DN -Nx: 6,1 vs DN-I/R: 5 y DN-PostC: 5,3) mientras que no se evidenciaron diferencias entre los Trx1.

Conclusiones: La cardioprotección conferida por PostC y mediada por Trx1 restauran la función mitocondrial en J pero es abolida en los EM, y ambas intervenciones no lograron revertir los cambios manifestados en EM.

0396. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL. DATOS DE UN REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN QUE CONCURRE A UN HOSPITAL PÚBLICO.

Hipertensión Arterial / Corazón y Mujer

Lucia HELGUERA | Jessica VOLPATO | Judith Miriam ZILBERMAN | Agustin Leonel PADULA | Bernarda VIANA | Lorena Vanina PUGLIESE | Victor Fabián CONTRERAS | Juan GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable para la morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV), que afecta a casi a la mitad de los adultos. El conocimiento y el control de la presión arterial (PA) también son diferentes en ambos sexos y varían a lo largo de la vida. La HTA afecta al 25%-30% de las mujeres en general, además los valores de PA incrementan tras la menopausia, superando las cifras del hombre. En general las mujeres están subrepresentadas en ensayos clínicos, por lo tanto, los beneficios de los resultados clínicos y los perfiles de seguridad del tratamiento antihipertensivo se han estudiado menos en las mujeres. La HTA es frecuente en los hombres que en las mujeres, sin embargo, la incidencia de HTA y enfermedad cardiovascular (ECV) es más elevada en las mujeres, particularmente tras la menopausia período en el que aparecen las complicaciones por los cambios hormonales y los procesos de envejecimiento.

	Mujeres		Hombres		p
	n	%	n	%	
N	3107	69.1	1392	30.9	
Edad	52.5 ± 16.5		54.6 ± 16.6		<0.0001
DBT	445	14.3	249	17.9	0.002
Dislipemia	802	25.8	347	24.9	0.52
TBQ	449	14.5	256	18.4	<0.001
Ex-TBQ	388	12.5	323	23.2	<0.0001
Promedio PAS (mmHg)	127.7 ± 20.3		136.0 ± 19.7		<0.0001
Promedio PAD (mmHg)	80.3 ± 11.8		85.6 ± 15.2		<0.0001
Promedio FC (lpm)	76,8 ± 12,5		71.1 ± 12.7		<0.0001
IMC (kg/m2)	28.4 ± 6.2		28.8 ± 5.3		0.26
HTA Total	1705	54.9	960	68.9	<0.0001
HTA Conocida	1355	43.6	681	48.9	<0.01
Tratados	1243	40.1	635	45.8	<0.001
No Conocidos	335	10.8	273	19.6	<0.0001
Controlados	645	51.9	269	42.4	<0.0001

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue analizar las diferencias de género en los registros de presión arterial obtenidos en una población que concurre al hospital.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros de PA de la campaña concientización de HTA de la SAHA "Conoce y Controla tu presión arterial", realizada en los años 2017, 2018, 2019 y 2021. Se definió HTA a la presión arterial sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) mayor o igual a 140 y/o 90 mmHg o si el paciente estaba con medicación antihipertensiva. Se registraron 2 tomas de presión arterial con el paciente sentado y con una diferencia 1 minuto entre ambos registros. Las variables discretas se presentan como número y %, las continuas como media y DS o mediana e intervalo intercuartil (IIC) según corresponda. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 4499 individuos de los cuales 3107 (69,1%) eran mujeres. La edad promedio de la población fue 53,2 ± 16,6 años y la prevalencia de HTA 59,2%. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de hipercolesterolemia, menos diabetes y tabaquismo con significativamente menores valores de PAS y PAD respecto de los hombres. La prevalencia de HTA fue menor en las mujeres, así como el porcentaje de pacientes tratadas. Sin embargo, el control de la PA fue significativamente mayor en mujeres (tabla 1).

Conclusiones: Nuestra población demostró mayor prevalencia de HTA en mujeres, en comparación de lo observado a nivel mundial, esto podría deberse a la población estudiada y a su amplio rango etario. Otro de los datos a destacar fue la menor prevalencia de tabaquismo (TBQ) en la población femenina, asociado a un mayor número de pacientes controladas con tratamiento médico, ambos datos podrían estar relacionados con un mayor conocimiento de enfermedad y mayor

cercanía al sistema de salud. No contamos con datos para discriminar entre las distintas causas de HTA, tiempo de evolución y tratamientos recibidos por lo que sería interesante realizar su análisis posterior. La concientización de la enfermedad CV e HTA a temprana edad en la mujer es un reto de la actualidad.

0398. UTILIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA FÁRMACOINVASIVA EN ARGENTINA, ANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-IAM ST

Cardiopatía Isquémica / Sindrome Coronario Agudo

Mauro ROSSI PRAT (1) | Heraldo D' IMPERIO(2) | Adrian CHARASK(1) | Juan GAGLIARDI(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | César Rodrigo ZONI(3) | Alejandro MEIRIÑO(3) | Carlos Daniel TAJER(1)

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

Introducción: La angioplastia primaria (ATCp) es el tratamiento de elección en la atención del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Sin embargo, en un país de tanta extensión territorial la estrategia fármacoinvasiva (FINV) resulta ser una muy buena opción, realizando tratamiento fibrinolítico (FL) seguido de angioplastia (ATC) en las primeras 24 horas de comenzado los síntomas en el grupo de pacientes con criterios positivos de reperfusión.

Objetivos: Explorar las características de la población que recibe estrategia FINV en comparación con los FL y con los que reciben ATCp y evaluar la eficacia y seguridad de estas estrategias en el grupo de IAM de alto riesgo propuesto por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC).

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de los casos ingresados en el registro continuo ARGEN IAM-ST. Se excluyeron los pacientes no reperfundidos y con ATC de rescate, y se analizó los grupos de FINV, FL con criterios positivos de reperfusión y ATCp. En segunda instancia se analizó el subgrupo con IAM considerado de alto riesgo (Uno o más de los siguientes: IAM extenso, BCRI, IAM de VD, TA <=100 mmHg, FC >=100 lpm, KK >= 2, IAM previo, FEY <=35%) pasible de estrategia FINV según el consenso de la SAC.

Resultados: Se analizaron 4788 pacientes con IAMCEST, de los cuales 4240 pacientes (88.5%) se realizaron ATCp, 405 pacientes (8.45%) trombolíticos con reperfusión positiva y 143 pacientes (2.98%) FINV. La edad en los grupos fue en FINV 58 ±11 años, FL 58 ±10 y el grupo ATCp 61 ±12 años, (p= 0,001), hubo mayor proporción de sexo masculino en el grupo FINV con 73%, 55% en grupo FL y 65% en el grupo ATCp, (p= <0,001). La hipertensión arterial fue de 52% en el grupo FINV, en el grupo FL 57% y en la ATCp 58%, (p= 0,007), la diabetes fue en FINV 20%, en FL 17% y en ATCp 23% (p= 0,002). Hubo antecedentes de ATC previa en un 33% del grupo FINV, en el grupo FL un 19% y en ATCp un 29% (p= 0,017). Respecto a la proporción de pacientes que pudieron ser derivados, en el grupo FINV fueron 76%, en el grupo FL 56% y en la ATCp un 38% (p= <0,001). En cuanto al tiempo total de isquemia, se evidenció un tiempo menor en aquellos pacientes que recibieron trombolíticos (165 min – RIC 100-269) y que fueron a FINV (191 min – RIC 100-330) respecto a aquellos que fueron a angioplastia primaria (mediana 280 min, RIC 179-520). Sin embargo, no existieron diferencias en cuanto a mortalidad, siendo para el grupo FINV de 4,9%, 5,2% para el grupo FL y para el grupo ATCp de 7,8% (p= 0,081). Con respecto al sangrado mayor se observó una incidencia del 1% en el grupo FINV, 1,5% en FL y 1% en el grupo de ATC. (p= 0,45). Analizando el subgrupo de pacientes de alto riesgo, se observó que un 57% de los pacientes trombolizados con criterios positivos cumplían características de alto riesgo y no recibieron estrategia fármacoinvasiva acorde a lo recomendado. La mortalidad de los pacientes de alto riesgo no tuvo diferencias significativas respecto a si recibieron angioplastia primaria, trombolíticos, o angioplastia farmacoinvasiva (p: 0.126).

Conclusiones: Solo 3 de cada 100 pts. que se reperfunden reciben estrategia farmacoinvasiva. Su implementación no está ligada en forma sistemática a pacientes de alto riesgo, dado que más de la mitad de los pacientes que recibieron FL no fueron a tratamiento farmacoinvasivo pese a haber sido derivado a otras instituciones y a pertenecer al grupo de alto riesgo. Pese a esta subutilización, al presentar un menor tiempo total de isquemia que la angioplastia primaria, persiste como una opción a considerar en nuestra realidad, sin un aumento en los sangrados clínicamente relevantes.

0399. ANGIOPLASTIA FARMACOMECÁNICA CON TROMBECTOMÍA DEDICADA VS DISPOSITIVOS MANUALES.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Enfermedad Venosa

Sofia KRAUSE | Juan Manuel TELAYNA (H) | María Esther ARIS CANCELA | Paulo COLIMODIO | Juan Manuel TELAYNA | Ricardo Andrés COSTANTINI

Hospital Universitario Austral

Introducción: La trombosis remanente posintervención farmacomecánica es uno de los mayores determinantes de síndrome post trombótico.

RESULTADOS	Trombectomia dedicada Grupo A n=41		Trombectomia no dedicada n=19		p
	n	%	n	%	
Éxito técnico	41	100.0	18	94.7	0.11
Retrombosis	4	9.8	3	15.8	0.66
TEP post procedimiento	0	0.0	0	0.0	
Sangrado	2	4.9	0	0.0	1
Mortalidad intrahospitalaria relacionada con el procedimiento	0	0.0	0	0.0	
Longitud promedio de Stent (mm)	83.56 ± 25.04		81.85 ± 24.61		0.808
Re intervención temprana	3	7.3	2	10.5	0.64
Contraste	235.23 ± 72.27		214.15 ± 101.78		0.961
Tiempo de radioscopia	37.2 ± 23.96		33.57 ± 9.48		0.528
Seguimiento	20.36 ± 17.82		40.56± 38.51		0.007
Presencia de síntomas de SPT	1	2.4	1	5.3	0.536
Score de Villalta					
Leve	1	2.4	0	0.0	1
Moderado	0	0.0	1	5.3	0.31
Severo	0	0.0	0	0.0	-

Objetivos: Analizar los resultados clínicos y del procedimiento de pacientes con trombosis venosa profunda de miembros inferiores comparando sistemas de trombectomia mecánica vs manual.

Materiales y Métodos: Desde marzo de 2008 a abril de 2022 se realizaron 150 intervenciones en territorio venoso de las cuales 60 fueron angioplastias con tromboaspiración. Se excluyeron las intervenciones en otros territorios fuera de miembros inferiores, definiéndose dos grupos, definiendo al Grupo A n=41 pacientes que se realizaron tromboaspiración farmacomecánica con dispositivos dedicados y el Grupo B n=20 pacientes que se realizaron tromboaspiración manual.

Caracteristicas basales	Trombectomia dedicada Grupo A n=41		Trombectomia no decicada n=19		
	n	%	n	%	p
Edad	46.82 ± 20.44		39.1 ± 18.63		0.167
Sexo femenino	30	73.2	11	57.9	0.17
Cáncer	2	4.9	4	21.1	0.073
Lupus eritematoso sistémico	0	0.0	1	5.3	0.32
Osteofito	2	4.9	0	0.0	1
Reposo prolongado	8	19.5	5	26.3	0.73
Tabaquismo	20	48.8	3	15.8	0.03
Diagnóstico de TEP concomitante	20	48.8	7	36.8	0.55
Embarazo/Puerperio	5	12.2	0	0.0	0.16
Bajo terapia anticonceptiva	10	24.4	3	15.8	0.52
Presentación de la trombosis					
Aguda	34	82.9	16	84.2	1
Subaguda	7	17.1	3	15.8	1
Vasos comprometidos					
Vena cava inferior	5	12.2	6	31.6	0.08
Vena iliaca primitiva	36	87.8	15	78.9	0.44
Vena iliaca externa	30	73.2	6	31.6	0.0055
Vena Femoral Común	14	34.1	8	42.1	0.93
Vena femoral Superficial	9	22.0	6	31.6	0.52
Vena Poplitea	0	0.0	1	5.3	0.31
Síndrome de May-Thurner	23	56.1	5	26.3	0.061
Relacionados con el procedimiento					
Implante de Filtro de Vena Cava Inferior	35	85.4	16	84.2	0.78
Trombolisis con dispositivo Cleaner	1	2.4	0	0.0	1
Angiolet	23	56.1	0	0.0	-
Penumbra	18	43.9	0	0.0	-
Aspirex	1	2.4	0	0.0	-

Resultados: Las características basales son respectivamente para el Grupo A vs Grupo B n(%): edad media 46.8±20.4 vs 39.1±18.6 años; mujeres 30(73) vs 11(58); cáncer activo al momento del diagnóstico 2(5) vs 4(21); compresión mecánica por osteofito 2(5) vs 0; reposo prolongado 8(20) vs 8(32); tabaquismo 20(49) vs 5(20); tromboembolismo del pulmón concomitante 20(49) vs 10(40); embarazo o puerperio 5(12) vs 0; terapia anticonceptiva 10(24) vs 4(16). Presentación de TVP aguda 34(83) vs 22(88) y subagudos 7(17) vs 3(12). La trombosis afectó a vena cava inferior en 5(12) vs 6(24); vena ilíaca primitiva 36(87) vs 20(80); vena ilíaca externa 30(73) vs 11(44) p=0.005; vena femoral común 14(34) vs 11(44); vena femoral superficial 9(22) vs 13(52); vena poplítea 0 vs 1(5). Como condición anatómica presentaron Síndrome de May-Thurner 23(56) vs 5(26). Se realizó implante de filtro de vena cava inferior transitorio en 35(85) vs 16(84); se infundieron trombolíticos locales 40(97) vs 15(79) p=0.054. Se requirió tromboaspiración adicional en 9(22) vs 4 (21). El éxito técnico se obtuvo en 41(100) vs 18(95) de los casos, con retrombosis en 4(10) vs 3(16). Se presentó como evento adverso sangrado 2(5) vs 0; sin TEP post procedimiento ni mortalidad intrahospitalaria relacionada con el procedimiento. La longitud promedio de stents fue de 174.35 ± 25 vs 107 ± 89 p<0.001 con número de stents promedio de 1.76±1.08 vs 1.40±0.86. Tiempo de radioscopia de 37.2±23.96 vs 33.57±9.48. Seguimiento 20.36±17.82 vs 40.56±38.51. Presencia de Síndrome post trombótico 1(2) vs 1(5).

Conclusiones: Los resultados clínicos y del procedimiento de pacientes con trombosis venosa profunda de miembros inferiores con sistemas de trombectomía mecánica no evidenció diferencias frente a los pacientes con intervención manual. En los pacientes que se realizó trombectomía dedicada presentaron menor índice relativo de retrombosis si bien sin alcanzar significación estadística.

0401. EVALUACIÓN DEL APACHE-HF SCORE COMPARADO CON EL GWTG-HF EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca / Cardiología Clínica

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA (1) | Sol SUSHEK(2) | Kaytleen Miriam VARGAS SANABRIA(1) | Mariela LEONARDI(1) | Daniel IGLESIAS(2) | Claudio DIZEO(2) | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN(1)

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

Introducción: La internación por insuficiencia cardíaca (IC) descompensada es un acontecimiento bisagra en la evolución de la IC. La mortalidad intrahospitalaria continúa siendo elevada y no hay tratamiento en la IC aguda que haya demostrado reducir la mortalidad durante la internación. La evaluación pronóstica de los pacientes que se internan continúa siendo un desafío. El Get with the guidelines- heart failure (GWTG-HF) es puntaje de riesgo validado para predecir mortalidad que incluye la mayoría de las variables asociadas a peor evolución. Sin embargo, el calculo del mismo resulta complejo, lo que dificulta su uso rutinario al lado de la cama del paciente. Posteriormente, se ha desarrollado el APACHE-HF, una adaptación del clásico score de riesgo utilizado en cuidados intensivos, modificado para pacientes con IC aguda, con un sistema más fácil para su cálculo. Su utilidad comparada con el GWTG-HF ha sido poco estudiada.

	Mortalidad	Punto Combinado
APACHE-HF	OR: 1.99 (IC95% 1.44-2.77), P<0.001	OR. 1.33 (IC95% 1.08-1.64), P=0.008
GWTG-HF	OR 1.04 (IC95% 1.01-1.08), P=0.03	OR: 1.08 (IC95% 1.05-1.12), <0.001

Objetivos: El objetivo del presente estudio es comparar la utilidad del APACHE-HF comparada con el GWTG-HF en una población de pacientes con IC aguda

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva pacientes internados con diagnóstico de IC aguda en dos unidades coronarias. Se calcularon los scores GWTG-HF y APACHE-HF con los datos del ingreso. Se considero como punto primario la mortalidad intrahospitalaria y como punto secundario el combinado de mortalidad, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y de inotrópicos por más de 48 hs. Se realizó análisis multivariado por regresión logística, para evaluar la capacidad de discriminación de los scores se construyeron curvas ROC y se compararon mediante el test de Ji cuadrado. Se utilizó la prueba bondad de ajusta de hosmer-lemeshow para evaluar la calibración de los scores

Resultados: Se incluyeron 1137 pacientes con una edad de 66 ± 8 años, el 33% mujeres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4.3% (n=49) y el 10.5% de los pacientes presentaron el punto combinado (n=120). Ambos scores fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria y del punto combinado. Ver tabla Mortalidad, el GWTG-HF presentó un ABC de 0.73 y el APACHE-HF de 0.77 diferencia no significativa (p=0,32). Ambos scores presentaron una adecuada calibración para nuestra población (hosmer-lemenshow p=0.45 y 0.38; respectivamente) Punto combinado, el GWTG-HF presentó un ABC de 0.71 y el APACHE-HF de 0.70 (p=0.55). Ambos scores presentaron adecuada calibración (hosmer-lemenshow p=0.42 y 0.37; respectivamente)

Conclusiones: El APACHE-HF fue predictor independiente de mortalidad y del punto combinado, con una adecuada calibración para ambos. La capacidad de discriminación fue aceptable para mortalidad intrahospitalaria y modesta para el punto secundario, sin diferencias con el GWTG-HF.

0402 . REMODELADO ELÉCTRICO REVERSO EN PACIENTES VIVOS TRATADOS CON TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA

Arritmias y Electrofisiología / Insuficiencia Cardíaca

Joaquín VÁZQUEZ GONZÁLEZ | Federico FERRANDO | Soledad MURGUÍA SALGADO | Jose ICHAZO | Natalia ESCOBAR | Alejandro Nicolás CUESTA HOLGADO | Alvaro Alberto RIVARA CAPOCASALE | Diego FREIRE

Hospital de Clínicas de la Cuidad de Montevideo, Uruguay

Introducción: La terapia de resincronización cardíaca (TRC) se indica en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y FEVI<=35% con bloqueo completo de rama izquierda del His (BCRI). Habitualmente ellos presentan un remodelado cardíaco importante, con dilatación cavitaria y disincronía mecánica, asociados con un mal pronóstico. La TRC optimiza la función cardíaca y reduce las dimensiones cavitarias (remodelado reverso), mejora síntomas y reduce hospitalizaciones por IC y mortalidad. Para medir el impacto de la TRC usualmente se valoran marcadores estructurales de remodelado reverso, ya que su magnitud se relaciona directamente con menor mortalidad y hospitalizaciones. Pero además, la TRC ha

demostrado reducir la duración del tiempo de activación nativo (intrínseco). La cuantificación de este "remodelado eléctrico reverso" ha sido subutilizada para valorar la respuesta y, a la vez, su asociación con la respuesta clínico-estructural es controversial. Evaluamos el remodelado eléctrico como potencial parámetro de respuesta en pacientes vivos que recibieron TRC.

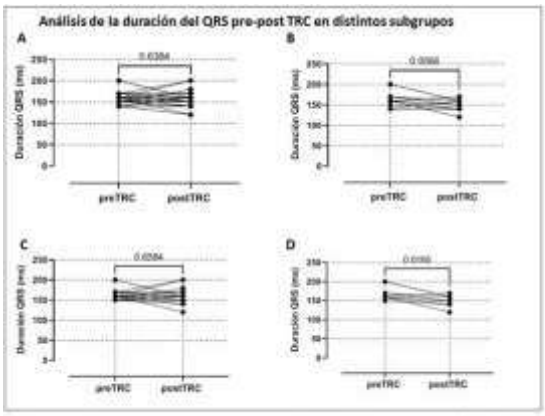


Figura 1. Se muestran las diferencias en el QRSi pre y post TRC en toda la población (A); en el subgrupo de mujeres (B); individuos que partían de un QRS≥150ms (C) y de mujeres que partían de un QRS≥150ms (D).

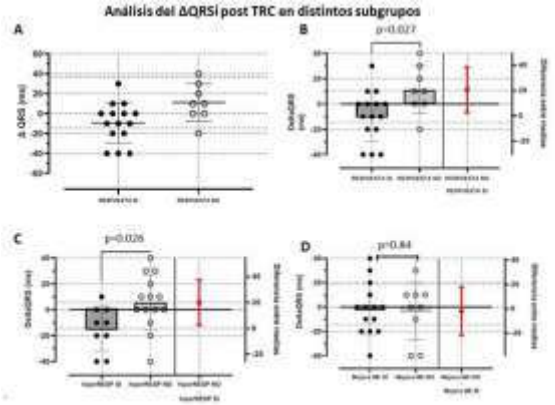


Figura 2. Se muestran gráficos del ΔQRSi por subgrupos. A y B: Respuesta clínico-estructural a la TRC (p=0.027); C: Hiper-respondedores (p=0.026); D: Mejoría de la insuficiencia mitral (p=0.84).

Objetivos: Analizar el remodelado eléctrico reverso intraventricular como parámetro de respuesta a la TRC en individuos vivos implantados hace más de 6 meses.

Materiales y Métodos: Estudio analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo, unicéntrico. Se reclutó una muestra de pacientes con IC crónica y BCRI, en clase funcional II-III, bajo terapia médica, tratados con TRC. Se excluyeron sujetos dependientes de marcapasos, en ritmo no sinusal o con bloqueo de rama derecha. Se obtuvieron datos clínicos, ECG, estructurales y funcionales preTRC. Transcurridos al menos 6 meses postTRC se obtuvo un ECG con estimulación desactivada (QRSi postTRC) y se realizó ETT, definiendo FEVI, diámetro diastólico y presencia y severidad de insuficiencia mitral. Segun criterios habituales se definió si presentaban respuesta clínica y/o estructural e híper-respuesta. El remodelado eléctrico se caracterizó mediante comparación pre-post TRC de duración del QRS y comparando la diferencia del QRS (deltaQRSi) entre respondedores y no respondedores clínico-estructurales y entre hiper-respondedores y no respondedores. En análisis de subgrupos se evaluaron variables asociadas con mayor remodelado eléctrico.

Resultados: Incluimos 23 pacientes, de 64±12 años, 12 mujeres (52%), 19 con cardiopatía no isquémica (88%). El tiempo desde el implante fue de 43±20 meses. Nueve (39%) presentaron al menos 10 ms de redución en la duración del QRSi. Teniendo en cuenta criterios estructurales y clínicos, 15 (65%) fueron "respondedores" y 9 (39%) "hiper-respondedores". Comprobamos un deltaQRSi de -9,3±20,7 ms en "respondedores", y de 11,3±18,9 ms en "no respondedores" (p=0,027), más acentuada en los "hiper-respondedores" (deltaQRSi: -14.44±17.40 ms, p=0,026). Se observó una tendencia a la disminución del QRSi en mujeres e individuos con QRS preTRC>=150 ms. Las mujeres con QRS>=150 ms preTRC exhibieron una disminución significativa del QRSi (p=0,0195). No se observó mayor remodelado eléctrico asociado a la mejoría funcional mitral (p=0,84).

Conclusiones: El remodelado eléctrico reverso postTRC se comprueba en 39% de los pacientes implantados más allá de 6 meses. Encontramos una relación significativa del deltaQRSi con la respuesta clínico-estructural, mayor en hiper-respondedores. Las mujeres, sobretodo con QRS nativo preTRC más ancho presentaron mayor remodelado eléctrico. La obtención de este parámetro es una medida rápida, de fácil acceso e interpretación en controles ambulatorios postTRC.

0404. GAMMAGRAFÍA CON TC99M-PIROFOSFATO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y SOSPECHA DE AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA

Miocardiopatías / Insuficiencia Cardíaca

Matias Ivan MARTINEZ | Ana Virginia FIGUEROA CÓRDOBA | Alejandro CONTRERAS | Oscar Alejandro SALOMONE | Matías Francisco MAYORAZ | Roberto CHAMALE

Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba

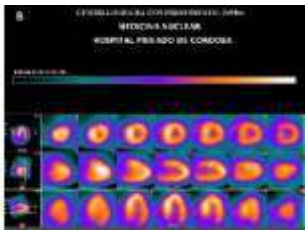
Introducción: La amiloidosis cardíaca es una miocardiopatía infiltrativa producida por el depósito de amiloide en el tejido cardíaco que provoca insuficiencia cardiaca, más frecuentemente con fracción de eyección preservada. Su prevalencia real en nuestra región es desconocida debido a la complejidad para llegar al diagnóstico. Actualmente la gammagrafía cardíaca con Tc99m-pirofosfato junto a la exclusión de gammapatías monoclonales en orina y plasma han sido validadas como una herramienta diagnóstica para amiloidosis cardiaca por transtiretina (ATTR).

TABLA 1. Características clínicas de los pacientes

	Todos	ATTR-	ATTR+	P
	29 (100%)	18 (62%)	11 (38%)	
Edad	77±10	76 ±9	79 ±11	0,42
Sexo masculino	22 (75%)	13 (72%)	9 (81%)	0,56
BMI	28 ±6	28 ±5	30 ±8	0,38
Clase Funcional				
I	10 (34%)	8 (44%)	2 (18%)	0,0007
II	9 (31%)	4 (22%)	5 (45%)	0,19
III	8 (28%)	5 (28%)	3 (27%)	0,98
IV	2 (7%)	1 (6%)	1 (9%)	0,72
Internaciones por ICC	16 (66%)	8 (44%)	8 (73%)	0,14
Comorbilidades				
HTA	25 (86%)	15 (83%)	11 (100%)	0,15
ERC	14 (48%)	8 (44%)	6 (54%)	0,60
DLP	17 (59%)	11 (61%)	6 (54%)	0,73
DM	5 (17%)	4 (22%)	1 (9%)	0,36
TBQ	9 (31%)	6 (33%)	3 (27%)	0,73
Enfermedad Coronaria	6 (54%)	4 (22%)	2 (18%)	0,79
Medicación				
IECA/ARA2	18 (62%)	11 (61%)	7 (64%)	0,89
Betabloqueantes	20 (69%)	13 (72%)	7 (64%)	0,63
Diuréticos de ASA	21 (72%)	11 (61%)	11 (100%)	0,02
Tiazidas	2 (7%)	2 (11%)	0	0,25
Antialdosterona	11 (38%)	7 (39%)	4 (36%)	0,89
ACO	15 (52%)	8 (44%)	7 (64%)	0,32
Muertes	8 (28%)	4 (22%)	4 (36%)	0,41

Objetivos: El objetivo primario de este estudio fue determinar la presencia de amiloidosis ATTR en pacientes con insuficiencia cardíaca y alta sospecha mediante la utilización de la gammagrafía cardíaca y los estudios de laboratorio. El objetivo secundario fue comparar las características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas entre pacientes con resultado positivo para amiloidosis por transtiretina (ATTR+) y aquellos con resultado negativo (ATTR-).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron los pacientes derivados para la realización de una gammagrafía con Tc99m-pirofosfato entre octubre de 2016 y 2020. Se excluyeron aquellos que no tenían seguimiento. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas. Para la adquisición e interpretación de imágenes se siguieron las recomendaciones de la ASNC. Las variables categóricas se expresaron como N (porcentaje) y las continuas como media ± desvío estándar. La comparación de los datos se realizó con Chi2 (variables categóricas) o test T (variables continuas), según corresponda. Una p <0,05 se consideró significativa.



Resultados: Se incluyeron en total 29 pacientes. Las características clínicas se resumen en la tabla 1. Según los resultados de la gammagrafía con Tc99m-Pirofosfato, 11 (38%) pacientes se consideraron positivos para amiloidosis cardíaca por ATTR (ATTR+) y 18 (62%) fueron considerados negativos (ATTR-). En el grupo ATTR+ hubo menos pacientes en clase funcional I (NYHA) [2 (18%) vs 8 (44%) respectivamente; p 0,0007]. Los diámetros del septum interventricular y de la pared posterior fueron mayores en el grupo ATTR+ (15 ±2 mm vs 12 ±3 mm; p 0,002 y 14,5 ±3 mm vs 11 ±2 mm; p 0,0005; respectivamente). Se observó un mayor uso de diuréticos de ASA en el grupo ATTR+ comparado con ATTR- [11 (100%) vs 11 (61%); p 0,02; respectivamente). En el grupo ATTR+ el 100% de los pacientes presentó captación de grado 3 y una relación H/CL promedio de 1,62 ±0,12. En el grupo ATTR- 4 pacientes (22%) presentaron una captación de grado 0 (nula) y 14 (78%) captación de grado 1 y la relación H/CL promedio fue de 1,10 ±0,11. En las imágenes tomográficas (SPECT) se observó que en el grupo ATTR+ el 91% de los pacientes presentó captación en el ventrículo derecho y el 100% presentó captación en el septum interventricular y el ápex del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: En nuestra serie de casos la amiloidosis por transtiretina (ATTR) fue diagnosticada en el 38% de pacientes con insuficiencia cardíaca y alta sospecha clínica. El estudio con pirofosfato permitió realizar el diagnostico con un protocolo sencillo, de bajo costo y sin efectos adversos.

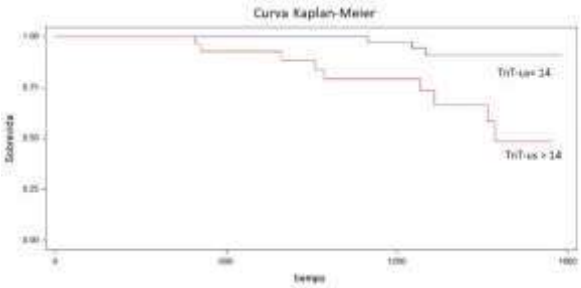
0406. MARCADORES DE PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS CON BLOQUEO DE RAMA DERECHA SIN OTRAS ALTERACIONES INICIALES.

Enfermedad de Chagas / Cardiología Clínica

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Kaytleen Miriam VARGAS SANABRIA | Mariela LEORNARDI | Verónica Inés VOLBERG | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON

Sanatorio Franchin

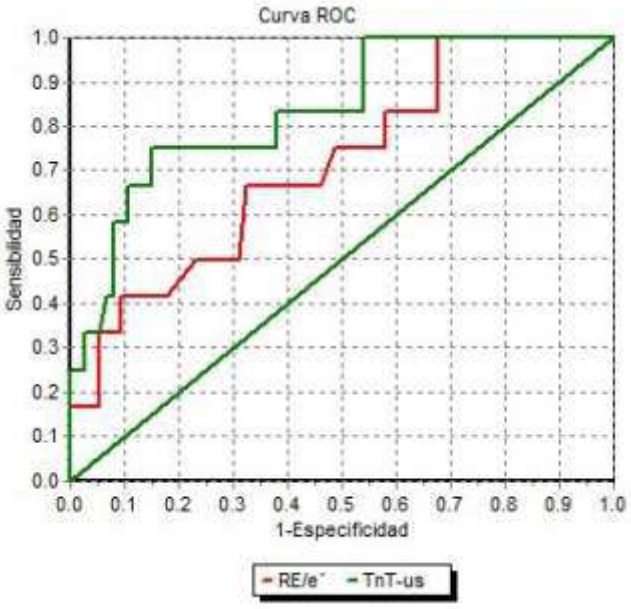
Introducción: El bloqueo de rama derecha es una de las alteraciones electrocardiográficas más frecuentes y tempranas en la enfermedad de chagas. La mayoría de los casos se presenta en forma aislada, sin otra evidencia de cardiopatía estructural. Estos pacientes, igualmente presentan mayor riesgo de progresión a formas graves cardiopatía estructural. La evaluación pronostica en este subgrupo de pacientes es un importante desafío



Objetivos: El objetivo del estudio es evaluar diferentes factores como predictores de eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad de Chagas y BRD aislado como manifestación

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de un registro prospectivo en un único centro de la Ciudad de Buenos aires. Se incluyeron pacientes con serología positiva para Chagas, BRD en el ECG y con ecocardiograma y holter de 24 horas dentro de parámetros normales. Se evaluaron parámetros clínicos, ecocardiográficos del Doppler tisular, la troponina T ultrasensible (TnT-us) y NT- pro pépido natriuético tipo B (NT-proBNP) basales. Durante el seguimiento se consideró el punto combinado de eventos cardiovasculares a aparición de deterioro de la función ventricular (fracción de eyección < 50% y/o caída > 10 puntos de la Fracción de eyección), dilatación del ventrículo iquierdo (diámetro diastólico > 60 en hombres o > 55 en mujeres), arritmia ventricular compleja o requerimiento de colocación de Marcapasos.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes con una edad de 50 ± 8 años, 35% mujeres. Con una mediana de seguimiento de 1450 (rango intercuartilo 520-1980) días, se evidenció el punto e eventos cardiovasculares en el 14% de los pacientes (n=14). En el análisis univariado, el área de aurícula izquierda, la relación E/e´ en el ecocardiograma basal, la TnT-us y el NT-proBNP se asociaron al punto combinado. Mientras que en el multivariado la relación E/e´ y la TnT-us fueron predictores independientes de eventos cardiovasculares (HR 1.14 (IC95% 1.09- 1.21), p=0.01 y HR 1.16 (IC95% 1,10-1,28) p<0.01; respectivamente). El área bajo la curva ROC fue significativamente mayor para la TnT-us que para la Relación E/e´ (0.84 versus 0.69, respectivamente, p=0.04).



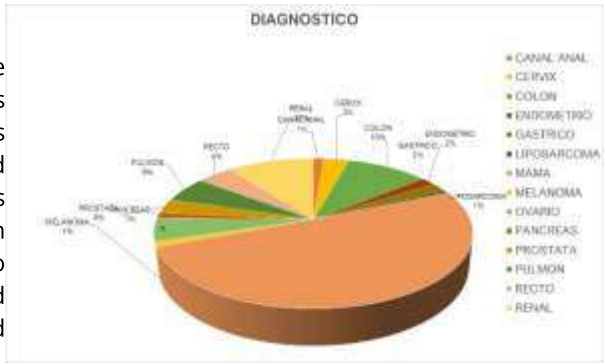
Conclusiones: Casi el 15% se los pacientes con chagas y BRD aislados presentaron progresión de enfermedad en 3.5 años de seguimiento. En el análisis multivariado, la relación E/e´ y la TnT-us basal fueron predictores independientes. La TnT-us presento una buena capacidad de discriminación, mayor que la relación E/e´.

0414. CONSULTORIO DE CARDIO ONCOLOGIA: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Cardio Oncología

Karina PALACIOS | M. Florencia ARABENA | Jhaneth OVANDO GARCÍA | Patricio Julio SERVIENTI | Luciano Raul ACUÑA | Marcos Pedro TOMASELLA | Lucia PIÑON | Leonel DZEMBROWSKI

Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez



Introducción: En los últimos años aumento la sobrevida de pacientes con cáncer asociado a diagnóstico precoz y a nuevos tratamientos, particularmente terapias dirigidas a blancos moleculares. Es cada vez más importante evitar la cardiotoxicidad asociada que podría disminuir la calidad de vida en los sobrevivientes. Los nuevos tratamientos se asocian con cardiotoxicidad propia de cada clase. El consultorio de cardio oncología apunta a prevenir la toxicidad permitiendo la integridad de los protocolos oncológicos y tratar precozmente la toxicidad instalada.

Objetivos: Presentar la experiencia de 3 años y medio del consultorio de cardio oncología del Htal. Álvarez, incluyendo 2 años de pandemia, así como el protocolo de seguimiento de los pacientes oncológicos en tratamiento.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental de las historias clínicas de la población atendida en el consultorio de cardio oncología del Htal Álvarez desde agosto de 2018 hasta marzo 2022.

Resultados: Se atendieron 162 pacientes con tumores sólidos. 117 mujeres (72%), 45 hombres (38%). Edad promedio 61,6 años. Patología oncológica más frecuentes: mama 82 pacientes, colorrectal 23, riñón 17, pulmón 9, ovario 8. Al momento del diagnóstico 137 del total presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular. Los tratamientos oncológicos más frecuentes fueron: doxorrubicina (52 pacientes), paclitaxel, inhibidores de tirosinkinasa, capecitabine. Se detectó hipertensión arterial de novo en 18 pacientes y empeoramiento de preexistente en 29, en su mayoría asociada a antiangiogénicos. En 11 pacientes se detectó disminución de la FEY, 7 secundaria a antraciclinas, 3 a trastuzumab. 2 pacientes presentaron arritmias. Discusión Desde la implementación del protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento oncológico en el consultorio de cardio oncología se detectaron efectos adversos que podrían llevar a discontinuación del tratamiento. La detección precoz permitió el manejo adecuado y la continuidad del protocolo oncológico en la mayoría de los pacientes. La hipertensión arterial es el efecto adverso más frecuente y debe ser pesquisado ya que es silente en la mayoría de los casos

Conclusiones: El seguimiento cardiológico conjunto es fundamental para proteger a los pacientes de potenciales riesgos y permitir que reciban los tratamientos antineoplásicos más adecuados para ellos.

0418. ALTERACIONES DEL METABOLISMO GLUCÍDICO DETECTADAS MEDIANTE HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST

Cardiopatía Isquémica / Cardiología Crítica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Vanessa Carolina VERON DE OÑA (1) | Victor MAURO(1) | Lisandro OLGUIN JOSEAU(1) | Enrique FAIRMAN(2) | Adrian CHARASK(1) | Alejandro FERNANDEZ(1) | Carlos BARRERO(2)

CLINICA SANTA ISABEL (1); Clínica Bazterrica (2)

Introducción: La diabetes y prediabetes son alteraciones del metabolismo glucídico (AMG) que incrementan el riesgo de sufrir un evento coronario y ensombrecen su pronóstico una vez que éste se ha producido. El dosaje de Hemoglobina glicosilada (Hb1AC) al ingreso a la unidad coronaria (UCO) del paciente sin antecedentes de diabetes conocida nos permitiría detectarlas, ayudándonos a estratificar mejor el verdadero riesgo vascular.

Objetivos: 1) Evaluar mediante el dosaje de HbA1C la prevalencia de AMG en los pacientes sin antecedentes conocidos de diabetes que ingresan por un sindrome coronario agudo sin elevacion del segmento ST (SCASEST.) 2) Analizar si existen diferencias en el perfil de riesgo clínico entre los pacientes con AMG y los que no.

Materiales y Métodos: Se analizó el valor de Hb1AC en los pacientes con SCASEST y sin antecedentes de diabetes conocida que ingresaron a UCO en forma consecutiva en el período comprendido entre mayo 2015 y enero del 2022. Se definió DBT: si HBA1C >= 6,5 mg/dl y preDBT si HBA1C mayor o igual a 5,7 y menor a 6,5 mg/dl. Alteración del metabolismo glucídico (AMG) a un valor de HbA1C mayor o igual a 5,7% en pacientes sin antecedentes de diabetes conocida. Se compararon las características clínicas de los pacientes y la forma de presentación del SCASST de acuerdo a la AMG.

Resultados: Se incluyeron 741 pacientes ingresados en la UCO de nuestro centro con el diagnostico de SCASEST en los que estaba disponible el valor de HbA1C al ingreso. Fueron excluidos 185 (25%) por tener diabetes ya conocida al momento de la internación. De los 556 pacientes no diabéticos estudiados, 34% (n:187) tuvieron AMG por HBA1C, la mayoría con criterio de PreDBT (87,7%). El 12,3% restante cumplía criterios de DBT. Los pacientes con AMG tenían mayor edad (66 vs 61, p<0,01), más prevalencia de factores de riesgo (a excepción del tabaquismo) y antecedentes de infarto (30 vs 12,5%,p<0,01) comparados con los p sin AMG. El angor prolongado (63,2 vs 60%,p:ns) y las alteraciones de la motilidad en el ecocardiograma (52,7 vs 46,7,p: ns) fueron similares entre los grupos, mientras que los p con AMG tuvieron más frecuentemente troponina positiva (73,5 vs 66,2; p<0,01) y se realizaron más coronariografías (77 vs 67,6%,p<0,001). Los p con AMG presentaron mayor prevalencia de enfermedad de más de un vaso (EMV): 53,8 vs 40,2%,p<0,001). Para evaluar si las AMG eran predictoras independientes de EMV se realizó análisis uni y multivariado y se observó que los pacientes con EMV eran de más edad (64 vs 61 años, p 0,005), más probablemente hombres (86 vs 72%, p<0,001), más HTA (71 vs 60%, p 0,002), tenían más AMG (43 vs 31%, p 0,006), troponina positiva (85 vs 70%, p<0,001) y alteraciones de la motilidad en el eco

(69 vs 50%, 0<0,001). En el análisis multivariado, mantuvieron su poder predictivo independiente el género masculino (OR 3, IC 1,6-5,6, p<0,001), las AMG (OR 1,07-2,7, p>0,02), la troponina positiva (OR 2,2,IC 1,2-3,9, p 0,006 y las alteraciones de la motilidad en el eco (OR 1,8, IC 1,1-2,9,p<0,001).

Conclusiones: Uno de cada 3 pacientes sin antecedentes de diabetes conocida que ingresa a Unidad Coronaria por un SCASST presenta alteraciones del metabolismo glucídico de acuerdo a los valores de HbA1C (mayoritariamente preDBT). Se realizó coronariografía a 2 de cada 3 pacientes con SCASST y se halló una enfermedad coronaria más extensa en los que presentaban AMG.

0421. FALLA DIASTÓLICA, UN HALLAZGO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES JÓVENES POST COVID-19 Y SU IMPLICANCIA CLÍNICA.

Cardiología Clínica / Covid-19

Victor Marcelo de Jesus FRANCHI | Carolina Beatriz DRA. GENTILE | Alicia Natalia DRA. FRANCHI | Mauro Nahuel RAMIREZ | Sergio Francisco ALMIRÓN | Maria Laura Rocio TAIE | Betania CARDOZO B. | Mauro Lautaro ESCALANTE ORTIZ

Actividad Clinica Privada

Introducción: Durante la pandemia covid19, surgió la necesidad de analizar las causas de persistencia de síntomas/ signos post covid 19 como disnea, angor , taquicardia y arritmias ventriculares, posterior a la resolución de la enfermedad aguda.

Objetivos: Evaluar si existe relación entre las diferentes presentaciones clínicas post covid-19 y el hallazgo de falla diastólica en el ecocardiograma doppler color trastorácico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, restrospectivo , longitudinal de una población joven de 100 pacientes post covid-19 de consultorios externos. Se analizaron datos de pacientes evaluados entre el mes de mayo 2021 a mayo 2022. Se utilizó el sistema estadístico IBM SPSS Statistics analizando variables cualitativas y cuantitativas, se consideró como p significativa menor a 0,05. Se analizaron datos de la historia clínica como edad, sexo, presencia de DBT e HTA y síntomas como disnea y angor y taquicardia. Se definió insuficiencia cardíaca por criterios de Framingham . Se evaluaron los resultados de electrocardiograma evaluando FC y ecocardiograma doppler color trastorácico en todos los pacientes. Se definió falla diastólica por flujograma mitral donde la relación de la onda E /A, por doppler pulsado era menor a 1.

Resultados: Se observó una población masculina jóven post covid- 19 con edad media de 39,4 años, el 2% (2) tenían hipertensión arterial, 2% (2) paciente diabético y 54 % (54) sexo masculino. La media de los hallazgos en el ecocardiograma doppler color trastorácico fue: DDVI 51,13 mm, DSVI 33,9 mm, Fey 64%, SIV 9,5 mm , PP 9,2 mm , DDVD 26,4 mm . Se identificó una asociación significativa entre la presencia de falla diastólica e insuficiencia cardíaca con una p significativa de 0.007 con IC 95% (1,003-1,32). Se observó una asociación entre falla diastólica con la presencia de angina con p significativa de 0,0001. Se evidenció además una relación entre falla diastólica y taquicardia con una p de 0,020. IC 95%. No se encontró vínculo entre falla diastólica y la presencia de síncope o arritmias.

Conclusiones: Se observa una población masculina, jóven post covid-19 con signos de insuficiencia cardíaca y taquicardia, relacionada con falla diastólica, como así también la presencia de angina de pecho. Pudiendo presumir que estos pacientes presentaban daño miocárdico post covid-19, que explicaba la persistencia de los síntomas posterior a la resolución de la enfermedad.

0422. VALOR DEL QRS COMO MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES POST COVID-19 DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA.

Cardiología Clínica / Covid-19

Victor Marcelo de Jesus FRANCHI | Mauro Nahuel RAMIREZ | Alicia Natalia DRA. FRANCHI | Carolina Beatriz DRA. GENTILE | Maria Laura Rocio TAIE | Sergio Francisco ALMIRÓN | Betania CARDOZO B. | Esteban Argentino LÓPEZ

Actividad Clinica Privada

Introducción: Desde el inicio de la pandemia covid-19 se han registrado alteraciones estructurales y eléctricas a nivel miocárdico, provocadas por miocarditis. Las extrasístoles ventriculares (EV) se asocian con frecuencia a esta patología y determinan una morbimortalidad significativa.

Objetivos: Determinar si la presencia de extrasístoles ventriculares con QRS mayor a 120 ms tenía implicancia pronóstica en la evolución de los pacientes post-covid 19.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron 61 pacientes post covid-19 de consultorios externos que presentaron extrasístoles ventriculares, evaluados entre septiembre del año 2020 a mayo del año 2021. Se dividió la población en dos partes : Grupo 1 (pacientes con QRS menor a 120 ms 42% (n = 26)) y Grupo 2 (pacientes con QRS mayor a 120 ms (n= 35) 58%) . Criterios de inclusión: pacientes post covid con extrasístoles ventriculares detectadas en electrocardiograma y prueba ergométrica de esfuerzo. Se utilizó el sistema estadístico IBM SPSS Statistics analizando variables cualitativas y cuantitativas. Se consideró como p significativa menor a 0,05. IC 95%. Se analizaron datos de las historias clínicas como edad, sexo, HTA, DBT, electrocardiograma en reposo y esfuerzo para definir la presencia de extrasístoles ventriculares con QRS menor o mayor a 120 ms. Se analizó el ancho y morfología del QRS, BCRI y BCRD, presencia de bigeminia, trigeminia, duplas, tripletas y taquicardia ventricular. Se analizaron variables de mala evolución clínica como la aparición de insuficiencia cardíaca, angina, fibrilación auricular, taquicardia auricular, síncope, disnea y requerimiento de dispositivos como marcapaso o cardiodesfibrilador implantable.

Resultados: Se observó una población de 61 pacientes post covid-19 con edad media de 45 años en grupo 1 y 46 años en grupo 2. No hubo diferencia significativa en ambos grupos en cuanto a sexo, presencia de hipertensión arterial y diabetes. La morfología del QRS prevalente era el BCRD con p significativa de 0,049, indicando procedencia del VI. IC 95%. Todas las EV provenían de un mismo foco. No hubo diferencia significativa en la presencia de bigeminia, duplas, bloqueo A-V, fibrilación auricular, taquicardia auricular ni taquicardia paroxística supraventricular. La presencia de trigeminia en grupo 2 fue estadísticamente significativa con p 0.013. La presencia de tripletas fue superior en el grupo 2 con una p de 0,05. La presencia de taquicardia ventricular fue significativa en el grupo 2 con p de 0,05. Con respecto a la presentación de síntomas la presencia de angina de pecho e insuficiencia cardíaca fue mayor en el grupo 2 con una p 0,001 y p 0,034 respectivamente. Sin embargo no hubo diferencia en ambos grupos en la presencia de sincope ni disnea. Solo 1 paciente requirió uso de CDI y otro de marcapaso ,sin diferencia significativa entre ambos grupos.

Conclusiones: Se pudo concluir en este estudio que los pacientes post covid-19 con extrasístoles ventriculares mayores a 120 ms (grupo 2), hubo más hallazgos de trigeminias, tripletas, taquicardia ventricular y desarrollo de insuficiencia cardíaca. Pudimos concluir así que las extrasístoles ventriculares de más de 120 ms sería un marcador de mal pronóstico de evolución clínica.

0428. ABLACION DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CON HIGH POWER SHORT DURATION Y CATETER DE CONTACTO. SEGUIMIENTO A UN AÑO.

Arritmias y Electrofisiología / Cardiología Intervencionista y Estructural

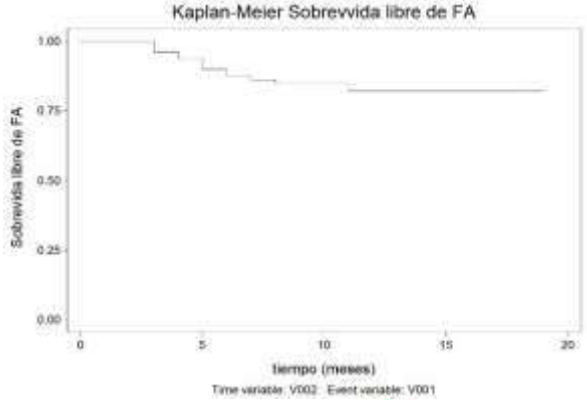
Mariel ALVAREZ CORREA | Guillermo Alejandro CARNERO | Néstor O. GALIZIO | Mauricio MYSUTA | María Eugenia AMREIN | Juan Pablo CATTANEO | María Soledad RANIERI | José L. GONZÁLEZ

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: Los parámetros usados en la ablación convencional de las venas pulmonares (vp) consisten en la liberación de energía moderada (20-40 Watts) con una larga duración (20-40 segundos) y con una fuerza de contacto de 10 a 20 gramos. Con estos parámetros la tasa de recurrencia continua siendo elevada. La ablación con High Power Short Duration (HPSD) utiliza una mayor energía, entre 40 y 50 Watts, con una duración de 16 segundos y una fuerza de contacto entre 10 y 20 gramos; este método produce una injuria tisular más efectiva, limitando la inestabilidad del catéter y la formación de edema.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir los resultados en términos de eficacia y seguridad de la estrategia de ablación HPSD con catéter de contacto en la Fibrilación auricular (FA).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó 80 pacientes con FA sintomática y refractaria al tratamiento médico (paroxística: 76.2% y persistente: 23.8%). Características basales: edad 55.8±11 años, género masculino 82.5%, CHA2DS2Vasc 1 ±1 punto. Los pts fueron sometidos al aislamiento circunferencial de las venas pulmonares entre agosto 2020 y agosto 2021 con la



estrategia HPSD (40 y 50 Watts, 16 segundos, 10 y 20 gramos) con un índice de lesión de 5 en la región anterior y 5.5 en la región posterior de las VP. Se definió éxito agudo al aislamiento circunferencial confirmado con el bloqueo de entrada y salida. Se analizaron los parámetros de la ablación, los eventos adversos y la sobrevida libre de FA con la curva de Kaplan Meier.

Resultados: Se logró el aislamiento circunferencial en 314 de 319 vp (98.5%) con un tiempo de procedimiento de 207±63 min, un tiempo de radioscopia de 38±27 min y un tiempo de radiofrecuencia de 16±3.8 min. Se realizaron un total de 84.4±21.3 lesiones con una potencia de 42.6±2.4 watts, una caída de la impedancia de 15±2.5 Ohms y una fuerza de contacto de 10.2±4.3 gramos. El 75% de los pts fue dado de alta a las seis horas del procedimiento. Un pte presentó un accidente cerebro vascular, dos (2.5%) taponamiento cardiaco y 2 (2.5%) pseudoaneurismas, todos fueron resueltos satisfactoriamente. Con un seguimiento de 12±2.6 meses, 13 pacientes (16.2%) presentaron recurrencia de la arritmia. En la curva de sobrevida libre de FA (Kaplan Meier) a los 3, 6 , 9 y 12 meses el 96% (89-98%), 87% (78-92%), 84% (75-91%) y 82% (66-91%) de los pts se encontraba libre de FA.

Conclusiones: En nuestra población en estudio la estrategia HPSD con catéter de contacto en la ablación de FA fue segura, con una alta tasa de éxito agudo, una adecuada tasa libre de FA durante el seguimiento y con baja incidencia de complicaciones.

0430. EL COVID 19 DETERIORA LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS

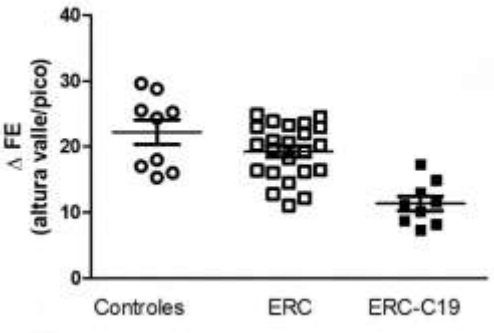
Hipertensión Arterial / Covid-19

Juan Carlos SANTOS(1) | Mabel LEPERA(1) | Rocio FERNANDEZ SERRA(1) | Susana LOSSI(1) | Saul ALANOCA(1) | Claudio JOO TURONI(2) | María PERAL DE BRUNO(2) | Rodrigo Oscar MARAÑON (2)

Universidad Nacional de Tucumán (1); CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2)

Introducción: Los eventos cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (ERC). Evidencia reciente sugiere que la enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) induciría alteraciones de la función del endotelio vascular que contribuirían a un aumento del riesgo cardiovascular. Sin embargo, si el COVID-19 contribuye a la disfunción endotelial en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, no es claro.

Objetivos: Evaluar si el COVID-19 empeora la función endotelial en una cohorte de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.



Materiales y Métodos: Pacientes de ambos sexos, con enfermedad renal crónica en hemodiálisis fueron divididos en: 1) sin COVID-19 (ERC; n=68) y 2) cursando COVID-19 leve (ERC-C19; n=11, criterios de OMS y PCR+). Se obtuvo consentimiento informado. Se evaluó presiones arteriales sistólica (PAS), diastólica (PAD) y media (PAM), frecuencia cardiaca (FC) y función endotelial (FE) por un método no invasivo de hiperemia reactiva. Se determinó: peso seco, talla, índices de masa grasa (IMG), de masa muscular (IMM) y de masa corporal (IMC). Las determinaciones se compararon con personas sin ERC (Control=C, n=10).

Resultados: Los pacientes de los grupos ERC y ERC-C19 presentaron una PAS elevada comparada a los controles y sin diferencias entre ellos (C: 119±3, n=10 vs. ERC: 145±2, n=68 vs. ERC-C19: 143±3 mmHg, n=11; p<0.05 vs C). Los pacientes ERC-C19 presentaron una mayor disfunción endotelial comparado a los ERC y al grupo control (delta de FE: ERC-C19:2±1, n=11 vs. ERC:4.5±1, n=28 vs. C:15.1±1, n=10; p<0.05). En ERC y ERC-C19 se observó un aumento del IMC asociado a un incremento de la masa grasa, sin diferencias en el índice de masa muscular entre ambos grupos (X2:p:NS). No se observó asociación entre la FE y el IMC o IMG.

Conclusiones: El presente estudio indica que el COVID-19 agravaría la disfunción endotelial en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Es conocido que los pacientes con enfermedad renal crónica presentan disfunción endotelial que aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares. Nuestros hallazgos sugieren que esta seria agravada por el COVID-19. Estos serian independiente de los valores de presion arterial y del índice de masa corporal aumentado. Sin embargo, más investigaciones son necesarias para determinar el rol del COVID-19 y sus posibles mecanismos sobre la función vascular en esta población. Entendiendo este proceso, permitirán una mejor terapéutica y medidas de prevención.

0433. ESTUDIO FLAVICO (FLAVONOIDES EN LA VIDA COTIDIANA): ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD EN BIOMARCADORES DE SALUD ARTERIAL Y EJE TG/HDL.

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud / Hipertensión Arterial

Marcelo Víctor BOSCARÓ | Camila DELÍA | Alfredo Federico LOZADA | Sebastian Eduardo OBREGON | Carol KOTLIAR

Santa Maria de la Salud

Introducción: La ingesta de flavonoides(FLAV)ha sido ampliamente asociada a salud cardiovascular(CV), a partir de su efecto en colHDL, antioxidante,vasodilatador,anti-inflamatorio. Sin embargo la inestable adherencia a estilo de vida saludable, el costo de los alimentos, las preferencias culturales, entre otros no han permitido el análisis de su efectividad en la vida cotidiana.

Objetivos: Evaluar si la ingesta cotidiana de FLAV se asocia a biomarcadores de salud arterial y eje TG/HDL.

Materiales y Métodos: En un estudio prospectivo de corte transversal se reclutaron 400 adultos consecutivos que asistieron a evaluación cardiovascular ambulatoria programada. Los procedimientos del estudio incluyeron: consentimiento informado, encuesta de estilo de vida validada (WHO, STEPS) adaptada con frecuencia semanal y porciones diarias de la ingesta de 50 alimentos con FLAV, anamnesis, examen físico, PA braquial(PA-b)y aortica(PA-c), distensibilidad vascular (DV) determinada por velocidad de onda de pulso(VOP) e indice aumentación aórtico (IAX), colesterol total-HDL-LDL, TG. Se efectuó análisis univariado (UNIV) y multivariado (MV) ajustado por edad, género, presión arterial, DBT, TG/HDL y eventos previos.

Resultados: Fueron incluidos 381 pacientes (51.2 % mujeres, 5313 años, 94% prevención primaria, DBT 7%;HTA 35.5%;DLP43%;TBQ 11%; sedentarismo 27%).De los 50 alimentos evaluados se hallaron asociaciones significativas en los siguientes: la ingesta de ciruelas, manzanas, peras, espinaca y pimientos; se asoció a una significativa menor PAS-b (rango 10 a 20 mm Hg) entre 0 versus 3 porciones/día, y/o 0 versus 3 días/semana (MV); mientras que peras y pasas de uvas se asociaron con menor PAS-c (p 0,003); solo el brócoli (p 0,007) se asoció a menor PAD-b. La DV fue mayor según la ingesta de limón tanto en análisis UNIV como MV (p 0,0001),y se observó reducción de AIX asociada a ingesta de tomates (p0,007).El consumo de bananas se asoció a reduccion de TG y aumento de HDL; (p 0,023 y p 0,028), en cambio la ingesta de sandias (p 0,049), berenjenas (p 0,052), puerro (p 0,015) y zanahorias (p 0,028) solamente a la disminución de TG, y solo frutillas (p 0,011), espinaca (p0,042), rúcula (p0.049), champiñones (p 0,043), limón (p 0,027), durazno (p 0,028), nueces (p 0, 021) se asociaron a aumento en el HDL. Todos los resultados enumerados fueron independientes de edad, genero, PA, DBT, TG/HDL y eventos previos basales de los participantes.

Conclusiones: Los resultados identificaron efectividad sobre la salud arterial y eje TG/HDL de 17 de los 50 alimentos evaluados. Nuestro estudio aporta el analisis de la distribución cotidiana de ingesta real de FLAV y su impacto en biomarcadores surrogantes factibles de ser medidos a menor plazo que los eventos CV en una población predominantemente representada por personas con RCV bajo-intermedio y moderado.

0436. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DISCRIMINADA POR GENERO EN PACIENTES INTERNADOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL REGISTRO NACIONAL DE INFARTO ARGEN-IAM

Cardiopatía Isquémica / Enfermedad Coronaria

Ricardo Alfredo VILLARREAL(1) | Evelyn Anabella FIORI (1) | Sofia María CORZO(1) | Joaquin PEREA(2) | María Candelaria RAMOS(1) | Stella Maris MACIN(3) | Diego COSTA(1) | Maria Pia MARTURANO(1)

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

Introducción: Con la información que contamos de la evolución del infarto agudo de miocardio en la mujer y a pesar de los avances en el tratamiento, el pronóstico continúa siendo desfavorable para las mismas, atribuido inicialmente a diferencias en la edad, comorbilidades, entre otras.

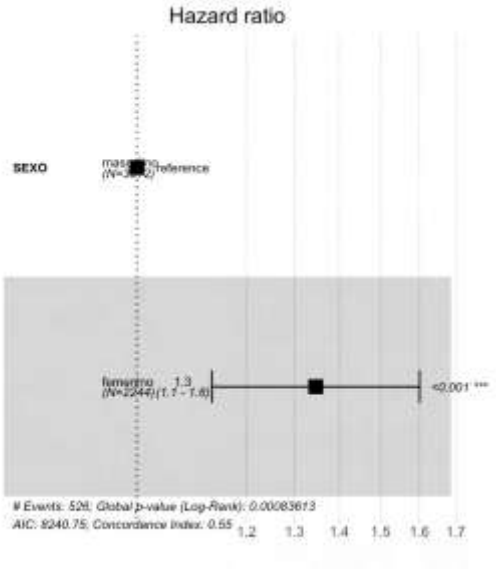
Objetivos: Comparar características clínicas y de evolución hospitalaria de acuerdo al género en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Determinar predictores asociados a la mortalidad intrahospitalaria en el sexo femenino.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico en la República Argentina llevado a cabo en 247 centros (todas las provincias y CABA) incluyendo un total de 6116 pacientes con diagnóstico de IAMCEST de hasta 36 hs de evolución, realizado desde el año 2015 hasta la actualidad.

	Masculino	Femenino	p-valor
Edad (mean (SD))	60.45 (11.65)	62.15 (12.18)	<0.001
Dislipemia (%)	1457 (41.6)	473 (48.7)	<0.001
Diabetes (%)	876 (22.9)	511 (23.7)	<0.001
Hipertension Arterial (%)	2254 (58.5)	1308 (59.5)	0.461
Tabaquista (%)	2482 (64.6)	609 (28.4)	<0.001
Antecedentes Infarto (%)	420 (12.2)	189 (9.2)	<0.001
Dolor consulta (median [IQR])	110.00 [50.00, 240.00]	120.00 [55.00, 300.00]	0.009
Dolor primer-ecg (median [IQR])	130.00 [60.00, 300.00]	155.00 [70.00, 370.00]	<0.001
Tiempo Puerta Balón (median [IQR])	112.00 [60.00, 229.00]	106.00 [55.25, 228.50]	0.504
Tiempo Ventana (median [IQR])	308.00 [185.00, 600.00]	302.00 [183.75, 590.00]	0.600
Angioplastia primaria (%)	2734 (88.5)	1498 (91.7)	<0.001
Insuficiencia Cardiaca (%)	493 (33.2)	309 (33.0)	0.951
Complicación mecánicas (%)	35 (1.2)	33 (4.3)	<0.001
Mortalidad	305 (7.9)	227 (10.1)	0.003

Objetivos: Comparar características clínicas y de evolución hospitalaria de acuerdo al género en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Determinar predictores asociados a la mortalidad intrahospitalaria en el sexo femenino.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico en la República Argentina llevado a cabo en 247 centros (todas las provincias y CABA) incluyendo un total de 6116 pacientes con diagnóstico de IAMCEST de hasta 36 hs de evolución, realizado desde el año 2015 hasta la actualidad.



Resultados: El promedio de edad de las mujeres fue mayor (62 vs 60 años; p<0.001). La prevalencia de factores de riesgo coronario fue diferente; se observó menos tabaquismo (28% vs 64%; p<0.001), mayor dislipemia (48% vs 41% p=0,001), sin diferencias en diabetes (23 vs 22%, p=0.48) e HTA (58% vs 57%, p=0.46). Las mujeres presentaron menos enfermedad coronaria (9% vs 12%; p=0.001) y ATC previa (13% vs 44%; p=0.001). Los tiempos dolor-consulta (120 vs 110 min) y dolor primer ecg (155 vs 130 min) fueron más prolongados en las mujeres, sin encontrarse diferencias en tiempo puerta balón y tiempo de isquemia total. La tasa de reperfusión fue similar con una leve tendencia a menor utilización de fibrinolíticos. La mortalidad hospitalaria fue mayor en las mujeres (10,1% vs 7,9%; p=0.003), con similar tasa de re-infarto y APIAM y mayor tasa de complicaciones mecánicas en las mujeres (4,3% vs 1,2% p=0,001).En el modelo de regresión de cox, el género femenino se comportó como un predictor independiente de mayor mortalidad (HR 1,36 IC95% 1,1-1,6 P=0.0001).En el análisis multivariable :la edad >70 años (HR= 2,87 IC 95%1,12-741 p=0.02), IS (índice de shock) >=0,67 (HR=1,90 IC 95%1,04-3,46 p=0.02) , complicaciones mecánicas (HR=6,33 IC 95%2,84-14,1 p=0.003) y valor de glucemia al ingreso entre 200 -400 mg/dl (HR=2,24 IC 95%1,16-4,35 p=0.01) fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria .

Conclusiones: Las mujeres ingresadas por IAMCEST tienen un perfil de factores de riesgo diferente a los hombres. La mortalidad hospitalaria fue mayor para las mujeres, asociándose a diferentes predictores independientes de mortalidad en los análisis estadísticos.

0439. RESULTADOS DE LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL EN UNA POBLACIÓN OCTOGENARIA

Cardiología Clínica / Cardiología Intervencionista y Estructural

Fernando Damián GARAGOLI | José Martín DR. RABELLINO | José Gaspar CHAS | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La reparación endovascular de los aneurismas de aorta abdominal (REVA) presenta una morbimortalidad perioperatoria menor en comparación a la cirugía abierta. Por lo tanto, aquellos individuos con alto riesgo quirúrgico, generalmente pacientes añosos y con múltiples comorbilidades, suelen ser derivados a una intervención endovascular, siempre que las características anatómicas del aneurisma lo permitan.

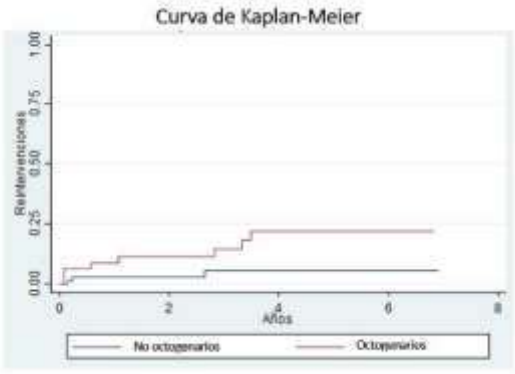
Objetivos: El objetivo del presente trabajo es comparar los resultados de la REVA en pacientes mayores y menores de 80 años.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva que incluyó de forma consecutiva pacientes con AAA (aneurisma de aorta abdominal) infrarrenal sometidos a REVA en forma electiva desde enero de 2011 hasta mayo de 2017. Se evaluaron como punto finales primarios la mortalidad hospitalaria, la duración de la estadía hospitalaria, la tasa de complicaciones perioperatorias y el requerimiento de reintervenciones durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes: 76 (61.8%) menores de 80 años y 47 (38.2%) octogenarios. La edad media en el primer grupo fue de 71.6 +/- 5.1 años, mientras que en los últimos fue de 84.9 +/- 3.6 años (p < 0.01). Las características basales de la población se detallan en la Tabla 1. En cuanto al riesgo preoperatorio definido por el score de Glasgow, éste fue peor en el grupo de octogenarios: 86.6 +/- 5.3 vs 74.6 +/- 6.7, p < 0.01. En relación, a los resultados perioperatorios, no hubo ninguna muerte hospitalaria en ambos grupos. La insuficiencia renal fue la complicación postoperatoria más frecuente en ambos, sin observarse diferencias significativas (25.5% en octogenarios vs 13.2% en menores de 80 años, p = 0.08). Sin embargo, la estadía hospitalaria fue significativamente mayor en aquellos octogenarios: 3 días (RIC 25-75%: 2-4 días) vs 2 días (RIC 25-75%: 2-3 días), p = 0.02 . En cuanto a la tasa de reintervenciones, ésta fue superior en los pacientes octogenarios para un seguimiento de 4 años: 17% vs 4%, p = 0.01 (Figura 1). En un análisis multivariado que incluyó variables de interés clínico, la edad mayor o igual a 80 años (OR: 7.7, IC 95%: 1.6-38.1) y el diámetro del AAA (OR: 2.4, IC 95%: 1.3-4.3) fueron las únicas variables que se asociaron independientemente con el requerimiento de reintervenciones (p = 0.01 y p < 0.01, respectivamente). Como era de esperar, en relación a la mortalidad por todas las causas en el seguimiento a largo plazo, el Hazard Ratio (HR) fue significativamente más elevado en los pacientes octogenarios (HR: 3.6 , IC95%: 1.4-9.2, p < 0.01).

Variable	Total n=123	No octogenarios n= 76 (61.8%)	Octogenarios n= 47 (38.2%)	P
Edad, media (+/- DE)	76.7 (7.9)	71.6 (5.1)	84.9 (3.6)	<0.01
Sexo masculino	109 (88.6)	70 (92.1)	39 (82.3)	0.12
Diámetro del aneurisma, mediana (RIC 25-75%)	5.4 (5.0-6.0)	5.4 (4.9-6.2)	5.4 (5.0-5.9)	0.64
HTA	104 (84.6)	63 (82.9)	41 (87.2)	0.52
Dislipemia	72 (58.5)	52 (68.4)	20 (42.6)	<0.01
Diabetes	21 (17.1)	12 (15.8)	9 (19.2)	0.63
Tabaquismo actual o pasado	77 (62.3)	55 (72.4)	22 (46.9)	<0.01
EPOC	17 (13.8)	10 (13.2)	7 (14.9)	0.79
IRC	22 (17.9)	8 (11.8)	13 (27.7)	0.03
Enfermedad coronaria	39 (31.7)	29 (38.2)	10 (21.3)	0.05
Enfermedad arterial periférica	10 (8.1)	7 (9.2)	3 (6.4)	0.55
ACV	4 (3.3)	3 (4.0)	1 (2.1)	0.55
Cirugía abdominal	31 (25.2)	20 (26.3)	11 (23.4)	0.72
Cirugía aórtica	3 (2.4)	3 (4.0)	0 (0.0)	0.17
Score Glasgow, media (+/- DE)	79.2 (8.6)	74.6 (6.7)	86.6 (5.3)	<0.01

Las variables continuas se expresaron como media +/- desvío estándar (DE) y mediana y rango intercuartilico (RIC) 25-75%, según corresponda. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).



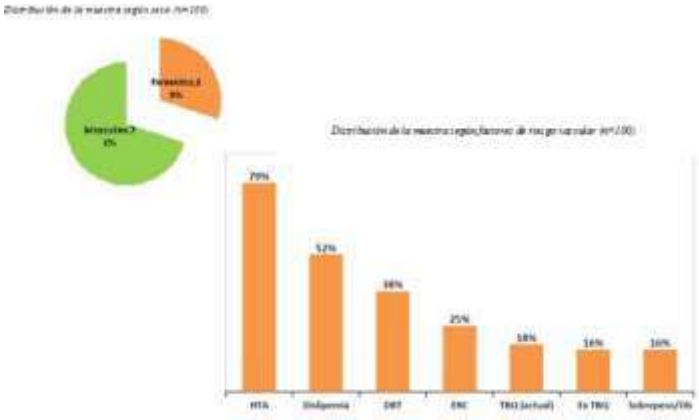
Conclusiones: Si bien no se hallaron diferencias significativas en la mortalidad hospitalaria, los pacientes octogenarios presentaron una tasa de reintervenciones más elevada luego de la REVA en comparación con una población más joven.

0442. ÍNDICE LEUCO GLUCÉMICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: PREDICTOR DE EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

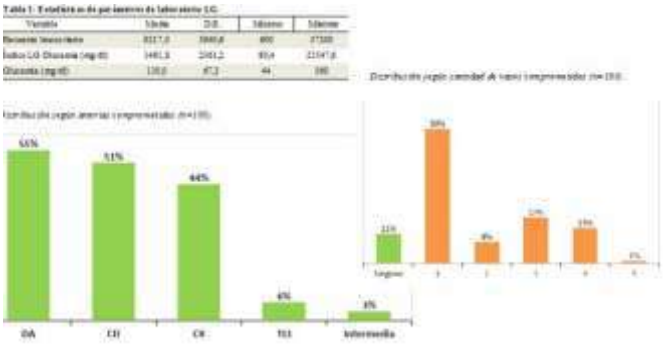
Sindrome Coronario Agudo / Enfermedad Coronaria

Maria Eugenia CERVI | David DR. FLORES

HOSPITAL CLINICAS



Introducción: El Síndrome coronario agudo (SCA) es un término que se refiere a un grupo de síntomas y signos compatibles con isquemia miocárdica aguda, lo cuales engloban al infarto agudo de miocardio con y sin supradesnivel del segmento ST y a la angina inestable. Los mismos presentan patogénesis y presentación clínica similar, pero que difieren en gravedad y pronóstico. Estratificar a los pacientes con un Síndrome Coronario Agudo, es identificar a aquellos con posibilidades de presentar un riesgo elevado de reinfarto, muerte o insuficiencia cardíaca para definir estrategias adecuadas. Para ello se utilizan predictores clínicos como los puntajes de riesgo, de fácil y rápida implementación. El índice leuco glucémico se ha propuesto como un marcador pronóstico y predictor independiente de muerte y complicaciones intrahospitalarias en el Síndrome Coronario Agudo, superior a cada uno de ellos por separado (glucemia o leucocitos), con una mayor utilidad en el seguimiento intrahospitalario del paciente.



Objetivos: Primario: -Determinar el índice leucoglucemico de los pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo, y relacionar el mismo con la presencia de complicaciones asociadas al infarto durante la internación en pacientes sometidos a Angioplastia primaria o tratamiento médico. Secundarios: -Correlacionar el índice leuco glucémico con la presencia de enfermedad coronaria según el número de vasos coronarios principales afectados y la severidad de las lesiones coronarias, según informe de Cinecoronariografia realizada a los pacientes ingresados. -Correlacionar el índice leuco glucémico con la presencia de fenómeno de No reflow, trombosis del stent y/o flujo TIMI inferior a 3 puntos, independientemente de las complicaciones asociadas al infarto de los pacientes sometidos a Angioplastia transluminal coronaria primaria. -Establecer la relación independiente de los factores de riesgo cardiovasculares presentes en los pacientes con la presencia de enfermedad coronaria.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un análisis prospectivo y observacional, de carácter longitudinal de 100 pacientes que ingresaron a la Unidad Coronaria durante el periodo comprendido entre Septiembre de 2019 a Febrero de 2021 con diagnóstico de Síndrome coronario agudo en el Hospital Nacional de Clínicas, de la ciudad de Córdoba Argentina.

Resultados: La muestra final estuvo conformada por un total de n= 100 pacientes que ingresaron a la Unidad Coronaria durante el periodo comprendido entre Septiembre de 2019 a Febrero de 2021 con diagnóstico de Síndrome coronario agudo. El análisis demográfico indicó que la mayoría era de sexo masculino, con el 70% del total, la edad media fue de 68,5 ± 11,0 años, todas las edades comprendidas en el rango de 40 a 91 años como máximo. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, el 79% de estos pacientes padecen hipertensión arterial, 52% dislipemia y 38% con diabetes (DBT). Además, un 25% tenían enfermedad renal crónica (ERC). Las arterias comprometidas luego de realizada la Cinecoronografia con más frecuencia fueron la Arteria Descendente Anterior con el 55%, la Arteria Coronaria Derecha con el 51%. Otras arterias en un 15%. En cuanto al número de vasos comprometidos según el informe de Hemodinamia tras la realización de la Cinecoronografia, el 89% tenía al menos uno, y un 11% ninguno. Además la mayoría tenía una arteria comprometida, y el máximo fue de 5. No hubo casos de trombosis del stent ni fenómeno de No Reflow. El 73% presentaron flujo TIMI (igual a 3).

Conclusiones: La evaluación conjunta de la glucemia y el recuento leucocitario podría ser de utilidad a largo plazo habiendo profundizado más, como una herramienta a los ya conocidos scores en la estratificación del riesgo de eventos asociados con el Síndrome Coronario Agudo, como así también predictor Angiográfico al ingreso

0443. EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA, ANALISIS DE CALIDAD Y COSTOS AL EGRESO DE UCO.

Políticas de Salud / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Diego Sebastián NOVIELLI | Roxana PALACIO | Cristian Eduardo COMMIDARI | Norberto Gustavo ALLENDE | Fernando José SOKN

Clínica IMA Adrogué

Introducción: En las últimas guías sobre insuficiencia cardiaca presentadas en las sociedades internacionales se recomienda el tratamiento medico optimo incluyendo las últimas drogas aprobadas como resultado de la evidencia cientifica.

Ingreso	Frec. Abs	%	Egreso	Frec. Abs	%
BB<50%	20	46.6%	BB<50%	48	40%
BB>50%	61	53.3%	BB>50%	65	54.1%
IECA/ARA <50%	28	23.3%	IECA/ARA 2<50%	29	24.1%
IECA/ ARA >50%	40	33.3%	IECA/ ARA 2 >50%	64	53.3%
ARNI	5	4.1%	ARNI	9	7.5%
MRA SI	32	73.3%	MRA SI	80	66.6%
MRA NO	88	26.6%	MRA NO	40	33.3%
OTROS	0	0%	ISGLT2 SI	2	2.4%
	120	99.9%	ISGLT2 NO	118	97.6%
Score ingreso		2.8 ($1982.45)	Score egreso	4.8 ($6682.48.)	

Objetivos: objetivo fue evaluar la calidad y costo del tratamiento según el Score publicado en JACC Marzo/2022 desarrollado por un consorcio de investigadores, FDA e industria de los pacientes al egreso en calidad moderada y óptima.

Materiales y Métodos: Se analizó desde nuestra base de datos, los pacientes ingresados de forma consecutiva con diagnóstico de IC en UCO; En el mismo se consignaron los datos clínicos, resultados de estudios complementarios, así como tratamiento (Tto) previo al ingreso del paciente y las indicaciones al alta. Se utilizó el Score propuesto para cuantificar el Tto previo a su ingreso y compararlos con el Tto de egreso. Para el

análisis se utilizó test de T de muestras apareadas. Se evaluó los valores de fármacos de laboratorios nacionales de amplia disponibilidad en el mercado.

IECA/ARA2 + BB (Dosis Intermedia)	$1982,45
IECA/ARA2 + BB + MRA (Dosis intermedia)	$4.028,15
BB+ IECA/ARA2+ MRA (Dosis Completa	$6682,48.
BB+ MRA+ ISGLT-2 + ARNI	$29681,07
BB+ MRA+ ISGLT-2 + ARNI+ AAS+ Estatinas+ Biguanidas	$ 40.743,97

Resultados: Se analizó un total de 125 pacientes consecutivo, durante el período de 01/2020 al 03/2022, la edad media fue de 71.3 (+/- 8) años, siendo la mayor población de sexo masculino (69.02%), con promedio de nueve días de internación, el 74% de los pacientes eran diabéticos. Las características basales del Tto previo, al alta y costos de cada de los mismos, se describen en la tabla 1 y 2. Luego de la internación se observa un incremento significativo en el Score y por ende del costo, como reflejo de la adecuación del tratamiento al alta del paciente. Un 64% de los pacientes al ingreso presentaba tratamiento Inadecuado o ningún tratamiento, un 28% presentaba tratamiento a mitad de dosis tanto de IECA/ARA2 + BB, el cual hace a un gasto total de $1982,45 y $4.028 con MRA. En comparación los pacientes que reciben dosis óptimas al egreso de BB+ IECA/ARA2+ MRA son 24 (20%), donde asciende al costo de $6682,48. La tasa de uso de las drogas más recientemente aprobadas: ARNI y SGLT2, sigue siendo muy baja y de alto costo para la población del conurbano bonaerense la cual asciende a $29681,07. En el análisis de costos no se evaluó otros medicamentos de los cuales pacientes con alto riesgo cardiovascular se beneficiarían, como el Acido Acetil Salicílico, Biguanidas y Estatinas donde escalaria a la suma de $ 40.743,97.

Conclusiones: Se observa que el tratamiento médico basado en guías es 400% más caro del tratamiento médico optimo conocido como "antiguo". Debe considerarse la posibilidad de adherencia a regimenes complejos.

0444. CARACTERÍSTICAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA DEL PACIENTE CON ATAQUE CEREBRO-VASCULAR AGUDO.

Cardiología Clínica / Cerebro Vascular

Carlos Alberto INGINO | Gaston Alfredo RODRIGUEZ GRANILLO | Florencia Paula INGINO | Lucia FONTANA | José DR. HERNÁNDEZ SOLARTE | María Laura CABALLERO | Juan José CIRIO | Pedro LYLYK

Clínica La Sagrada Familia

Introducción: El ataque cerebro-vascular agudo (ACV) es la afección más frecuente dentro de las enfermedades cerebrales. Figura, además, entre las primeras causas de mortalidad en nuestro país y es la principal causa de discapacidad mundial. El electrocardiograma basal (ECG) brinda información importante en el evento agudo, no obstante, hay escasos reportes que identifiquen las características del mismo en pacientes con ACV.

Objetivos: El objetivo de la presente investigación fue: 1. Analizar las características del ECG de ingreso de pacientes con ACV isquémico (ACVi); 2. Comparar estos hallazgos con los observados en pacientes portadores de ACV no isquémico (ACVnoi); 3. Correlacionar las alteraciones del ECG con la mortalidad durante la internación.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos en forma prospectiva pacientes mayores de 18 años ingresados a nuestra institución con diagnóstico presuntivo de ACV. Se excluyeron pacientes sin ECG o con ECG no analizable. El diagnóstico final de ACVi o ACVnoi fue realizado mediante tomografía computada y/o resonancia magnética de cerebro. Los datos analizados del ECG de ingreso fueron: duración del Intervalo PR; y la presencia de: fibrilación auricular (FA), extrasistolia supraventricular y ventricular, trastornos de conducción intraventricular, hipertrofia ventricular y auricular izquierdas, secuela de infarto de miocardio y alteraciones de la repolarización ventricular (infra-desnivel ST en DI y/u ondas T negativas en derivaciones contiguas). Se comparó la información del ECG entre los portadores de ACVi y ACVnoi, y se correlacionó la mortalidad durante la internación con las alteraciones electrocardiográficas observadas. El análisis electrocardiográfico fue realizado en forma ciega al diagnóstico final del ACV.

Resultados: Se estudiaron 136 pacientes (edad media 70.0±13.4, hombres 48%); 101 con ACVi y 35, con ACVnoi; no se observaron diferencias en edad ni sexo entre ambos grupos. En cambio, las alteraciones del ECG basal predominaron en los ACVi (81% vs. 34% en los ACVnoi, p<0.0001), a expensas de la presencia de: fibrilación auricular (31% vs. 3%, p<0.0001%); trastornos de conducción (32% vs. 14%, p=0.046); alteraciones de la repolarización (35% vs. 6%, p=0.001: infra-desnivel ST en DI, 29% vs. 6%, p=0.005; y ondas T negativas, 20% vs. 3%, p=0.017); y agrandamiento auricular izquierdo (14% vs. 0%, p=0.020). La mortalidad fue mayor en pacientes que presentaron alteración de la repolarización (56% vs. 23% sin alteraciones, p=0.013). Asimismo, la discriminación entre grupos respecto a la presencia de FA y alteración de la repolarización ventricular mostró que la asociación de FA y alteración de la repolarización presentó la mayor mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con ACVi presentan frecuentemente alteraciones del ECG de ingreso. En nuestra población, ciertas alteraciones de la repolarización ventricular (infra-desnivel ST en DI y/u ondas T negativas en derivaciones contiguas) se asociaron con mayor mortalidad durante la internación, al igual que el grupo de pacientes en los cuales la asociación de FA y alteración de la repolarización ventricular presentó la mayor tasa de mortalidad. De confirmarse nuestros hallazgos, el ECG deberá tenerse en especial consideración en los pacientes portadores de ACV.

0445. FASE VULNERABLE DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS, REINTERNACIONES Y MORTALIDAD EN UN CENTRO PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Insuficiencia Cardíaca

Cecilia MARPEGAN | Carolina Barbara PUTARO | Martin Eitan BARMAK | Mariano Martin MERLO | Luis Enrique GOMEZ | Brenda MANGARIELLO | Patricia Carmen GITELMAN | Simón Mario SALZBERG

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: A pesar de los innumerables avances en el conocimiento y tratamiento de la insuficiencia cardíaca(IC), el número de pacientes(P) continua en ascenso. Se denomina fase vulnerable a los 30 días luego de una hospitalización por IC aguda descompensada(ICAD); durante éste, el 30% de los P reingresa y el 60% lo hace en los primeros seis meses. Por lo cual resulta fundamental realizar un seguimiento estrecho en ésta etapa de transición y así intentar reducir las reinternaciones y la morbimortalidad.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, estrategias diagnósticas, terapéuticas y evolución durante la fase vulnerable y dentro del primer año de una internación por ICAD.

Materiales y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron 51 P desde octubre de 2020 hasta abril de 2022 que cursaron internación por ICAD, con seguimiento ambulatorio mínimo de 30 días(dos visitas o una visita y un llamado telefónico). Las variables categóricas fueron representadas como porcentaje, las variables continuas como media o mediana con su respectivo intervalo de confianza o rango intercuartilo.

Resultados: Se analizaron 51 P que ingresaron de forma consecutiva al consultorio durante la fase vulnerable de la IC. Predominó el género masculino(78%) con una media de edad de 60 años. El 66% de la población presentaba IC con fracción de eyección deteriorada(ICFD), mientras que el 17% IC con fracción de eyección preservada(ICFP). La etiología más frecuente fue la isquémico necrótica(23%), seguida por la hipertensiva(16%). Cabe destacar que el 25% de la población continuaba en estudio etiológico al momento de finalizar este trabajo. El 33% de los P ingresaron por IC global, seguido por la IC derecha(31%). Más de la mitad de la población tenía antecedentes de tabaquismo(tbq) e hipertensión arterial (HTA), el 33% eran diabéticos(DBT) y un cuarto tenía enfermedad coronaria(EC). Se observó que más del 25% de la población tenía arritmia auricular y casi el 30% presentaba bloqueo completo de rama izquierda. Durante el seguimiento, el 94% de la población recibió betabloqueantes(BB); 82% inhibidores del sistema renina angiotensina(ISRA)/inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina(ARNI), 49% antagonista de

Hombres	40 (78,43%)
Edad	60 (40-70)
ETIOLOGÍA IC	
Isquémico necrótica	12 (23,52%)
Hipertensiva	12 (23,52%)
Chagásica	5 (9,8%)
Otras infecciosas	4 (7,8%)
Valvular	3 (5,88 %)
Periparto	2 (3.92 %)
Infiltrativa	2 (3.92 %)
Hipertensión Pulmonar	1 (1.96%)
En estudio	13 (25,49%)
PRESENTACIÓN INTERNACIÓN	
Global	33.33%
IC derecha	31.37%
Edema Agudo de Pulmón	19.6%
IC izquierda	11.76%
Shock cardiogénico	3,92%
ANTECEDENTES	
DBT	17 (33,33%)
HTA	26 (50,98%)
Enfermedad coronaria	13 (25%)
Insuficiencia renal crónica	9 (17,64%)
Tabaquista/ex tabaquista	28 (54,9%)
ELECTROCARDIOGRAMA	
Fibrilación auricular/aleto auricular	13 (25,49%)
Bloqueo completo rama izquierda	14 (27,45%)
Bloqueo completo rama derecha	2 (3.92%)
ECOCARDIOGRAMA	
FSVI deteriorada	34 (66,67%)
FSVI ligeramente deteriorada	8 (15,68%)
FSVI preservada	9 (17,64%)
TRATAMIENTO ICFD (n:36)	
IECA/ARAII/ARNI	77,7%
Betabloqueantes	97%
Antagonista de receptores de mineralocorticoides	58%
ISGLT2	13%

mineralocorticoides(ARM) y 9% inhibidores del cotransportador sodio glucosa tipo 2(ISGLT2). Entre los 51 P en seguimiento no hubo reinternaciones(RI) en los primeros 30 días, sin embargo 9% de la población lo hizo durante el primer año. Un P murió en el primer mes y 9% al año.

Seguimiento	
Reinternaciones a los 30 días	0
Reinteraciones al año	4 (8,69%)
Fallecidos a los 30 días	1 (1,96%)
Fallecidos al año	4 (8,69%)

Conclusiones: Al igual que en otros registros nacionales, predominó el genero masculino, la etiología isquémico necrótica, la presentación como congestión mixta, una tercera parte de la poblacion era DBT y un cuarto tenía antecedentes de EC; sin embargo en nuestro medio los P fueron más jóvenes, con mayor prevalencia de ICFD. Respecto al tratamiento farmacológico en el grupo con ICFD nuestros resultados fueron similares y en algunos casos superiores al tratamiento al egreso hospitalario publicado en el registro ArgenIC; utilización de BB 97% vs79%; ISRA/ARNI 78% vs71% y ARM 58% vs 56% respectivamente. En el registro OFFICEIC AR, en P con más de 3 meses de externación se observó que el 89% recibía BB; 57% ISRA, 29% ARNI y 79% ARM. Las RI fueron más frecuentes durante el primer mes en el ArgenIC(17%) respecto a nuestro centro (0%) al igual que la mortalidad (5% vs 2%), cabe aclarar

0446. CARDIOTOXICIDAD POR QUIMIOTERÁPICOS: EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES ASOCIADOS Y RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN UNA COHORTE PROSPECTIVA.

Cardio Oncología / Cardiología Clínica

Santiago Luis DEL CASTILLO | Sofía CAPDEVILLE | Maria Clara LLAMEDO | Lucia FILENI | Camila SCARPONI | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los esquemas de quimioterapia con antraciclinas y trastuzumab son ampliamente utilizados en distintas neoplasias hematológicas y tumores sólidos, sin embargo, su principal limitante es la aparición de toxicidad miocárdica, con el consecuente deterioro de la función ventricular. El desarrollo de cardiotoxicidad (CTX) incluso en estadios asintomáticos afecta la sobrevida de los pacientes con cáncer independientemente del pronóstico oncológico.

Objetivos: Describir la incidencia de CTX, factores asociados al desarrollo de la misma y evaluar el comportamiento de la función ventricular luego del inicio del tratamiento anti remodelado.

Figura 1. Incidencia de cardiotoxicidad (CTX) en el seguimiento de la cohorte global.

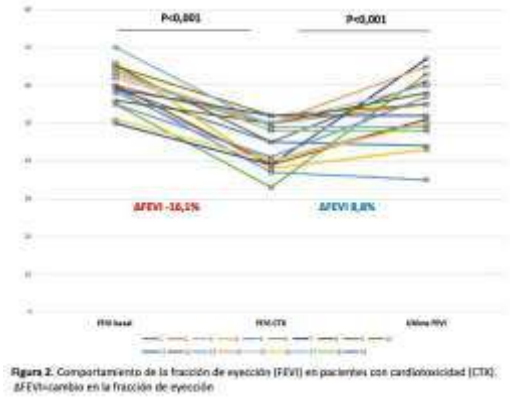


Figura 2. Comportamiento de la fracción de eyección (FEVI) en pacientes con cardiotoxicidad (CTX). ΔFEVI=cambio en la fracción de eyección

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte prospectivo donde se incluyeron pacientes en plan de recibir tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab en un hospital de alta complejidad. Se realizó un seguimiento trimestral durante los primeros dos años con ecocardiograma y seguimiento clínico. El punto final primario fue el desarrollo de CTX definido, acorde a las guías actuales, como caída de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) >10% respecto al basal con FEVI <53%. En aquellos pacientes que presentaron CTX se evaluó el punto final secundario de recuperación de FEVI tanto en forma continua como dicotómica (incremento =10%). Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rangos intercuartilos según su distribución. Las variables categóricas se expresaron en forma absoluta y como porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 271 pacientes consecutivos entre Junio de 2017 y Septiembre de 2021. La incidencia de CTX fue de 7% (n=19) con una mediana de seguimiento de 1,3 años [0,7-2,4]. La mediana de tiempo para la aparición de CTX fue de 8 meses [5-13]. (figura 1) El grupo de pacientes con CTX presentó mayor proporción de diabetes (DBT) (15,6% vs 5%, p= 0,04), hipertrofia ventricular izquierda (28,1 % vs 11,6 % p=0,02) y una menor FEVI basal (60,5±5,3 vs 64,6±7,3, p=0,01). Todos los pacientes con diagnóstico de CTX recibieron tratamiento con IECA/ARA2 y betabloqueantes, que se titularon

hasta la dosis máxima tolerada. Se observó recuperación de la FEVI en el 52,6% de los pacientes con CTX, con una mediana de recuperación de FEVI de 10,5% [3-15]. Al compararlos en forma pareada, se observó una mejoría significativa de la FEVI luego de iniciado el tratamiento de disfunción ventricular (54±8,2% vs 44,6±5,9%, p<0,001)(figura 2). Sin embargo, al final del seguimiento, los pacientes con CTX mostraron una FEVI significativamente menor que aquellos que no la tuvieron (54±8,2% vs 62,3±6,5%, p<0,001).

Conclusiones: La disfunción ventricular inducida por Antraciclinas/Trastuzumab es un evento con una incidencia considerable por lo que requiere una correcta valoración de factores de riesgo así como un control cardiovascular y ecocardiográfico cercano, principalmente durante el primer año de iniciada la quimioterapia. El inicio del tratamiento para disfunción ventricular en pacientes con CTX se asoció a una mejoría significativa de la FEVI.

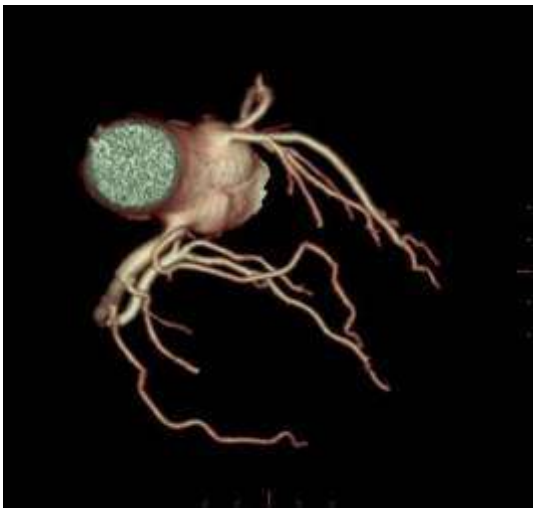
0451. ORIGEN AORTICO ANOMALO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: IMPORTANCIA DE LA MULTIMODALIDAD DE IMÁGENES EN SU RECONOCIMIENTO

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Tomografía y Resonancia Magnética

Juan Manuel BONELLI (1) | Ana Myriam SCHROH(2) | Alejandro Román PEIRONE(3) | Gabriel ROMERO(2) | Maria L SCHROH(1)

FUESMEN - Fundación Escuela de Medicina Nuclear (1); Cardiología Infantil S. A. (2); Hospital Privado Universitario de Córdoba (3)

Introducción: El origen aórtico anómalo de las arterias coronarias (OAAC) tiene una prevalencia estimada del 0.02-5.7% , y se define cuando la arteria coronaria derecha (ACD) o izquierda (ACI), la arteria descendente anterior (ADA) y/o la arteria circunfleja (ACX) nace del seno coronariano contralateral por ostium separado o compartiendo el mismo ostium de la arteria coronaria normal; el trayecto interarterial de alguna de ellas es considerado variante maligna al ser potencialmente responsable de eventos cardiovasculares serios.



Objetivos: Estudio prospectivo cuyo objetivo fue detectar pacientes con anomalías en el origen y curso de las arterias coronarias desde los senos de Valsalva utilizando todas las técnicas de imágenes disponibles para visualizar la anatomía coronaria con énfasis en el ecocardiograma Doppler color transtorácico (ETT) y posteriormente confirmado por otras técnicas de imágenes como la angio-TAC multicorte, angio-RMC o por angiografía coronaria convencional.

Materiales y Métodos: Durante el periodo comprendido entre enero/2020 y diciembre/2021, se seleccionados todos los pacientes evaluados por ecocardiograma Doppler color en quienes se sospechó OAAC con confirmación por angiotomografía coronaria (angio-TAC) o angioresonancia magnetica cardíaca (angio-RMC) o cuyo diagnóstico fue por estas técnicas de imágenes para estudio de pacientes sintomáticos. Fueron subdivididos en 2 grupos: Grupo A: constituido por 10 niños asintomáticos (4 mujeres y 6 varones) con edad media de 10,2 años en quienes se sospechó la anomalía por ETT y el Grupo B: conformado por 11 pacientes adultos (1 mujer y 10 varones) con edad media de 50 años de los cuales el 45% fueron estudiados por presentar arritmias cardíacas y/o signos de isquemia miocárdica y el resto por sospecha de OAAC por ETT.

Resultados: El origen anómalo de la ACX desde el SCD o la ACD fue la anomalía más prevalente en nuestra casuística. En 10/21 pacientes (47.6%) la ACX aislada tuvo origen y trayecto retroaórtico. Un paciente con enfermedad de Kawasaki tenía nacimiento anómalo de la ACX del seno coronariano derecho con trayecto retroaórtico y aneurismas en la ACD y DA. En 6 pacientes (28.6%) la ACI nacía del SCD (en un paciente el tronco de la ACI nacía por ostium separado del SCD con trayecto retroaórtico de la ACX y en cuatro el origen de ACD, ADA y ACX fue independiente en el SCD con trayecto retroaórtico de la ACX y en el sexto paciente la ADA nacía del SCD con trayecto interarterial y nacimiento separado de la ACX Y ACD del SCD. En cinco pacientes (23.8%) la ACD nacía del del SCI con trayecto interarterial en todos los

casos. Detectamos en nuestra población pediátrica asintomática una prevalencia de 1.47 casos/1000 niños y/o adolescentes estudiados por ETT.

Conclusiones: El OAAC en la población es poco frecuente pero no excepcional siendo la ACX con nacimiento del SCD o CD y trayecto retroaórtico la variante más frecuentemente detectada cuando la pesquisa se realiza por angiografía coronaria, pero es pobremente reconocida mediante ETT sobre todo en adultos lo que lleva a un subdiagnóstico de esta entidad. Su significado clínico deberá evaluarse a través de un seguimiento a largo plazo, ya que puede tener un trayecto inicial intramural y/o interarterial (5/21 de nuestros pacientes) que son considerados potencialmente malignos por su asociación con arritmias cardíaca, isquemia miocárdica y/o arritmias cardíacas.

0455. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN TUMORES RENALES CON AFECCIÓN CAVOATRIAL: CIRUGÍA RADICAL COMBINADA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, HIPOTERMIA PROFUNDA Y PARO CIRCULATORIO

Cirugía Cardiovascular / Enfermedad Vascular Periférica

Ronald Manuel ESTRADA MENDOZA | Francisco CASTRO | Ricardo POSATINI | Pablo RAFFAELLI | Vadim KOTOWICZ

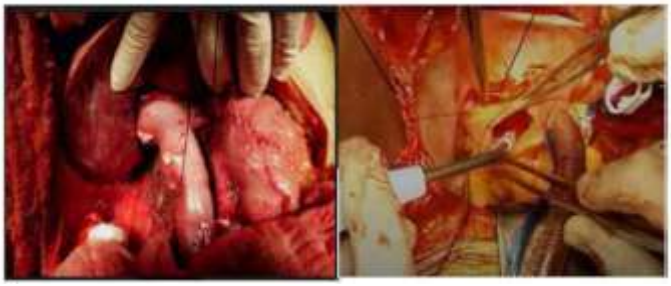
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los tumores renales, pueden afectar la vena cava inferior (VCI) con trombosis intraluminal y extenderse a la aurícula derecha (AD). El papel de la cirugía radical en el potencial tratamiento curativo es primordial para la supervivencia promedio de este tipo de pacientes. El abordaje de este tratamiento es complejo y requiere un amplio conocimiento de la anatomía y la participación de un equipo multidisciplinario.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue realizar un análisis prospectivo de una serie de pacientes con tumor renal con compromiso de VCI con extensión a AR, que requirió Circulación Extracorpórea (CEC), Paro Circulatorio (PC) con Hipotermia Profunda (HP) para su resección. Se determinó : evaluación preoperatoria y un algoritmo de tratamiento, además de las estrategias utilizadas para el manejo quirúrgico. Finalmente se evaluó el pronóstico del paciente y la supervivencia global. Presentamos la primera experiencia en nuestra institución, de una serie de pacientes con tumor renal y trombo en VCI y AR que requirieron para su resección CEC, PC con HP. Objetivo primario: mortalidad postoperatoria a 1 año. Objetivo secundario: resultado técnico-quirúrgico y complicaciones postoperatorias tempranas.

CARACTERÍSTICAS BASALES	N=10	DE	%
Promedio de edad (años (DE))	67	5.9	
IMC	25.6	3.5	
Sexo masculino	7		70
Ex Tabaquismo	4		60
Hipertensión arterial	7		70
Diabetes	3		30
EPOC	2		20
Enfermedad vascular periférica	1		10
Insuficiencia renal crónica no dialítica	5		50
Creatinina preoperatoria promedio	1.5	0.7	
Fosfatsa Alcalina Aumentada	7		70
Anticoagulación Preoperatoria:	4		40
TVP	2		20
TEP	2		20
FSVI ETE:			
Leve	2		20
Normal	8		80
Hematocrito previo promedio	34	4.1	

DE: desvío estándar IMC: Indice de Masa Corporal EPOC : Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
TVP: Trombosis Venosa Profunda TEP : Tromboembolismo Pulmonar



Materiales y Métodos: Criterios de inclusión: presencia de tumor renal con infiltración de VCI y AD, que necesitaron un enfoque multidisciplinario apoyado por CEC y CA con DH para estadios tumorales T3n0X0. Excluidos: pacientes metástasis visceral o linfática. Los pacientes fueron seguidos trimestralmente durante el primer año y la supervivencia a los 3 años fue analizada, mediante la prueba de Kaplan-Meier. La edad media fue de 67 (±5) años. 7 p. eran hombres. El tumor era más frecuente en el lado derecho (80%) Presentación clínica: edema de miembros inferiores (35%), astenia (30%) anemia (30%) masa palpable (10%) . Estadio histológico: 8 p. T3b (80%) y 2 p. T3c (20%) en la clasificación TNM. Estadio quirúrgico de Neves y Zincke: 8 p. nivel III (80%), y 2 p. nivel IV (20%).

Resultados: En todos los casos se realizó abordaje Chevron apoyado con CEC y CA e DH, para extraer el trombo de las venas suprahepáticas y AD. Tiempo Promedio CEC: 54 (± 15,5) min. , tiempo clampeo promedio: 30 (± 7) min. Tiempo promedio de cirugía: 240 (±13,5) min. La pérdida de sangre media a las 48 horas fue: 350 mililitros Complicaciones postoperatorias: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (20%), necrosis tubular aguda (40%), trombosis venosa profunda (20%) y hemorragia (10%) La mortalidad al 1 año fue del 10 %: 1 paciente falleció en el postoperatorio inmediato, debido a shock hemorrágico. En el tiempo de seguimiento promedio de 1 y 3 años sobrevivieron 9 pacientes. Ningún paciente recibió inmunoterapia, se optó por la vigilancia. La supervivencia global fue del 90% a los 36 meses. Estancia promedio en unidad de cuidados críticos fue: 6 (±3) días

Conclusiones: Los tumores renales con afectación trombótica de la VCI y la AR, es uno de los mayores desafíos para un equipo quirúrgico, debido a la complejidad en el manejo terapéutico. Para evitar complicaciones fatales, una estrategia preoperatoria es importante para: a) definir la extensión y proporcionar la resección completa del trombo; b) un correcto manejo de la VCI, imprescindible para minimizar el sangrado y prevenir la embolia durante la cirugía. En nuestra experiencia, este tratamiento se puede realizar con asistencia de CEC y métodos de protección cerebral para evitar complicaciones neurológicas y hemorrágicas. Estas; ofrecen la posibilidad del control local de la enfermedad y supervivencia global a corto y mediano plazo en estos pacientes.

0459. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PATOLOGÍA TIROIDEA. DATOS DE UN REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN QUE CONCURRE AL HOSPITAL.

Cardiología Clínica / Hipertensión Arterial

Jessica VOLPATO | Lucia HELGUERA | Jeanette LACUSANT | Agustin Leonel PADULA | Ana Liliana GONZALEZ | Victor Fabián CONTRERAS | Judith Miriam ZILBERMAN | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La presión arterial está determinada por parámetros cardíacos (gasto cardíaco) y vasculares regulados por diversos factores. Los efectos de las hormonas tiroideas sobre la presión arterial derivan particularmente de su interacción con estos dos parámetros. También se hallan involucradas en la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, y la estimulación de la secreción de eritropoyetina con mayor producción de glóbulos rojos, pudiendo aumentar el volumen minuto, y así la presión arterial.Según diversos estudios, se estima que la prevalencia de HTA en el hipertiroidismo es de alrededor del 20-30%, aunque diversas publicaciones demuestran un porcentaje mayor en sujetos de edad avanzada. Con respecto al hipotiroidismo, el mismo es la segunda causa de hipertensión arterial secundaria, luego de la hipertensión renovascular. En estos pacientes, la prevalencia de HTA alcanza un 50%, con mayor frecuencia en personas añosas, especialmente mujeres.

Enfermedad Tiroidea	SI	NO	p
N	60 (12.4%)	424 (87.6%)	
Promedio PAS (mmHg)	133.58	133.74	0.952
Promedio PAD (mmHg)	78.41	82.07	0.140
Promedio FC (lpm)	75.03	76.53	0.418
N (%)			
HTA Conocidos	43 (71.7%)	230 (54.2%)	0.010
HTA Tratados	41(68,3%)	213 (50,2%)	0.008
HTA Tratada y controlada	24(58.5%)	88 (41.7%)	0.047

Objetivos: Comparar la prevalencia de HTA, el grado de conocimiento y control de la presión arterial (PA) según el antecedente de patología tiroidea, en la población que concurre al hospital luego de una campaña de concientización de HTA.

Materiales y Métodos: En el marco de la campaña de concientización de HTA de la SAHA "Conoce y controla tu presión arterial", se analizaron los registros de los individuos que asistieron al hospital y voluntariamente contestaron la encuesta durante los meses de mayo de 2021. Se definió HTA a la PAS y/o PAD >= 140 y/o 90 mmHg o si el paciente estaba con medicación antihipertensiva. Se registraron 2 tomas de PA con el paciente sentado y con una diferencia 1 min entre ambos registros. Se consideró enfermedad tiroidea por la referencia del paciente al responder la encuesta. No se distinguió entre hipertiroidismo e hipotiroidismo.

Resultados: Se incluyeron un total de N=484 pacientes, donde el 59.1% (N=286) fueron mujeres. La prevalencia de enfermedad tiroidea fue del 12.4% (N=60) en la población en estudio, con un predominio a favor del sexo femenino (88.3% vs 11.7% P<0.001). La media de edad para personas con enfermedad tiroidea fue de 56.1 años vs 48.7 años para aquellos sin enfermedad (p=0.002). En la tabla se presentan los resultados de los hallazgos de la PA según el antecedente de enfermedad tiroidea.

Conclusiones: La enfermedad tiroidea fue más frecuente en mujeres de edad avanzada. Nuestro análisis no mostró diferencias significativas respecto de los valores de presión arterial sistólica y diastólica según la presencia de la enfermedad. Los pacientes que refirieron enfermedad tiroidea tenían más HTA conocida, reciben más tratamiento, y estaban más controlados. Además de su asociación con una mayor prevalencia de HTA, la presencia de enfermedad tiroidea podría influir en un mayor conocimiento y control de la presión arterial. Se destaca la importancia de pesquisar enfermedad tiroidea en aquellas personas con HTA.

0463. ¿INFLUYE EL ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR COVID-19 EN EL REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL? DATOS DE UN REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN QUE CONCURRE AL HOSPITAL.

Hipertensión Arterial / Covid-19

Lucia HELGUERA | Jessica VOLPATO | Judith Miriam ZILBERMAN | Jeanette LACUSANT | Victor Fabián CONTRERAS | Priscila GARCÍA GIMENEZ | Ana Liliana GONZALEZ | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 se ha relacionado el antecedente de la infección con distintos eventos cardiovasculares e incluso con registros elevados de presión arterial (PA) tanto en la población hipertensa como en los normotensos.

Objetivos: Durante la campaña "Conoce y Controla tu presión arterial" del año 2021 consultamos sobre el antecedente de infección por COVID-19 con el objetivo de relacionar los resultados obtenidos con el antecedente de infección referido por la población incluida.

Materiales y Métodos: En el marco de la campaña de concientización de hipertensión arterial (HTA) de la SAHA "Conoce y controla tu presión arterial", se analizaron los registros de los individuos que asistieron al hospital y voluntariamente contestaron la encuesta durante el año 2021.

Resultados: De los 494 individuos registrados, se analizaron 484 que respondieron la encuesta. La edad promedio fue 49,7 ± 17,6 años y el 59,1% eran de sexo femenino. El 31,6% (n=153) refirió el antecedente de infección por COVID-19.

	COVID 19 (-)		COVID 19 (+)		p
	n	%	n	%	
N	331	68,4	153	31,6	
Edad	50,4 ± 17,8		48,2 ± 17,2		0,20
Sexo Femenino	201	60,7	85	55,6	0,28
Promedio PAS (mmHg)	135,8 ± 19,5		131,4 ± 19,0		**0,056**
Promedio PAD (mmHg)	80,9 ± 19,9		82,5 ± 12,3		0,35
FC (lpm)	75,7 ± 12,3		78,7 ± 13,2		**0,01**
IMC	28,8 ± 6,1		29,4 ± 5,8		0,36
HTA Conocida	189	57,1	84	54,9	0,65
HTA No Conocida	32	9,7	11	7,2	0,37
HTA Total	221	66,8	95	62,1	0,31
Tratados	171	51,9	81	52,9	0,84
Tratados controlados	77	45,0	35	43,2	0,78

Conclusiones: Los individuos que refirieron el antecedente de haber tenido infección por COVID-19 presentaron valores promedios de PAS más bajos y mayor frecuencia cardiaca. Sin embargo la prevalencia de HTA, tratamiento y control de la misma fue similar a los que no tuvieron la infección.

0466. REGISTRO DE ANGIOPLASTIAS CORONARIAS A PUENTES AORTO CORONARIOS

Cardiología Intervencionista y Estructural / Enfermedad Coronaria

Mariano VISCONTI | Ivan GEVARA | Cesar LOPARDO | German CAFARO

Sanatorio Dr. Julio Méndez

Introducción: La enfermedad coronaria es una de las primeras causas de mortalidad en Argentina y en el mundo. Tras una cirugía de revascularización miocárdica la enfermedad coronaria sigue progresando afectando también los puentes aortocoronarios. La angioplastia coronaria en estos territorios resulta desafiante por la complejidad anatómica y características peculiares en los sitios de sutura, carga trombotica, etc.

Objetivos: Evaluar retrospectivamente las angioplastias realizadas a pacientes con enfermedad de los puentes aortocoronarios en nuestro centro en el periodo mayo/2018 a abril/2022. Objetivo primario de evaluar eficacia y seguridad de los procedimientos realizados, intrainternación, a 30 días y al año del procedimiento. Objetivos secundarios, evaluar las características clínicas, los motivos de ingreso a sala, hallazgos angiográficos, las estrategias terapéuticas tomadas.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes a los cuales se les realizó angioplastias a puente venoso o arterial y angioplastias a vaso nativo a través de algún puente. En hoja de calculo se ingresaron las variables antecedentes patológicos, motivo de ingreso, anatomía coronaria, accesos vascular elegido, estrategias terapéuticas y resultados angiográficos. Mediante pesquisa en epicrisis de unidad coronaria, se evaluaron los eventos intra internación. Mediante llamada telefónica se realizó seguimiento a 30 dias y al año.

Resultados: Se realizaron 1363 procedimientos terapéuticos. Solo 24 corresponden a nuestro grupo de estudio (1.7%). De éstos, el 87.5% fueron a puente venoso, 8.3% a vaso nativo a través de puente y 4.1% a puente arterial. Las complicaciones relacionadas al procedimiento fueron 8.3%. La tasa de éxito y resolución angiográfica 91.7%. A 30 días no se registraron eventos. Al año, 21% de nuevos ingresos en sala (8% relacionados a vaso previamente tratado, y 13% enfermedad vascular en otro territorio). Otro 8% tuvo reinternaciones por causa no vascular. No se evidenciaron óbitos. Con media de seguimiento de 734 días, se observó un óbito, por causa no cardiovascular.

Conclusiones: En coincidencia si, con lo evidenciado en múltiples estudios en que es mayor el desarrollo de enfermedad en puentes de vena safena, y que los puentes mamarios suelen gozar de cierta "inmunidad" a la enfermedad ateroesclerótica. No sorprende que el diagnóstico de ingreso más frecuente (75%), corresponda a síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, ya que estos pacientes con patologías de larga data suelen presentar grandes porcentajes de tejido necrótico y tejido hibernado, además de desarrollar muchas veces circulación colateral, por lo que se torna raro el ingreso a sala de un paciente con cirugía e infarto con supradesnivel del ST. Respecto a eficacia y seguridad de los procedimientos realizados. Surgieron complicaciones intra hospitalarias en un 8,3%. Si bien el porcentaje parece alto, afortunadamente dichas eventualidades se resolvieron exitosamente. El éxito terapéutico alcanzó el 91.7%. Los dos casos en los que no se logró una revascularización exitosa, fueron casos en los que el objetivo era el vaso nativo, accediendo a través del puente, lo cual habitualmente tiene una tasa de fracaso similar en otros registros.El seguimiento posterior al alta en general los pacientes tuvieron una buena evolucion, con 9% de reingreso para tratar un vaso ya tratado. Conocer estos datos retrospectivos nos permite en el servicio poder conocer de manera objetiva los resultados de los procedimientos terapéuticos realizados con el objetivo de mejorar en nuestros procedimientos diarios dentro y fuera de la sala.

0471. PREVENCIÓN SECUNDARIA: ¿SOLO PARA UNOS POCOS? DATOS INICIALES DE PACIENTES QUE INGRESAN POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL DE CABA.

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Leandro BONO | Maria Cecilia MOLINA | Hassan CHABAN | Agustin Leonel PADULA | Lucia HELGUERA | Laura Soledad FILAZZOLA | Luciana Jimena PUENTE | Jorge SZARFER

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Luego de un evento coronario agudo o crónico es fundamental el control de los factores de riesgo para evitar nuevos eventos vasculares.

Objetivos: Evaluar el nivel de aplicación de las medidas de control de los factores de riesgo coronario (FRCV) como prevención secundaria de un episodio coronario previo (ECP) en pacientes ingresados por un síndrome coronario agudo (SCA) a una unidad de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC) de un hospital de referencia de la CABA.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes (p) ingresados con SCA a la UCIC entre diciembre de 2017 y diciembre de 2020 con el antecedente de al menos 1 ECP. Este se definió como historia previa de: SCA, angina crónica estable, angioplastia coronaria o cirugía de revascularización miocárdica. Se analizó la tasa de p con control de los siguientes FRCV: tabaquismo, dislipemia (LDL< 70mg/dl) y hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7% en diabéticos.

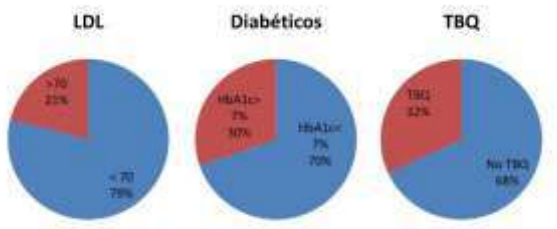


Imagen 1: Pacientes con evento coronario previo que se internan nuevamente por SCA. Control previo a internación del LDL, cese tabáquico y HbA1c en diabéticos. TBQ: tabaquismo.

Resultados: De un total de 498p consecutivos con SCA se incluyeron en el análisis 229 p con historia de ECP. La edad fue de 62.4 ± años, el 82.5% (189p) eran masculinos, 129p no tenían cobertura médica (56.2%), 75p estaban afiliados al PAMI (32.8%), 24 p obra social sindical el (10.5%) y 1 tenía cobertura por medicina prepaga. El 65.5% (150p) tenía antecedente de hipertensión arterial, 28.8% (66p) de diabetes, 36.7% (84p) era ex tabaquista y 42.4% (97p) tenía dislipemia. En cuanto al control de los FRCV el 20.9% (48p) tenía LDL mayor a 70mg/dl, de los p con diabetes, el 30.3% (20p) tenía HbA1c mayor a 7.0% y el 31.9% (73p) seguía fumando (imagen 1)

Conclusiones: En esta población resulta preocupante que no se hubiera conseguido alcanzar un nivel de adherencia a la prevención secundaria adecuado, modificando factores de riesgo corregibles, ya que un tercio de los pacientes con diagnóstico de ECP no había abandonado el hábito tabáquico y que un tercio de los diabéticos no alcanzó los objetivos metabólicos que una terapéutica adecuada determina. Por otra parte, es de destacar que solo un quinto de ellos no pudo disminuir los valores de LDL a los niveles sugeridos por las guías terapéuticas actuales, lo cual refleja el uso más generalizado de estatinas.

0473. ESTRATEGIA HÍBRIDA DE 24 HORAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTÍDEA Y CORONARIA O VALVULAR SEVERA CONCOMITANTE EN PLAN DE CIRUGÍA CARDÍACA.

Medicina Vascular / Cerebro Vascular

Fernando BELCASTRO | Gustavo PEDERNERA | Pablo ELISSAMBURU | Marcelo HERRASTO | Pablo MASCOLO | Maximiliano VILLAGRA | Juan Mariano VRANCIC

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El manejo óptimo de los pacientes con enfermedad carotídea y cardíaca severa concomitante aún no está definido. La estenosis severa de la arteria carótida interna (ACI) es un factor de riesgo de ACV asociado a la cirugía cardiaca por mecanismos embólicos o de hipoperfusión cerebral. El riesgo de ACV perioperatorio oscila entre el 2% (sin estenosis carotídea), el 3,2% (estenosis unilateral asintomática de la ACI) y el 5.2% en pacientes con estenosis severa bilateral de la ACI y hasta 10% con obstrucción total contralateral.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y la viabilidad del abordaje híbrido mediante la colocación de un stent en la arteria carótida (bajo antiagregación reversible) seguido de cirugía cardíaca dentro de las próximas 24.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio de cohorte observacional retrospectivo y consecutivo desde marzo de 2014 hasta marzo de 2021. Se incluyeron todos los pacientes programados para cirugía cardiaca con enfermedad carotídea asociada, con indicación de revascularización carotídea. Cada paciente fue discutido con el "Vascular Team". Los pacientes con estenosis carotídea severa, sintomática o asintomática unilateral con predictores de riesgo de ACV y enfermedad severa bilateral u oclusión carotídea unilateral y severa contralateral, fueron tratados con stent carotideo luego de la evaluación anatómica y clínica. Se indicó aspirina para la angioplastia carotidea (no en pacientes valvulares), y se utilizó filtro y IIb IIIa (tirofiban) el cual fue suspendido 6 horas antes de la cirugía. Luego dela cirugía se indicaba clopidogrel segun sangrado.

Variable	%
Sexo masculino	66%
Edad Promedio	61
Hipertensión	80%
Diabetes	40%
Dislipemia	93%
Ex tabaquistas	46%
Tabaquistas	13%
EUROSCORE II	6.6%
Estenosis bilateral	62%
Cirugía coronaria	60%
Cirugía combinada	40%
Filtro	100%
Stent	100%
Aspirina	60%
IIb IIIa(tirofiban)	100%
Cirugía sin bomba	60%
Doble mamaria	93%

Resultados: Entre los 19 pacientes incluidos, todos tenían un riesgo quirúrgico aumentado(EuroSCORE II promedio: 6,6). La edad promedio fue de 61 años. El 60% eran hombres, con alta prevalencia de factores de riesgo. El 60% de las cirugías cardíacas fueron coronarias y el resto combinadas. Todas las cirugías coronarias fueron sin bomba y con doble mamaria. . Los cirujanos utilizaron cirugía sin bomba en todos los procedimientos coronarios y mamaria doble en el 93%. Desde el punto de vista carotídeo, en el 60% de los casos la enfermedad era bilateral y todos los pacientes presentaban estenosis carotídea asintomática. En todos los pacientes se utilizaron dispositivos de protección cerebral y stent. Se logró el éxito técnico del stent carotídeo en todos los pacientes. No se produjeron complicaciones neurológicas durante los procedimientos de colocación de stent carotídeo o después de la cirugía cardíaca. La tasa de mortalidad a los 30 días fue del 5,2% (una muerte cardiovascular en paciente con función ventricular izquierda grave, presentó gasto cardíaco bajo después de la cirugía sin respuesta al tratamiento médico). No se produjo ningún infarto de miocardio perioperatorio. Hubo dos pacientes con sangrado postoperatorio de cirugía cardiaca, uno de ellos directamente relacionado con la cirugía y el otro asociado a alteraciones de la coagulación, ambos se resolvieron sin mayores complicaciones.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad carotídea y cardíaca severa concomitante requieren una evaluación cuidadosa y un enfoque en equipo. La angioplastia carotidea secuencial de un día y la cirugía cardíaca en este estudio fueron relativamente seguras y no dieron lugar a complicaciones neurológicas en pacientes con enfermedad carotídea asintomática. El abordaje híbrido secuencial de un día podría constituir una alternativa prometedora para estos pacientes de alto riesgo. Esta estrategia necesita la cooperación de dos equipos (endovascular y quirúrgico) y debe realizarse en centros cardiovasculares de alto volumen.

0475. DISFUNCIÓN AURICULAR TEMPRANA MEDIDA A TRAVÉS DE LA DEFORMACIÓN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA POR ECOCARDIOGRAFÍA SPECKLE-TRACKING EN PACIENTES CON ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA

Ecocardiografía / Enfermedad Vascular Periférica

Fatima Sol CABRERA | Santiago Jose VIGO | Carolina GLASER

Sanatorio Allende

Introducción: La disfunción auricular medida a través de speckle tracking bidimensional precede la dilatación auricular en al menos dos décadas, Por otro lado, la aterosclerosis subclínica ha sido asociada al remodelamiento del ventrículo izquierdo y disfunción diastólica. Dichos cambios podrían afectar la estructura y función auricular. Sin embargo, existen pocos datos que describan la asociación entre aterosclerosis subclínica y disfunción auricular temprana, por lo que se plantea en este trabajo como hipótesis.

Objetivos: Evaluar la función de aurícula izquierda mediante speckle tracking bidimensional en pacientes con ateroesclerosis subclínica y comparar dichos hallazgos con un grupo de pacientes sin ateroesclerosis subclínica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el Sanatorio Allende, Córdoba, desde Mayo a Septiembre de 2021. Se analizó un grupo de pacientes mayores de 18 años, que tenían realizado ecocardiograma, eco doppler carotideo y aorto iliaco femoral, se encontraban en ritmo sinusal, con función sistólica preservada, sin enfermedad coronaria conocida, enfermedad valvular significativa, ni marcapasos.

Resultados: El estudio estuvo conformado por 50 pacientes. El 54% eran varones. La edad media fue de 50,8 años. El 42% de ellos tuvo un strain auricular alterado. De éstos el 62 % presentó ateromatosis subclínica con un valor de p=0,055. Dentro de los pacientes con strain alterado más de la mitad tenía ateromatosis carotidea, siendo estadísticamente significativo. Por otro lado, la aterosclerosis carotidea se asoció con disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en el 50% de los pacientes.

Conclusiones: Si bien el resultado primario no alcanzo significancia estadística, Si se pudo demostrar mayor presencia de strain auricular alterado en aquellos pacientes que tenían aterosclerosis subclinica en el territorio carotideo. La disfunción auricular temprana y aterosclerosis subclínica podrían tener varios mecanismos en común, se requiere aún más ensayos clínicos multicéntricos aleatorizados para afirmar dicha asociación.

0476 STRAIN AURICULAR Y VENTRICULAR POST COVID-19. HALLAZGOS EN PACIENTES AMBULATORIOS.

Ecocardiografía / Covid-19

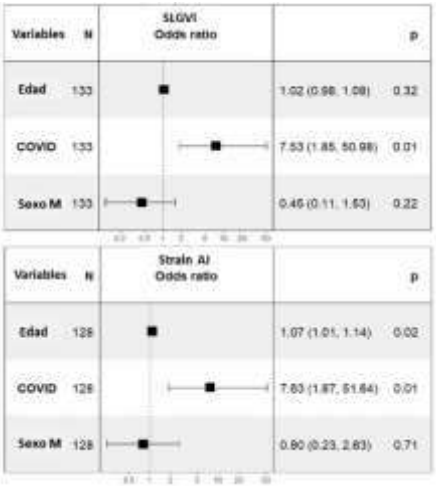
Agustina AMENABAR | Maria Carolina TORRES BIANQUI | Mariana CARNEVALINI | Abigail DRA. CUETO | Laura Judith DRA. ALFIE | Pablo José URBANO | Guillermina CULACIATI | Héctor Alfredo DESCHLE

Diagnóstico Maipu

Introducción: La infección por COVID-19 a afectado a millones de personas a nivel mundial, causando millones de muertes. La prevalencia de complicaciones cardiovasculares en pacientes ambulatorios con formas leves de la enfermedad no esta del todo claro, así como tampoco sus secuelas a largo plazo.

Objetivos: Determinar la presencia de disfunción miocárdica subclínica post infección por COVID-19.

Materiales y Métodos: Fueron evaluados 68 pacientes consecutivos con diagnóstico de COVID-19 leve entre julio y septiembre 2021. Se realizó un ecocardiograma doppler (ETT) convencional. Se calculó el strain auricular y ventricular de ambas cavidades cardíacas y sus valores fueron comparados con individuos sanos. Datos clínicos y demográficos fueron recolectados.



Resultados: Edad: 44.63 ± 12.72 años. Sexo masculino: 36 (52.95%). Hipertensión: 9 (13.24%). Diabetes: 1(1.47%). Obesidad: 9(13.24%). Disnea 19 (28.79%) Tiempo medio a la realización ETT 69 (45-88) días. Tanto el strain ventricular como auricular izquierdo se encontraban deteriorados luego de la infección por COVID-19 en comparación con el grupo control (-19.4 ± 3.32% vs -20.40 ± 2.41%, p=0.05, y 35.52 ± 8.22 vs 46.47 ± 9.12%, p < 0.01; respectivamente). Como esperábamos en este grupo de bajo riesgo, no hubo diferencias significativas en cuanto al strain ventricular y auricular derecho comparado con individuos sanos (-27.86 ± 7.57% vs -28.31 ± 5.08%, p ns, y 38.94± 14.27 vs 40.06 ± 10.57, p ns; respectivamente). En el análisis multivariado la infección por COVID-19 demostró ser el único predictor independiente de deterioro del strain ventricular y auricular izquierdo (OR 7.53, CI 95% 1.85 - 50.98, p 0.01 y OR 7.63, CI 95% 1.87 - 51.64, p 0.01, respectivamente). Figura1

Conclusiones: El strain auricular y ventricular izquierdo se encuentran deteriorados luego de la infección por COVID-19 incluso en pacientes con Fey normal por ETT, sugiriendo cierto grado de disfunción miocárdica subclínica que persiste incluso luego de la fase aguda de la enfermedad. El strain de las cavidades derechas no mostró diferencias significativas en esta población ambulatoria de bajo riesgo.

0481 IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Cardiología Clínica / Covid-19

Leandro BONO | Maria Cecilia MOLINA | Laura Soledad FILAZZOLA | Hassan CHABAN | Lucia HELGUERA | Agustin Leonel PADULA | Jorge SZARFER | Juan GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La pandemia SARS- COV 2 generó un efecto disruptivo en el sistema de salud que alteró la atención y el seguimiento de otras patologías no relacionadas a la misma.

Objetivos: Evaluar el efecto de la pandemia analizando las características de una población de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que ingresó a unidad de cuidados intensivos coronarios de un hospital de tercer nivel en una de las ciudades que sufrió más severamente este efecto.

Materiales y Métodos: Se analizaron las características de los pacientes (p) que ingresaron de manera consecutiva a la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares por un SCA con (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST) entre dic. 2017 y dic. 2021. Se agrupó la población según fecha de ingreso en: grupo control (GC) constituido por p internados entre dic. 2017 y el 20 de marzo del 2020 y grupo pandemia (GP) a los p ingresados entre el 20 de marzo del 2020 y dic. 2021. Se analizaron los datos demográficos, el tipo de SCA, los factores de riesgo (FRCV) y los valores de LDL y hemoglobina glicosilada (HbA1c) al ingreso. En el grupo de diabéticos se analizó también la prevalencia de p con HbA1c > 7% y en aquellos con historia de evento coronario previo (EP) de LDL > 70mg/dl. Las variables discretas se registraron como número y %, las continuas como media y DS o mediana e intervalo inter cuartil (IIC) según correspondiera. Se consideró significativa una p < a 0,05.

Tabla 1

	GC	GP	p
Hipertensión arterial	59.7% (280p)	43.8% (56p)	0.002
Tabaquismo	38.4% (180p)	26.6% (34p)	0.02
Diabetes	24.1% (113p)	20.3% (26p)	NS
Dislipemia	29% (136p)	15.6% (20p)	0.002

Resultados: Se analizaron 597 p con SCA , 469 en el GC y 128p en el GP, sin diferencias en la prevalencia de SCACEST entre grupos (54,8 y 54,7% respectivamente). La edad del GC fue de 61.5 ± 11 años, 77.8% (365p) eran varones y el 60.3% (283p) no contaban con cobertura médica. En el GP la edad fue de 60.3 ± 12 años, el 83.5% (107p) eran varones y el 60.2% (77p) no tenían cobertura. Los FRCV en ambos grupos se pueden ver en la tabla 1. El nivel de LDL en GC fue de 102.6 ± 42.1 mg/dl vs 90.9 ± 34.8 mg/dl en GP, p:0.07. La HbA1c fue de 6.6 ±1.8% vs 6.3 ±1.6%, p:0.24. Cuando analizamos solo los p diabéticos, en el GC el 22.1% (25p) tenía HbA1c > a 7% y en GP el 42.3% (11p), p:0.047. De los p con EP en el GC el 20.2% (43p) tenía LDL > a 70 y 28.8% (17p) en GP, p:0.16.

Conclusiones: A pesar que los datos demográficos de ambos grupos eran similares los p con SCA del GP tenían significativamente menor prevalencia de los FRCV evaluados. Sin embargo, en el GP los p con EP o diabetes tenían una tendencia a no alcanzar los objetivos terapéuticos. Esto podría deberse a la mayor atención de patologías agudas durante la pandemia dejando de lado el control de patologías crónicas y FRCV altamente prevalentes.

0485. UTILIDAD DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE FABRY CON HIPERTROFIA VENTRICULAR Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Cardiología Clínica / Miocardiopatías

Edgar ANTEZANA CHAVEZ | Tomás CIANCIULLI | Maria SACCHERI | Leonardo CELANO | Claudio León HADID | Darío Carlos DI TORO | Karina Giselle BAEZ | Carlos David LABADET

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La enfermedad de Fabry (EF) es un trastorno genético que origina un déficit de la enzima alfa-galactosidasa y acumulación de glucoesfingolípidos en diferentes tejidos, incluyendo miocardio, válvulas y tejidos de conducción cardiacos. Esta enfermedad requiere de un dosaje enzimático y/o estudio genético para su diagnóstico. Actualmente posee un tratamiento específico. En los casos con afectación cardiaca produce hipertrofia miocárdica similar a la encontrada en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) llevando habitualmente a un diagnóstico y tratamiento inadecuados.

Objetivos: Evaluar la utilidad del electrocardiograma en el diagnóstico diferencial entre pacientes con EF y pacientes con MCH.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, utilizando la base de datos de electrocardiogramas (ECG) e historias clínicas del servicio de Cardiología. Se compararon datos de pacientes con diagnóstico enzimático y genético de EF con afectación cardiaca e hipertrofia ventricular izquierda y un grupo de pacientes con diagnóstico de MCH con dosaje normal de alfa-galactosidasa y estudio genético negativo, ajustados por edad, sexo e índice de masa ventricular izquierda.

Resultados: Se analizaron electrocardiogramas de 26 pacientes con diagnóstico de EF y 33 pacientes con diagnóstico de MCH. La mediana de edad fue de 46 (Q1-Q3) (28-53) años y 50 (30-61) años respectivamente (p=0,27). El índice de masa ventricular izquierdo fue 166 g/m2 en EF vs 181 g/m2 en MCH (p=0,88). El diámetro de fin de diástole y los volúmenes del ventrículo izquierdo fueron mayores en pacientes con EF. No existieron diferencias en otras variables del ecocardiograma. El 100% de pacientes con EF y 91% (30 pacientes) con MCH se encontraban en ritmo sinusal (p=0,25). No se observaron diferencias en la duración del QRS (100 vs 100 mseg; p=0,85), la duración del intervalo QT corregido (436 EF vs 438 mseg MCH; p=0,25) ni alteraciones de la repolarización. Se observó una menor duración del intervalo PR en pacientes con EF 140 mseg (120-160) vs 160 mseg (140-180) (p=0,004). La duración de la onda P fue mayor en pacientes con EF, 100 mseg (80-120) vs 80 mseg (80-100) (p=0,01). La duración del intervalo PQ (intervalo PR menos duración de onda P) fue menor en pacientes con EF, 40 mseg (20-45) vs 80 mseg (40-80) (p=0,001). Existió una diferencia significativa en la prevalencia de Bloqueo completo de la rama derecha (BCRD) la cual se presentó en 27% de pacientes con EF y 6% en pacientes con MCH (p 0,003). No se registraron diferencias significativas en la prevalencia de bloqueo de rama izquierda (p=1,0), de hemibloqueo anterior (HAI) (p=0,2) o de la asociación de BCRD con HAI (p=0,16). No se observó hemibloqueo posterior. En un análisis multivariado la presencia de BCRD y un intervalo PQ < 41 mseg estuvieron asociadas independientemente a EF. La presencia de BCRD presentó una especificidad de 93,9% y sensibilidad de 26,9%, mientras que el intervalo PQ < 41 mseg presentó especificidad de 73,3% y sensibilidad de 73,0% para el diagnóstico de EF en pacientes con hipertrofia de ventrículo izquierdo.

Variable	Fabry (n=26) Mediana (Q1-Q3)	MCH (n=33) Mediana (Q1-Q3)	p
Edad (años)	46 (28-53)	50 (31-61)	0,27
Sexo masculino	16 (61%)	25 (76%)	0,26
Indice de masa VI (g/m2)	166 (138-258)	181 (140-244)	0,88
Septum interventricular (mm)	15 (13-22)	21 (17-24)	0,59
Pared posterior VI (mm)	12 (10-16)	13 (11-15)	0,89
Fracción de Eyección VI (%)	74 (65-78)	77 (70-83)	0,11
Diámetro de fin de diástole VI (mm)	49 (44-53)	45 (42-29)	0,04
Diámetro de fin de sistole VI (mm)	28 (22-30)	24 (21-27)	0,1
Área Aurícula Izquierda (cm2)	21 (18-26)	26 (18-30)	0,33
Intervalo PR (mseg)	140 (120-160)	160 (140-180)	0,004
Duración onda P (mseg)	100 (80-120)	80 (80-100)	0,01
Amplitud onda P (mV)	0,15 (0,1-0,17)	0,15 (0,1-0,2)	0,86
Intervalo PQ (mseg)	40 (20-45)	80 (40-80)	0,001
Duración QRS (mseg)	100 (80-110)	100 (80-100)	0,85
Intervalo QTc (mseg)	436 (389-466)	438 (408-470)	0,57
Bloqueo Completo Rama Izquierda	1 (4%)	2 (6%)	1,0
Bloqueo Completo Rama Bloqueo	7 (27%)	2 (6%)	0,03
Hemibloqueo Anterior Izquierdo	4 (15%)	10 (29%)	0,2

Conclusiones: En pacientes con hipertrofia ventricular por EF se observó una mayor prevalencia de BCRD y un intervalo PQ < 41 mseg. La presencia de estas variables del ECG permitiría sospechar EF en pacientes con hipertrofia ventricular detectada por ecocardiograma y evitar demoras en el diagnóstico y el inicio del tratamiento específico.

0486. LITOTRICIA INTRAVASCULAR: UNA ALTERNATIVA PARA OBSTRUCCIONES CALCIFICADAS. EXPERIENCIA INICIAL.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Medicina Vascular

Ernesto Marcelo TORRESANI | Guillermo Raúl MARTINO | Fadel Norberto TABBAKH | Alberto FERNANDEZ | Adrian Demetrio HRABAR | Pablo Ignacio BIONDINI | Gustavo Atilio BASTIANELLI | Leonardo Hugo DE BENEDETTI

Sanatorio Modelo de Quilmes

Introducción: Las obstrucciones vasculares calcificadas representan un desafío permanente ante la necesidad de tratamiento endovascular. Si bien contamos desde hace años con algunos dispositivos que nos permiten su optimización como el Rotablator®, hay situaciones donde puede ser dificultoso o inadecuado. La litotricia intravascular es una nueva tecnología que proporciona ondas de presión sónica pulsátiles convertidas en energía mecánica para modificar el calcio vascular. Desde hace poco más de 1 año disponemos en nuestro medio del Shockwave® IVL consistente en un balón de baja presión montado sobre un catéter que permite la emisión de ondas sónicas al ser conectado a una consola.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia inicial con el dispositivo Shockwave IVL® tanto en territorio coronario como periférico.

Materiales y Métodos: El dispositivo utilizado tiene un diseño para uso coronario (C2) 2.5 a 4.0 mm de diámetro / 12 mm de largo con capacidad de emisión de 8 ciclos (C) de hasta 10 pulsos (P) / C y otros de uso periférico para infra-patelar (S4) 2.5 a 4.0 mm / 40 mm y 8 C de hasta 20 P / C y supra-patelar (M5) 3.5 a 7.0 mm / 60 mm, con capacidad de emisión de 10 C de hasta 30 P / C. Todos emiten 1 P / segundo. La cantidad de emisores depende de la longitud del balón teniendo 2 el C2, 4 el S4 y 5 el M5. La capacidad de emisión de P es finita siendo de 80 P para el C2, 160 para el S4 y 300 para el M5. Comenzamos nuestra casuística en diciembre 2021 habiendo realizado hasta mayo 2022, 3 casos en coronarias y 4 en periféricos. Todas las lesiones estaban severamente calcificadas objetivado por radioscopía. Las características de las placas coronarias fueron: a) aorta en porcelana con obstrucción severa de ostium de coronaria derecha, b) obstrucción severa de tronco de coronaria izquierda en paciente con CRM previa (oclusión de puente radial a Cx) y c) reestenosis intrastent (RI) con dilatación sub-óptima del mismo. Por otro lado, las placas en territorio periférico estuvieron localizadas en: a) ilíaca primitiva en 2 casos, b) femoral común y c) femoral superficial (FS). Se consideró dilatación óptima cuando se logró una dilatación homogénea del balón del dispositivo con una relación balón/arteria 1/1 y obstrucción residual cercana al 0% (en relación al diámetro de referencia) mientras estuviera insuflado, excluyendo el posible recoil que pudiera ser corregido con stent.

Resultados: El dispositivo pudo ser utilizado como si fuese un balón de angioplastia convencional. No hubo complicaciones ni efectos colaterales relacionados. Se logró dilatación óptima en 5/7. En uno de los casos coronarios (el de RI) y uno de los periféricos (obstrucción larga > 100 mm de FS) si bien se logró una mejoría parcial quedaron con una lesión residual cercana al 30 % con expansión inadecuada del stent. Es probable que en el caso de la RI debido a la antigüedad de la lesión (ATC previa > de 1 año antes) predominara la fibrosis sobre la calcificación lo que justificaría la dilatación inadecuada. Por otro lado, en el caso de la FS tal vez la mayor longitud de la lesión en relación a la del dispositivo (lo que generó la necesidad de desplazarlo) pudiera explicar el resultado.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial logramos utilizar sin inconvenientes el dispositivo de litotricia intravascular Shockwave IVL®. Su curva de aprendizaje es corta. Debemos adquirir mayor experiencia para una adecuada selección de casos. Es probable que en lesiones largas pueda ser necesario la utilización de más de 1 dispositivo.

0488. PACIENTES DE BAJO RIESGO Y ALTA HOSPITALARIA PRECOZ EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST LUEGO DE SU REPERFUSIÓN POR INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA PRIMARIA: ANÁLISIS DEL ARGEN-IAM-ST

Síndrome Coronario Agudo / Cardiología Intervencionista y Estructural

Maria Laura ESTRELLA(1) | Mariano Ezequiel NAPOLI LLOBERA (1) | Carlos Julián COLLA(1) | Jorge SZARFER(1) | Lisandro OLGUIN JOSEAU(1) | Augusto BARBOZA(2) | Brenda Elisabet FILIPPON(1) | Juan Alberto GAGLIARDI(3)

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

Introducción: En el contexto de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST (SCACEST), la implementación de redes urbanas de derivación a centros asistenciales con disponibilidad 7x24x365 técnicamente habilitados para el tratamiento precoz de reperfusión del SCACEST por medio de la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria ha significado una reducción en la morbimortalidad del cuadro. La seguridad y la factibilidad del alta precoz

luego de una ICP programada ha sido demostrada desde fines de los años 90. Diferentes análisis demostraron que las complicaciones ocurren en las primeras 24 horas y que no se observaron complicaciones luego de las 48 horas de la ICP primaria. Estas observaciones de escasa ocurrencia de eventos mayores luego de las 24 horas post SCACEST en pacientes sugieren que se podría reducir el período de observación hospitalaria post procedimiento en pacientes de bajo riesgo, sin comprometer la seguridad.

Objetivos: Analizar características clínicas, demoras en la consulta, eventos intrahospitalarios, así como los días de estadía de los pacientes de bajo riesgo clínico de la base de datos del registro ARGEN-IAM-ST.

Materiales y Métodos: Se trata de un análisis restrospectivo, descriptivo, observacional del Registro Nacional de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (ARGEN-IAM-ST), el cual se realiza desde el año 2015, dirigido por la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología. Se seleccionaron los pacientes de bajo riesgo definido como: Fracción de eyección >40%; ICP exitosa con flujo TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) grado 3; Ausencia de enfermedad de múltiples vasos que requieran revascularización en la internación; Killip y Kimbal I; Ausencia de complicaciones isquémicas o arrítmicas. De acuerdo con la estadía hospitalaria se consideraron además pacientes con: Alta temprana: estadía <72 horas; Alta tardía: estadía >72 horas

Variable	Bajo riesgo	No bajo riesgo	Valor de p
N	320 (5.2%)	3920 (92.5%)	
Edad	58.4 ± 11.2	61.2 ± 11.9	<0.0001
Sexo masculino	210 (65.6%)	2530 (64.5%)	0.69
Diabetes mellitus	38 (11.9%)	38 (11.9%)	<0.0001
Dislipemia	82 (25.6%)	1364 (34.8%)	<0.001
Hipertension	157 (49.2%)	2319 (59.2%)	<0.001
Tabaquismo	118 (36.9%)	1302 (33.2%)	0.18
Enf. coronaria previa	26 (8.1%)	505 (12.9%)	0.01
Infarto previo	14 (4.4%)	396 (11.2%)	0.002
Angioplastia previa	22 (6.9%)	392 (29.5%)	0.08
Estadia hospitalaria	4 (3-5)	5 (3-6)	<0.0001

Variable	Alta temprana	Alta tardía	Valor de p
N (%)	95 (32.1%)	201 (67.9%)	
Sexo masculino	71 (74.7%)	128 (63.7%)	0.06
Edad	58,2 + 9,9	58,5 + 11,8	
Diabetes mellitus	11 (11.6%)	23 (11.4%)	
Dislipemia	24 (25.3%)	52 (25.9%)	
Hipertensión	45 (49.5%)	97 (48.3%)	
Tabaquismo	47 (49.5%)	67 (33.8%)	0.007
Enf. coronaria	8 (8.2%)	14 (6.9%)	
Dolor consulta	101 (50-225)	93 (45-228)	
Puerta-balón	77 (40-110)	80 (45-140)	
Tiempo-institución	255 (167-450)	250 (170-450)	
Hospital público	44 (46.3%)	65 (32.3%)	
Hospital privado	51 (53.7%)	146 (67.7%)	0.01

Resultados: De un total de 4240 pacientes con SCACEST tratados con ICP primaria de la base ARGEN-IAM- ST, 320 pacientes (5,2%) con datos completos presentaban criterios de bajo riesgo. La edad media fue de 58.4 ± 11 años y el 65,6% eran hombres. Los pacientes de este grupo resultaron más jóvenes y con menor prevalencia de DBT, DLP e HTA, así como de antecedentes cardiovasculares (tabla). La mediana de estadía hospitalaria fue 4 (IIC 3-5) vs 5 (IIC 3-6) del resto de los pacientes (p<0,0001). Salvo una mayor prevalencia de TBQ y una tendencia a mayor prevalencia de sexo masculino, no observamos diferencias significativas entre los pacientes del grupo de bajo riesgo con alta temprana y los de alta tardía. Se registró una significativa mayor proporción de alta precoz en los hospitales privados (53,7%) respecto de los públicos. Sin embargo, en ambos tipos de instituciones, la estadía hospitalaria es mayor a 3 días. La mortalidad global en este grupo de pacientes fue de 0,75% (n=4)

Conclusiones: En este grupo seleccionado de pacientes, de menor edad, con menos factores de riesgo y antecedentes coronarios, el alta temprana luego de la ICP primaria es factible y con muy bajo riesgo. La mortalidad de este grupo de pacientes es extremadamente baja (un 10% de la mortalidad global reportada previamente). En el futuro deben realizarse estudios controlados para evaluar si el alta temprana es segura.

0491. DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA (STRAIN 2D) EN INDIVIDUOS QUE TUVIERON CUADRO LEVE POR SARS2-COVID19

Ecocardiografía / Covid-19

Camilo Ariel PULMARI (1) | Victor Hugo RAMELLA(1) | Sabrina MORENO(1) | Eduardo COSTANTINI(1) | Sebastian CAÑAS(1) | Sabrina SCIOLINI(2) | Jeremias Daniel ONTIVERO(3) | Martín LOMBARDERO(2)

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE PERON. MALVINAS ARGENTINAS (1); Sanatorio de la Trinidad San Isidro (2); Clinica Pasteur/Centro Cardiológico Patagonico de Neuquen Capital (3)

Introducción: El compromiso cardiaco por infección SARS2-COVID19 (S2C19) en cuadros leves no ha sido bien determinado. La técnica de Strain 2D Longitudinal Global (SLG) mide la deformación miocárdica y puede ser un método útil para evaluar compromiso cardíaco en esta población.

Objetivos: Conocer si el SLG en individuos que tuvieron S2C19 leve y reciente, tienen diferencias con una población sana de similares características evaluados en un periodo de la humanidad aun sin registro S2C19.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, comparativo. Se evaluaron adultos jóvenes (N:47) sin antecedentes cardiovasculares que tuvieron S2C19 leve entre 30 y 60 días del comienzo de síntomas (Grupo 1=G1). Se realizaron mediciones antropométricas, ecocardiográficas y de SGL con equipo Philips CX50, de aurícula izquierda (AI), Ventrículo Izquierdo (VI) y de Ventrículo Derecho (VD) con software QLAB 11. Se la comparó con una población sana (N=47), previamente evaluada en marco de actividad deportiva recreativa en era pre S2C19, de similares características, con el mismo ecógrafo Philips y software de Strain (Grupo 2=G2). Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 23. Las variables continuas se expresaron como medianas e intervalo intercuartilo y su comparación fue realizada con test no paramétricos. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y se compararon con test de Chi2. Se consideró significativo un valor de P: <0.05.

Resultados: Sobre un total de 94 individuos, 85 % fueron varones sin diferencias entre grupos. La mediana de edad fue similar entre ambos grupos 46 (40-54) años en G1 y 44 (41-52) años en G2. Tabla 1. La mediana de tiempo para la medición del SGL en G1 fue a los 35 (30-60) días del inicio de síntomas. El análisis comparativo de las variables del SLG entre G1 y G2 para VI fueron (-%) 22,20 (20,40-23,55) vs 21,70 (18,95- 24,10) respectivamente. (P: 0,52); y para VD (-%) 22,25 (20,30-26,30) vs 23 (20-24,80) (P:0,68). El Modo Reservorio del SLG AI (+%) fue en G1 de 43,90 (33-54,5) vs 47,80 (40,95-56,55) del G2. (P: 0.16). Tabla 2.

	COVID-19 (N:47)	Sin COVID-19 (N:47)	P:( )
Sexo masculino (%)	83	87,2	0,56
Edad, años (RIC)	46 (40-54)	44 (41- 52)	0,45
TAS, MMHG (RIC)	124 (110-140)	125 (120-140)	0,18
TAD, MMHG (RIC)	72 (70-80)	74 (70-80)	0,20
FC, LPM (RIC)	76,50 (69,25-86,50)	75 (67-84,50)	0,44
IMC (RIC)	26,94 (24,98-29,44)	24,80 (23,40-26,30)	0,26

Conclusiones: Si bien no hubo diferencias significativas, en este estudio se observó que los individuos que tuvieron un cuadro leve por SARS2-COVID19, presentaron peor deformación miocárdica en aurícula izquierda y en ventrículo derecho, cuando se los comparó con una población similar sana pre COVID.

0492. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA LOGÍSTICA PREHOSPITALARIA EN EL TRATAMIETNO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. REGISTRO PROSPECTIVO CÓDIGO INFARTO.

Covid-19 / Síndrome Coronario Agudo

Lucila RIZZO (1) | Adrian CHARASK(2) | Lisandro OLGUIN JOSEAU(1) | Enrique FAIRMAN(2) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | Victor DR. MAURO(2) | Gabriela Paola MAZZUCCHELLI(3) | Carlos Manuel BARRERO(2)

CLINICA SANTA ISABEL (1); Clínica Bazterrica (2); OMINT Emergencias (3)

Introducción: El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST (IAMCEST) es la principal causa de mortalidad cardiovascular y el tratamiento de reperfusión (REP), en especial la angioplastia primaria (ATCp), es la terapéutica de elección. Sin embargo, la evolución de esta patología es tiempo-dependiente y para ello se han constituido sistemas de logística prehospitalaria.

Objetivos: 1- Evaluar los tiempos del sistema de logística prehospitalaria para el tratamiento del IAMCEST medidos por el tiempo puerta balón (TPB), tiempo total de isquemia (TTI) y demora en la consulta (DC). 2- Influencia de la pandemia en los tiempos de consulta y el tratamiento del IAMCEST.

Variable	N: 55 (%)
Edad – mediana (RIC)	63 (57-74)
HTA	31 (57)
DBT	12 (22)
DLP	13 (25)
TBQ	34 (64)
Enfermedad coronaria previa	8 (15)
Insuficiencia cardiaca previa	3 (6)
Localización	
Anterior	26 (47)
Inferior	19 (35)
Otros	10 (18)

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo que se realiza en forma conjunta en dos clínicas privadas de ciudad de Buenos Aires y un sistema prepago. Se estableció un protocolo operativo: la llamada del paciente por dolor precordial al prepago activa el Código Rojo (llegada del servicio de emergencias en menos de 15 minutos) que vira a Código IAM ante la presencia de IAMCEST, lo que obliga al médico (primer contacto médico) a realizar en menos de 10 minutos un ECG y mediante la logística del prepago se envía la imagen a través de la aplicación WhatsApp a un smartphone institucional de la UCO activo de manera permanente. La activación del Código IAM preactiva a su vez al servicio de hemodinamia

Variable	N: 55 (%)
Clasificación Killip	
I	47 (85)
II	5 (9)
III	1 (2)
IV	2 (4)
TA sistólica – mediana (RIC)	140 (130-160)
FC – mediana (RIC)	80 (60-90)

Resultados: Se registraron alrededor de 2800 ECGs en los smartphones de las 2 clínicas desde enero de 2018 hasta enero de 2022. De esos ECGs 55 cumplieron criterios de IAMCEST lo que constituyó la población del estudio. En la tabla se resumen las características de la población. La DC fue de 143 minutos con una marcada diferencia entre el período prepandemia vs pandemia (75, RIC 35-177 vs 247, RIC 80-480 min, p 0,0017). No se encontraron diferencias en el TPB entre prepandemia y pandemia (68 min. RIC 46-190 vs 76 RIC 42-120, p: NS) y sí en cambio las hubo en el TTI (250 min. RIC 138-340 vs 360 RIC 225-620 min., p 0,04).

Conclusiones: El sistema de logística prehospitalaria permite lograr un TPB de acuerdo a los estándares establecidos, aún en tiempos de pandemia. Sin embargo, se observó una mayor demora en la consulta durante la pandemia, lo que prolongó el TTI. Estos retrasos en la consulta de los pacientes coronarios pueden atribuirse al temor a la internación lo que no parece justificado dadas las condiciones de seguridad sanitarias de los centros hospitalarios en ese momento. Este hecho refuerza la necesidad de una consulta precoz aún ante eventos epidemiológicos.

0496. PRESENCIA DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA CAROTIDEA EN ADULTOS JÓVENES. PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DE UNA POBLACIÓN DE RIESGO.

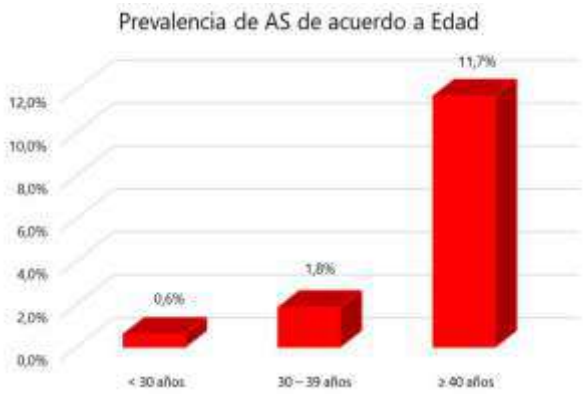
Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud / Cardiología Clínica

Gustavo GIUNTA | Lorena HELMAN | Pablo CUTINE | Florencia AGUILO | Daniel ANTOKOLETZ | Daniel PIROLA | María Isabel RODRIGUEZ ACUÑA | Laura BRANDANI

Fundación Favaloro

Introducción: La aterosclerosis subclínica (AS) tiene implicancias importantes en las guías de prevención cardiovascular. Los jóvenes con SA pueden tener un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular a largo plazo.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar la frecuencia y características clínicas de jóvenes con SA.



Materiales y Métodos: En un diseño transversal, se incluyeron adultos menores de 45 años que concurrieron a un programa de prevención cardiovascular entre enero de 2017 y diciembre de 2018. Los registros médicos se utilizaron como fuente para la recopilación de datos generales, medidas antropométricas y valores de laboratorio. Se definió la presencia de síndrome metabólico (SM) por criterios NCEP. La presencia de AS se evidenció por el hallazgo de placas carotídeas en la ecografía vascular.

Resultados: Se incluyeron un total de 1788 pacientes (pac) (mujeres 49,3%, con edad promedio 30,1+/-8,6 años). La AS se detectó en el 3,1% y fue más prevalente en hombres (72,7% vs. 50%; p<0,001). Este porcentaje se asoció con la edad (< 30 años = 0,6 %, 30 a < 40 años = 1,8 % y >= 40 años = 11,7 %). Los pac con AS presentaron mayor frecuencia de hipertensión arterial (3% vs 9%, p< 0,01), con similar prevalencia de tabaquismo (23,2% vs 29,1%, p=ns), antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura (7,1% vs .12,7%, p=ns) y síndrome metabólico (10% vs. 20%, p=ns). El colesterol total (182,5±35,8mg/dL vs. 212,9±38,4mg/dL, p<0,0001) y triglicéridos (105,3±65,3mg/dL vs. 150±92mg/dL, p<0,0001) estuvieron más elevados en el grupo AS. Además, el HDL fue menor para los pac con AS (54,7±13,6mg/dL vs. 49,2±11mg/dL, p<0,0001). El uso de estatinas fue mayor en estos pacientes (3,6% vs.0,7%, p<0,05).

Conclusiones: Incluso en baja frecuencia, la AS está presente en pac jóvenes. El sexo masculino, la edad y los factores de riesgo se asocian con AS en esta población. Conocer, identificar y tratar adecuadamente a pac jóvenes con AS debe ser prioritario para prevenir eventos cardiovasculares precoces.

0497. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES CLÁSICOS, EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CHAGÁSICOS Y SU RELACIÓN CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD.

Cardiología Clínica / Enfermedad de Chagas

Agostina JULIO | Daniel CHIRINO | Kaytleen VARGAS | Claudio DIZEO | Maria Gabriela GUTHMANN

Sanatorio Franchín

Introducción: La enfermedad de Chagas (ECh) es una importante causa de cardiopatía en nuestra región. En nuestro país se estima que hay entre 1.5 - 2.5 millones de infectados, de los cuales, entre 350.000 y 500.000 presentan algún grado de cardiopatía estructural. La ECh presenta una etapa indeterminada sin síntomas ni evidencia de la enfermedad, que puede durar para toda la vida, sin embargo, el 30% de los pacientes desarrollarán la enfermedad crónica con diversos grados de cardiopatía estructural y alteraciones digestivas. Por otro lado, se sabe que la dislipidemia, hiperglicemia y hipertensión arterial, son uno de los mayores retos para la salud pública por asociarse a un importante riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. La relación entre la presencia de estos factores de riesgo cardiovascular (FRC) y los diferentes estadíos de la ECh ha sido poco estudiada.

	Estadio 0 (n=376)	Estadio I (n=75)	Estadio II (n=25)	Estadio III (n=25)	P
Sin FRC	73% (277)	64% (48)	72% (18)	36% (9)	0.01
1 FRC	19% (72)	23% (17)	4% (1)	28% (7)	<0.01
2 o más FRC	8% (27)	13% (10)	24% (6)	36% (9)	<0.01

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovasculares en una población de pacientes chagásicos y su relación con los diferentes estadios de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo observacional de una base de datos que incluye pacientes ambulatorios con serología positiva para Chagas. Se analizó la presencia de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (FRC): hipertensión, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo actual. Se analizó la prevalencia de pacientes con 2 o más FRC y su asociación con los diferentes estadios de la ECh. Definiciones: Tensión arterial: se realizó con esfigmomanómetro aneroide, según la técnica: paciente sentado, previo a reposo físico mayor a 5 minutos, y con lapso mayor a 30 minutos de no haber ingerido líquidos o alimentos. Con el brazo no dominante apoyado sobre superficie dura, se realizó la toma de tensión a nivel de la arteria braquial, se consideró como hipertensión a valores de PAS > 140 mmHg, PAD > 90 mmHg, o ambas. Diabetes mellitus: nivel de glucosa en ayunas de 126 mg/dl (7.0 mmol/L) o hemoglobina glicosilada > 6.5%. o estar recibiendo tratamiento hipoglucemiante. Dislipemia: perfil lipídico que presente colesterol total > 200 mg/dl, colesterol LDL > 130 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl y triglicéridos > 150 mg/dl o estar recibiendo tratamiento hipolipemiante. Fases evolutivas de la enfermedad de Chagas: los pacientes fueron clasificados en 4 estadios de acuerdo con la clasificación de Kuschnir, la cual divide la cardiopatía chagásica según su gravedad. El estadio 0 incluye a pacientes con serología positiva, ECG normal, sin cardiomegalia y asintomáticos. El estadio I, pacientes con serología positiva y ECG patológico, especialmente portadores de alteraciones de conducción intraventricular y/o arritmias, sin cardiomegalia ni insuficiencia cardíaca. El estadio II, pacientes que, además de la serología y de las alteraciones ECG, presenta cardiomegalia sin síntomas ni signos de insuficiencia cardíaca. El estadio III, pacientes con insuficiencia cardíaca clínica.

Resultados: Se incluyeron 501 pacientes con una edad de 47 ± 7 años, 30% mujeres. La distribución por estadios fue: Estadío 0= 75% (n=376), Estadio I: 15% (n=75), estadio II: 5% (n=25) y Estadio III: 5% (n=25). El 70% (n=352) no presentó ningún FRC, el 20% (n=97) presento un FRC y el 10% (n=52) presentó ≥ FRC. En la tabla se muestra la relación entre los estadíos y los FRC.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes chagásicos, sólo el 10% presentó 2 o más FRC. Se evidenció un aumento de la prevalencia de FRC en los estadios más avanzados de la ECh respecto al estadío 0.

0503. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PUNTAJES DE RIESGO Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN UNA POBLACIÓN CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, DE ACUERDO A LA PRESENCIA O NO DE CÁNCER

Cardiología Clínica / Enfermedad Vascular Pulmonar

Nicolás Arturo TORRES | Macarena SPAINI | Julian BONADE | Mateo IWANOWSKI | Jose BONORINO | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNÁNDEZ | Sergio BARATTA

Hospital Austral

Introducción: En pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), la existencia de ciertas variables clínicas pueden asociarse con un peor pronóstico. La presencia de cáncer podría asociarse a diferencias en la severidad de los puntajes de riesgo y en la morbimortalidad aunque la información en nuestro medio es limitada.

Objetivos: Determinar en pacientes con TEP de acuerdo a la presencia o no de cáncer, la existencia de características clínicas, diferencias en la prevalencia de diferentes puntajes utilizados para la estratificación de riesgo, uso de drogas vasoactivas, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y muerte intrahospitalaria (MIH).

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica efectuado en un Hospital Universitario Argentino, sobre pacientes hospitalizados por TEP entre los años 2008-2022. Se analizaron de acuerdo a la presencia o no de cáncer, las características clínicas de ambas poblaciones, la existencia de diferencias en la prevalencia de diferentes puntajes utilizados para la estratificación de riesgo (FAST, BOVA, ESC, PESI e índice de shock), frecuencia de uso de drogas vasoactivas, requerimientos de ARM y la ocurrencia de MIH.

Resultados: Sobre un total de 410 pacientes internados con diagnóstico de TEP incluidos en nuestro registro, se analizaron 385 que contaron con datos completos. La población de pacientes con cáncer respecto de la sin cáncer resultó tener mayor edad (65 vs. 58 años; p<0.05), más diabetes (17% vs. 8%; p<0.05) y más tabaquismo (41% vs. 30%; p<0.05). Los pacientes con cáncer respecto de aquellos sin cáncer, tuvieron con mayor frecuencia puntajes de PESI intermedios o mayores (84% vs. 35%; p<0.05). Tabla 1. No se encontraron diferencias en la severidad de los puntajes evaluados para estratificación de riesgo entre las poblaciones de pacientes con y sin cáncer, ni existieron diferencias en la frecuencia de uso de drogas vasoactivas o de ARM. Sin embargo, la población de pacientes con TEP y cáncer, respecto de la población sin cáncer, tuvo mayor MIH (11% vs. 4%; p<0.05). Tabla 2.

	NO CA (N=235)	CA (n=150)	P
EDAD	58	65	<0.05
MASCULINO	115(49%)	77(51%)	NS
HTA	104 (44%)	66 (44%)	NS
DBT	19(8%)	26 (17%)	<0.05
EPOC	13 (5,5%)	7(5%)	NS
TBQ	70 (30%)	61 (41%)	<0.05
DLP	73 (31%)	53 (35%)	NS
TnTUS > 14	86(36%)	68(45%)	NS
PESI >= 86	83 (35%)	126 (84%)	<0.05
TTO ANTICOAGULANTE	224(95%)	146(97%)	NS

Conclusiones: En nuestro medio, la población de pacientes con TEP y cáncer resultó tener mayor edad, diabetes, tabaquismo y puntajes PESI intermedios o mayores. Dado que los pacientes con cáncer respecto de aquellos sin cáncer tuvieron mayor MIH, podría considerarse esta condición un factor de riesgo en el TEP aunque sería preciso realizar un análisis multivariado para descartar confundidores.

0504. COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA DIURÉTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON Y SIN DETERIORO DE LA FSVI

Insuficiencia Cardíaca

Augusto MERETTA | Enrique FAIRMAN | Victor MAURO | Adrian CHARASK | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Abdiel Mateo ANQUIZ DORADO | Natasha ABBATE | Carlos Manuel BARRERO

Clínica Bazterrica

Introducción: En los pacientes admitidos por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD), la descongestión es el principal objetivo terapéutico y el uso de diuréticos constituye el tratamiento de rutina. La respuesta al tratamiento diurético es un paso fundamental para la descongestión de los pacientes. Se desconoce si la respuesta diurética varía en los pacientes con y sin deterioro de la función ventricular izquierda (FSVI).

Objetivos: Evaluar la respuesta diurética en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada con o sin deterioro de la FSVI frente al mismo tratamiento diurético.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados consecutivamente con diagnóstico de ICD entre marzo-agosto 2019. Se incluyó pacientes mayores de 18 años con ICD con clínica y biomarcadores positivos (BNP > 100 pg/mL / NT-proBNP > 300 pg/mL). Al ingreso, luego de evacuar la vejiga, se les administró 40 mg de furosemida endovenosa a todos los pacientes y se cuantificó la respuesta diurética a las 6 hs como volumen urinario total en mL y diuresis > a 150 ml/h. Se definió deterioro de la FSVI (FSVId) a aquellos pacientes que tuvieran una FEy <45%, mientras que el resto fueron catalogados como preservados (FSVIp). Se excluyeron pacientes con filtrado glomerular <30 ml/min (calculado por CKD-EPI), infusión de contraste endovenoso, administración de furosemida endovenosa antes de ingresar al estudio, necesidad de aumentar dosis de furosemida dentro de las primeras 6 horas, shock cardiogénico y por datos insuficientes.

ANTECEDENTES	FSVI PRESERVADA o LEVE (N = 17)	FSVI DETERIORADA (N = 24)	P =
Edad - mediana (RIC 25-75)	81 (RIC 68-87)	75 (RIC 70-85)	NS
Sexo femenino	11 (64,7%)	3 (12,5%)	0,001
HTA	16 (94,1%)	20 (83,3%)	NS
IRC	4 (23,5%)	3 (12,5%)	NS
IAM PREVIO	4 (23,5%)	8 (33,3%)	NS
TAS mmHg - mediana (RIC 25-75)	150 (120-170)	150 (130-160)	NS
Creatinina plasmática mg/dL mediana (RIC 25-75)	0,86 (0,77-1,29)	1,21 (0,9-1,54)	0,034
TTO PREVIO	FSVI PRESERVADA o LEVE (N = 17)	FSVI DETERIORADA (N = 24)	P =
AAS	7 (41,2%)	9 (37,5%)	NS
IECA	2 (11,8%)	6 (25%)	NS
ARA2	4 (23,5%)	6 (25%)	NS
BB	14 (82,4%)	15 (62,5%)	NS
AntiALD	4 (23,5%)	4 (16,7%)	NS
FUROSEMIDA	8 (47,1%)	6 (25%)	NS
RESULTADOS	FSVI PRESERVADA (N = 17)	FSVI DETERIORADA (N =24)	P =
Diuresis 6 hs: mediana en mL (RIC 25-75)	850 (600-1100)	1300 (925-2025)	0,032
Diuresis > 150 ml/h	8 (47,1%)	19 (79,2%)	0,048
Volumen urinario menor a 1.5 ml/kg/h	5 (29,4%)	3 (12,5%)	NS
FeNa ingreso < 1	12 (70,6%)	11 (45,8%)	NS
FeNa 2 hs < 1	11 (64,7%)	4 (16,7%)	0,003

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes. Se observó una mayor prevalencia de mujeres con FSVIp: 11 (64,7%) vs 3 (12,5%) p = 0,001, con una mayor edad media 81 vs 75 años (P = NS) y mayor porcentaje de pacientes con hipertensión arterial 94,1% vs 83,3% (P= NS). Existió una mediana de volumen urinario menor en aquellos pacientes con FSVIp: 850 vs 1300 mL (P = 0,032), así como una menor cantidad de pacientes con diuresis <150 ml/h (47,1% vs 79,2% P = 0,048). Esto se vio acompañado de una mayor tasa de aumento del FeNa a las 2 hs (ver tabla).

Conclusiones: En los pacientes con FSVIp se comprobó una menor respuesta diurética, así como un menor incremento del FeNa. El perfil clínico de estos pacientes comprendía una población con menor proporción de hombres y con menor creatinina basal. Una explicación posible para este hallazgo podría ser que el mecanismo congestivo subyacente probablemente fue a predominio de redistribución de volumen mientras que en los pacientes con FSVIr podría haber sido la sobrecarga hídrica, explicando los resultados observados.

0505. ¿CUÁL ES EL MEJOR PUNTAJE DE RIESGO PARA PREDECIR MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO Y CÁNCER?

Enfermedad Vascular Pulmonar / Cardiología Crítica

Nicolás Arturo TORRES | Macarena SPAINI | Agustina GALLEGOS | Mateo IWANOWSKI | Jose BONORINO | Jorge BILBAO | Horacio Enrique FERNÁNDEZ | Sergio BARATTA

Hospital Austral

Introducción: En pacientes con tromboembolismo agudo de pulmón (TEP) pueden utilizarse distintos puntajes de riesgo para la estratificación pronóstica. En la población de pacientes con TEP y cáncer la información respecto de cuál de ellos predice mejor mortalidad intrahospitalaria (MIH) es limitada

Objetivos: Determinar en una población de pacientes con TEP y cáncer, cuál de los diferentes puntajes de riesgo recomendados por sociedades científicas para la estratificación pronóstica de pacientes con embolia pulmonar, predice mejor MIH. Los puntajes de riesgo y valores de significancia utilizados fueron: el recomendado por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de riesgo intermedio-alto o alto; el FAST de riesgo intermedio-alto (igual o mayor a 3); el BOVA de riesgo alto (mayor de 4); el índice de shock (frecuencia cardíaca/presión arterial sistólica) mayor de 1; y el Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar (PESI) igual o mayor de 86.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo efectuado sobre un registro prospectivo unicéntrico de un Hospital Universitario, de pacientes con TEP. Se evaluó la totalidad de los pacientes hospitalizados por TEP que además tuvieran antecedentes de cáncer, entre los años 2008-2022. Se analizó la ocurrencia de MIH y se la comparó con la utilización de distintos puntajes de riesgo para determinar la existencia de una asociación entre ellos.

Resultados: Sobre un total de 410 pacientes internados con TEP, se incluyeron 150 con diagnóstico de cáncer. Respecto de las características basales de la población, no se hallaron diferencias entre aquellos que fallecieron durante la internación vs. los que sobrevivieron. Tabla 1. Los pacientes que fallecieron tuvieron mayor requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y uso de drogas vasoactivas respecto de aquellos que sobrevivieron (50% vs 4%; p<0.01) y (63% vs.3%; p<0.01), respectivamente. En relación a los puntajes de riesgo, los pacientes fallecidos respecto de los sobrevivientes, tuvieron una mayor prevalencia de un índice de shock mayor de 1 (25% vs. 7%; p=0.04), y mayor puntaje ESC intermedio-alto o alto (100% vs. 82%; p=0.02). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de riesgo definidos para el FAST, BOVA y PESI entre los pacientes con cáncer fallecidos vs. sobrevivientes del TEP.

	NO MIH (n=134)	MIH (n=16)	P
EDAD	65	67	NS
FEMENINO	67 (50%)	6 (38%)	NS
HTA	61 (45%)	5(31%)	NS
DBT	22 (16%)	4 (25%)	NS
EPOC	5 (4%)	2 (12%)	NS
TBQ	54 (40%)	7 (44%)	NS
DLP	48(35%)	5(31%)	NS
TnTUS > 14	60 (45%)	8(50%)	NS
TTO Anticoagulante	115 (98%)	15 (94%)	NS

Conclusiones: En la población de pacientes con TEP y cáncer, un puntaje de riesgo intermedio-alto o alto de la clasificación de la ESC y un índice de shock mayor de 1, serían los mejores predictores de MIH. Los puntajes de FAST, BOVA y PESI tendrían una utilidad limitada para predecir MIH en esta población.

0508. ROL DE LA PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA EN PACIENTES POST COVID.

Cardiología Clínica / Covid-19

Maria Paula CATALANO | Tomas BERTOLINO | Lorena BAEZA | Alejandro SERRA LYNCH | Fedor NOVO | Alejandro GARCIA AGUIRRE | Miguel PASSAUER | Claudio HIGA

Hospital Alemán

Introducción: En pacientes que cursaron infeccion por COVID 19, con presencia o ausencia de sintomas persistentes, es frecuente una consulta médica posterior y solicitud de pruebas complementarias. Incluso en aquellos que tienen el calendario completo de vacunación.

Objetivos: Observar la aparición de eventos serios en la prueba ergométrica graduada en pacientes que fueron considerados para evaluación post infección por COVID 19.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva pacientes derivados para ergometría como evaluación post COVID 19 en un hospital de comunidad, desde febrero a abril del 2022. Los individuos seleccionados para dicha evaluación fueron: aquellos que presentaron síntomas persistentes más allá de la infección aguda, pacientes con enfermedad moderada o grave (es decir, que requirieron internación en sala general o UTI respectivamente), o según criterio del médico de cabecera. Debían contar por lo menos con 2 vacunas oficiales contra COVID 19 en su calendario de vacunación. Se midió la prevalencia de eventos serios: isquemia (infradesnivel del ST de al menos 2 mm medido a 80 mseg del punto j o supradesnivel del segmento ST), aparición de fibrilación o flutter auricular, taquicardia ventricular sostenida o síntomas (angor o equivalentes anginosos).

Características basales	N=117
Edad	45 +- 17
Genero femenino	63 (54%)
Exceso de peso	51 (50,5%)
COVID LEVE	113 (96,5%)
COVID MODERADO	3 (2,5%)
COVID GRAVE	1 (0,8%)
Asintomáticos	100 (85%)
Diabéticos	2 (2%)
Hipertensión arterial	17(14,5%)
Dislipémicos	16 (14%)
Tabaquistas	12 (10%)
Antecedentes heredofamiliares	2 (2%)
CRM	0
Infarto previo	1 (0,8%)
ECG anormal (T negativas /ST alterado)	3 (2,5%)

Hallazgos en la prueba ergométrica	
FC max esfuerzo	166 +-20
TAS max esfuerzo	164 +-19
TAD max esfuerzo	70+-9
METS alcanzados	12 (+-2)
Infradesnivel del ST menor a 2 mm	4 (3%)
Supradesnivel del ST	0
Arritmia ventricular no sostenida	17 (14,5%)
Fibrilación o flutter auricular	0
Taquicardia ventricular	0
Angina o equivalentes	0
Arritmia supraventricular	9 (8%)
HTA reactiva	9 (8%)

Resultados: Se analizaron las ergometrías de 117 pacientes. La media de edad fue 45 años (+/-17). Un 54% (n=63) fueron mujeres; 96,5% (n=113) presentaron infección por COVID 19 leve y el 99 % (n=116) no tenía antecedentes cardiovasculares (TABLA 1). No se observaron eventos serios en la prueba ergométrica. La prevalencia de otros hallazgos fue: 3% infradesnivel no isquémico del segmento ST (n=4), 14,5% con arritmia ventricular no sostenida (n=17), 8% con arritmias supraventriculares (n=9), 8% hipertension arterial reactiva (n=9) (TABLA 2).

Conclusiones: Nuestra cohorte de pacientes no presentó hallazgos patológicos clínicamente significativos en la ergometría. La consistencia de estos resultados con registros internacionales podría implicar la futura restricción de controles post COVID para detección de daño cardiológico a subgrupos de población de mayor riesgo.

0511. IDENTIFICACIÓN DE TROMBOS SIN CONTRASTE MEDIANTE EL USO DE DENSIDAD DE ELECTRONES POR TOMOGRAFIA COMPUTADA ESPECTRAL

Cerebro Vascular / Tomografía y Resonancia Magnética

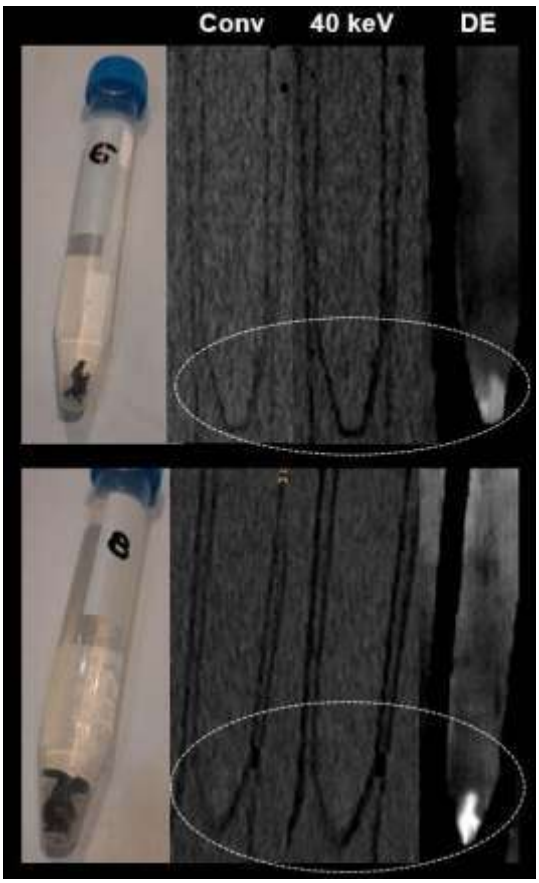
Gaston Alfredo RODRIGUEZ GRANILLO | Juan José CIRIO | Carlos BLEISE | Lucia FONTANA | Pablo DILUCA | Carlos Alberto INGINO | Jose VILA | Pedro LYLYK

Instituto Medico ENERI, Clinica La Sagrada Familia

Introducción: El desarrollo de la trombectomía mecánica cambio el pronóstico ominoso vinculado al ataque cerebrovascular isquemico (ACV), y el material obtenido mediante esta tecnica nos ofrece la oportunidad de estudiar los mecanismos de la trombosis/embolia y establecer el origen del evento. La detección de trombos por tomografia computada (TC) convencional requiere la administración de contraste yodado. La evaluacion de la densidad de electrones (DE) puede ser aproximada por TC convencional en base a las unidades Hounsfield (UH), mientras que la TC espectral mejora la capacidad de estimar la DE de forma directa y sin necesidad de modificar los protocolos de adquisición.

Objetivos: Dado que el contenido de hemoglobina aumenta localmente la densidad del material con un efecto mínimo en el número atómico, exploramos si las imágenes de DE podrían mejorar la caracterización de trombos.

Materiales y Métodos: Evaluamos material de trombectomía mayor a 5 mm obtenida de pacientes con ACV isquémico agudo, y almacenado en formol al 10%. Las imágenes fueron adquiridas utilizando un tomógrafo espectral dual y evaluadas fuera de línea por dos observadores. A un especialista en neuroimágenes se le solicito que evalúe las imágenes convencionales y determine la presencia de trombos, sin disponibilidad de análisis espectral, con la premisa de que los tubos podrían o no tener material trombótico en su interior. De forma independiente, un especialista en imágenes cardiovasculares, utilizando una ventana multiparamétrica simultanea discriminada en imágenes convencionales, imágenes monoenergéticas de 40 keV, e imágenes de DE, determino regiones de interés (ROI) tanto a nivel de los trombos como del agua de la cubeta, destacándose que la ventana multiparamétrica permite la colocalización exacta de las ROI. De este modo, se facilitó la cuantificación de la densidad del material en las mismas ROIs mediante TC convencional (UH), 40 keV (UH), y DE (porcentaje medio de DE con respecto al agua, %EDRW).



Resultados: Se incluyeron 11 trombos obtenidos mediante trombectomía en pacientes con ACV. Mediante la utilización de TC convencional, 2 (18%) trombos no pudieron ser detectados, y se identificó una probabilidad baja, intermedia, y elevada de trombo en 1 (9%), 2 (18%), y 6 (55%) casos. Mediante la evaluación espectral multiparamétrica cualitativa, se evaluaron las imágenes convencionales, monoenergéticas a 40 keV, y de DE. Las imágenes convencionales así como las monoenergéticas a 40 keV identificaron una probabilidad baja, intermedia, y elevada de trombo en 6 (50%), 4 (40%), 1 (10%) casos, respectivamente; mientras que las imagenes de DE identificaron una probabilidad baja, intermedia, y elevada de trombo en 0, 2 (20%), y 9 (82%). La figura 1 muestra con claridad la mejor evaluación cualitativa por imágenes de DE. En cuanto a la evaluación cuantitativa, los trombos presentaron una densidad media de 78.6±17.5 UH mediante evaluación convencional, de 68.6±20.8 UH mediante evaluación monoenergética a 40 keV, y de 105.6±1.1 %EDRW mediante densidad de electrones, con una relación señal ruido de 3.1±1.4 vs. 3.2±1.8, vs. 417±248.8 ($p<0.0001$), respectivamente.

Conclusiones: Este estudio preliminar demuestra por primera vez la potencial utilidad de la densidad de electrones para la detección de trombos. Esta herramienta podría representar una valiosa contribución para la evaluación de pacientes con ACV así como para descartar fuentes cardioembólicas, de particular utilidad en pacientes con contraindicación al contraste.

0512. PERFIL CLÍNICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA MUJER

Corazón y Mujer / Insuficiencia Cardíaca

Augusto MERETTA | Victor MAURO | Enrique FAIRMAN | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Adrian CHARASK | Abdiel Mateo ANQUIZ DORADO | Martin VERNAVÁ MARIANI | Carlos Manuel BARRERO

Clínica Bazterrica

Introducción: La insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) constituye al menos 20% de las hospitalizaciones en adultos mayores de 65 años. No es bien conocido si existen diferencias clínicas entre hombres y mujeres internados con esta condición.

Objetivos: Comparar si existen diferencias clínicas, pronósticas y de tratamiento en las mujeres respecto de los hombres hospitalizadas por ICD.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo de pacientes internados en forma consecutiva por ICD en Unidad Coronaria en el período Enero 2015 - Diciembre 2021. La recolección de datos fue realizada por los médicos cardiólogos tratantes y completadas en una base de datos. El análisis estadístico fue realizado por el sistema SPSS®.

	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
EDAD (MEDIANA)	84 (RIC = 83-85)	79 (78-81)	<0,001
HIPERTENSION ARTERIAL	399 (82,8%)	459 (79,4%)	NS
DIABETES	118 (24,5%)	189 (32,7%)	0,009
IRC	55 (11,4%)	167 (28,9%)	<0,001
HIPOTIROIDISMO	125 (25,9%)	66 (11,4%)	<0,001
FA	144 (29,9%)	183 (31,7%)	NS
DISFUNCIÓN SISTÓLICA	158 (33,1%)	375 (65,3%)	<0,001
TRATAMIENTO PREVIO	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
IECA/ARA2			
BETABLOQUEANTES	275 (57,1%)	337 (58,3%)	NS
FUROSEMIDA	168 (34,9%)	244 (42,3%)	0,014
TIAZIDA PREVIA	37 (7,7%)	25 (4,3%)	0,025
ANTECEDENTES	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
IAM PREVIO	55 (11,4%)	182 (31,5%)	<0,001
ATC PREVIA	52 (10,8%)	145 (25,1%)	<0,001
CRM PREVIA	19 (4,0 %)	74 (12,8%)	<0,001
VALVULOPATIA PREVIA	99 (20,5%)	91 (15,7%)	0,045
REEMPLAZO VALVULAR	26 (5,4%)	30 (5,2%)	NS
IC PREVIA	137 (28,4%)	187 (32,4%)	NS
IMPLANTE MCP	58 (12,0%)	98 (17,0%)	0,024
ANTEC CARDIOVASCULARES (CORONARIOS ACV VASC PERIF)	120 (24,9%)	276 (47,8%)	<0,001
ETIOLOGÍA CORONARIA	57 (11,8%)	244 (38,8%)	<0,001
ETIOLOGÍA VALVULAR	119 (24,7%)	97 (16,8%)	<0,001

RESULTADOS	MUJERES N = 482	HOMBRES N = 578	P =
DIAS DE INTERNACIÓN (MEDIANA)	6 (RIC 5-7)	6 (RIC 4-8)	NS
BIC DE FUROSEMIDA	55 (13%)	115 (19,8%)	<0,001
INOTROPICOS EV	43 (8,9%)	86 (14,8%)	0,003
USO DE VNI	100 (20,7%)	107 (18,5 %)	NS
MUERTE HOSPITALARIA	34 (7%)	39 (6,7%)	NS
MORTALIDAD 90 DÍAS (N = 721)	39 (12%)	55 (13%)	NS

Resultados: Fueron incluidos 1060 pacientes, de los cuales 482 (45,4 %) fueron mujeres. La mediana de edad de la población fue 82 años (RIC 25-75 —› 74-87). Las mujeres evidenciaron comparativamente, edad más avanzada, menor porcentaje de insuficiencia renal crónica y menor disfunción sistólica (ver tabla). La causa valvular fue más frecuente en mujeres (24,7 vs 16,8% P < 0,001) mientras que la coronaria lo fue en hombres (31,5% vs 11,4 % P < 0,001). La forma de presentación fue principalmente congestiva en ambos grupos (68% vs 73,3% P = NS). Se utilizó en mujeres menos inotrópicos (8,9% vs 14,8% P = 0,003) y furosemida en infusión continua (13% vs 19,8% P <0,001). No hubo diferencias en la mediana de internación entre ambos grupos (6 días RIC 5-7), así como tampoco en la mortalidad (7% y 6,7% P = NS).

Conclusiones: Pese a que no se observaron diferencias en la mortalidad y en la evolución, en una población anciana con ICD, las mujeres evidenciaron mayor edad, mayor FSVI preservada y más causa valvular. Las estrategias terapéuticas fueron apropiadas al perfil clínico (edad, insuficiencia renal, función ventricular y etiología), con un resultado clínico final similar.

0513. REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA – NUESTROS DATOS NACIONALES (ARGEN IC)

Insuficiencia Cardíaca / Cardiología Clínica

Julieta SORICETTI | Alberto FERNANDEZ | Guillermina SORASIO | Paula PEREZ TERNS | Diego ARAKAKI | Analia Laura GUAZZONE | Nicolas CARUSO | Adrián José LESCANO

Áreas SAC: Área de Investigación

Caracteristicas basales (tabla n° 1)

Variables	Valores
Edad media (años)	73 (±4.2)
Sexo Masculino (%)	57
HTA (%)	76.61
Diabetes Mellitus (%)	31.1
Tabaquismo (%)	20.9
Dislipemia (%)	45.27
IC Previa(%)	37.07
Fibrilación auricular crónica (%)	37.42
Obesidad(%)	18.56
IRC (%)	9.48
EPOC (%)	14.3
ACV(%)	4.2

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) constituye la principal causa de hospitalización en pacientes de edad avanzada. La información disponible en nuestro país en la población que padece esta entidad continúa siendo limitada.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, estrategias diagnósticas, terapéuticas y complicaciones durante la internación en los pacientes con ICA incorporados al registro ARGEN -IC. Materiales y métodos: Estudio nacional, prospectivo, observacional, multicéntrico que incluyó pacientes (p) con ICA

desde 2018 a 2021. Se registraron datos de filiación, características clínicas, ecocardiográficas, bioquímicas y terapéuticas, durante la fase de hospitalización así como las complicaciones. Se definió IC con Fey preservada (ICFP)>= 50%, IC Fey levemente reducida (ICFLr) 49-41% y deteriorada (ICFD)=< 40%. Los criterios de definición para todas las variables utilizadas se basaron en las guías internacionales. Los datos se incorporaron en la base de Survey monkey y se analizaron con el programa estadístico STATA. En relación a la distribución de las variables se utilizó el test de t (cuantitativas), chi cuadrado (cualitativa) y correlación de Pearson. Resultados: Se incluyeron 1773 p , con una edad media de 73 años (+=14.2) y 57% sexo masculino. La etiología predominante fue la isquémico necrótica 25.8%, desconocida 22.5%, valvular 20.3% ,hipertensiva 13,2%, idiopática 4% . La tabla 1 demuestra las características basales y comorbilidades, presentes estas últimas en el 46,2%. La forma de presentación clínica más frecuente fue congestión mixta 52.1%, pulmonar 24.1%, simple 7,8%, edema pulmonar 11.9% y shock cardiogénico 3,9%. En relación a los factores precipitantes en el 28.4% fue desconocido, seguido de infección 16.1%, transgresión alimentaria 13.3%, inadecuada adherencia al tratamiento 11.6% . Parámetros ecocardiográficos: ICFP 35,8 %, ICFLr 13 % e ICFD 52 %, con disfunción diastólica moderada y severa en 49.3%. En el 64% se dosó biomarcadores al ingreso y tan solo 34% al egreso. El peso al ingreso se registró en 75 % y 31% al alta. Tratamiento en el agudo: furosemida 90,7% (bolo 81,25% , infusión 18,75%), vasodilatadores 40,2% , inotrópicos 14,9%, ARM 7,33%, VNI 14,4% . Eventos intahospitalarios: Insuficiencia renal aguda 11,68%, sepsis 6,26%, shock cardiogénico 5,58%; con mortalidad global 7.95% (5,7% de causa cardiovascular). Tratamiento al egreso: B bloqueantes 76,6%, IECA/ARAII/ARNI 81%, antialdosterónicos 42,49%. El 20,65% recibió vacunación. La derivación a rehabilitación cardiovascular fue del 25%.

Conclusión: El registro ARGEN IC es una muestra representativa de nuestra realidad nacional, con una población heterogénea, con edad media avanzada, y alto porcentaje de comorbilidades. A pesar del conocimiento por parte del personal de salud sobre el efecto benéfico de la implementación de las guías de práctica clínica, en nuestra región las estrategias diagnósticas y terapéuticas continúan siendo subutilizadas.

0514. EVALUACIÓN DEL USO DEL ESTUDIO GENÉTICO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD

Miocardiopatías

Bruno BOCCI | Rocio BLANCO | Marianna Silvia GUERCHICOFF LEMCKE | María Mercedes SAENZ TEJEIRA | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El test genético para el estudio de pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MH) está recomendado por las guías de práctica clínica. Basado en datos de estudios unicéntricos y centros de referencia, se reportan hallazgos de variantes patogénicas en aproximadamente el 60-80% de los sujetos estudiados.

Objetivos: Evaluar el resultado del estudio genético diagnóstico en pacientes con criterios clínico-imagenológicos de MH atendidos en el consultorio de miocardiopatías en un hospital de la comunidad.

Materiales y Métodos: Se invitó a un grupo de pacientes adultos consecutivos evaluados en el consultorio de miocardiopatías y con diagnóstico clínico-imagenológico de MH a realizar el test genético con un panel amplio de genes vinculados a miocardiopatías. Los criterios diagnósticos de MH fueron los habitualmente establecidos por las guías: espesores parietales >= 15 mm sin evidencias de sobrecarga de presión o volumen que justifique el grado de hipertrofia. Las mediciones se obtuvieron por ecocardiograma o resonancia cardiaca. Los estudios genéticos se realizaron mediante muestras de saliva o hisopado bucal y se analizaron mediante técnicas de NGS (next generation sequencing) más de 157 genes relacionados con la MH.

Resultados: Se evaluaron 25 pacientes adultos consecutivos con diagnóstico de MH que aceptaron realizarse el test genético. De estos pacientes, 5 (20%) presentaron una variante genética patogénica o probablemente patogénica. Acorde con la literatura, el gen más frecuentemente hallado fue el gen MYBPC3 (myosin binding protein C) en 3 pacientes, y otros dos pacientes presentaron variantes en FKTN (Fukutin) y ACTC1 (Alpha actin cardiac muscle), respectivamente. Por otro lado, 16 sujetos presentaron variantes de significado incierto (VUS); de los cuales en todos ellos se hallaron 2 VUS, 7 sujetos presentaron 3 VUS, 3 sujetos presentaron 4 VUS y 2 sujetos presentaron 5 VUS. Del total de los pacientes estudiados, 4 sujetos (16%) tuvieron resultados completamente negativos.

Conclusiones: En esta pequeña muestra consecutiva de pacientes adultos con MH en un hospital de la comunidad, se evidenció que el porcentaje de nuestros pacientes con MH en los que se obtuvo un estudio genético positivo (con detección de variantes patogénicas o probablemente patogénicas) fue menor al reportado en la bibliografía. La alta frecuencia de variantes de significado incierto que encontramos podría estar vinculado al panel extenso de genes utilizados y resalta la importancia que tiene el seguimiento de estos pacientes por equipos multidisciplinarios con experiencia en la interpretación y reevaluación periódica de los resultados del estudio genético.

0515. TIEMPOS DE ATENCIÓN EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DENTRO DE POBLACIONES ESPECIALES: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Maria Victoria GHIO | Josefina ARIAS MAHIQUES | Ezequiel QUINTANA | Magali BORNER | Cecilia MARPEGAN | Brenda MANGARIELLO | Patricia Carmen GITELMAN | Simón Mario SALZBERG

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: El infarto agudo de miocardio es una de las principales causas de muerte en nuestro país, por lo que reconocer sus formas de presentación para evitar un retraso en los tiempos de atención resulta fundamental. Existe un grupo de pacientes como mujeres, diabéticos y ancianos que suelen presentar cuadros atípicos lo cual dificulta su diagnóstico y tratamiento.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva que incluyó 380 pacientes de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Información extraída de base de datos de pacientes que ingresaron en forma consecutiva a Unidad Coronaria desde Septiembre de 2008 hasta Abril de 2022. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de IAMCEST. Dos grupos, GRUPO A: hombres menores de 75 años y pacientes sin antecedentes de diabetes; GRUPO B: mujeres, diabéticos/as y hombres mayores a 75 años. Outcome primario: tiempo de ventana en minutos. Outcomes secundarios: tiempo en minutos desde el inicio del dolor a la consulta médica y puerta balón.

CARACTERISTICAS BASALES

	Grupo A (n: 238) 62.63%	Grupo B (n: 142) 37.37%	P
EDAD	57.4 (56.2-58.6)	67.9 (65.8-70.1)	0.000
SEXO MASCULINO	238 (100%)	74 (52.11%)	0.000
DIABETES	0	62 (43.66%)	0.000
ANTECEDENTES:			
- Hipertensión	100 (42.02%)	74 (52.11%)	0.056
- Dislipemia	71 (29.83%)	48 (33.80%)	0.419
- IAM	38 (15.90%)	26 (18.31%)	0.543
- ATC previa	35 (14.64%)	21 (14.79%)	0.969
- CRM previa	3 (1.26%)	3 (2.11%)	0.516
- TBQ/ex TBQ	178 (74.48%)	81 (57.45%)	0.001
- ACE	12 (5.02%)	12 (8.45%)	0.183
- Insuf. cardiaca	2 (0.84%)	3 (2.11%)	0.292
COMPLICACIONES MECÁNICAS	14 (5.93%)	8 (5.67%)	0.430
COMPLICACIONES ELÉCTRICAS	50 (21.19%)	38 (26.95%)	0.200

PUNTOS FINALES

	Grupo A (n: 238) 62.63%	Grupo B (n: 142) 37.37%	P
OUTCOME PRIMARIO			
Ventana (minutos)	295.74 (IQ: 163-350)	362.74 (IQ: 184-460)	0.0004
OUTCOMES SECUNDARIOS			
Inicio dolor-Consulta (minutos)	154.56 (IQ: 45-165)	220.67 (IQ: 60-252.5)	0.0005
Puerta-Balón (minutos)	144.37 (IQ: 94-155)	160.82 (IQ: 100-180)	0.0473

ANALISIS DE SUBGRUPOS

	Ventana (minutos)	P
Edad >75 años (n: 54)	392.75 (IQ: 210-505)	0.0023
Sexo femenino (n: 68)	372.19 (IQ: 181.5-477)	0.0323
Diabetes (n: 62)	354.52 (IQ: 180-395)	0.1075
	Inicio dolor-Consulta (minutos)	
Edad >75 años (n: 54)	276.75 (IQ: 60-312.5)	0.0019
Sexo femenino (n: 68)	247.79 (IQ: 60-310)	0.0134
Diabetes (n: 62)	211.02 (IQ: 60-240)	0.0756
	Puerta-Balón (minutos)	
Edad >75 años (n: 54)	168.5 (IQ: 100-190)	0.1942
Sexo femenino (n: 68)	168.66 (IQ: 99.5-194.5)	0.1545
Diabetes (n: 62)	169.87 (IQ: 103-175)	0.1459

Objetivos: Evaluar si los pacientes que se internan con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) dentro del grupo en el cual se reportan mayor proporción de presentaciones atípicas muestran demoras en los tiempos de atención.

Resultados: n: 380, 17.89% (68) sexo femenino, media de edad de 61.34 años (+/-11.9). Se observó una diferencia estadísticamente significativa (p: 0.0004) en el tiempo de ventana en minutos en aquellos perteneciente al grupo B respecto al grupo A, con una mediana de 362.74 minutos (rango intercuartilo (IQ) 184-460 min) vs. 295.74 minutos (IQ 163-350 min) respectivamente. Por otra parte, el tiempo desde el inicio de dolor a la consulta médica fue de 220.67 min (IQ: 60-252.5 min) para el grupo B y de 154.56 min (IQ: 45-165 min) para el grupo A, con una diferencia estadísticamente significativa (p: 0.0005). Finalmente, el tiempo puerta balón fue de 160.82 min en el grupo B (IQ: 100-180 min) y 144.37 min en el grupo A (IQ: 94-155 min) con una p: 0.0473. En el analisis de subgrupos se evidenció una diferencia estadisticamente significativa en el grupo de mayores de 75 años y el de sexo femenino tanto para el tiempo de ventana (>75 años: 392.75 min, p: 0.0023; sexo femenino: 372.19 min, p: 0.0323) como para el tiempo de inicio de dolor a la consulta médica (>75 años: 276.75, p: 0.0019; sexo femenino: 247.79, p: 0.0134).

Conclusiones: Los pacientes dentro del grupo perteneciente a poblaciones especiales mostraron un retraso en el tiempo de ventana a expensas de una demora en el tiempo hasta la consulta médica. Dicho hallazgo pone en evidencia la necesidad de estrategias de promoción de salud para educar a la población, especialmente mujeres y aquellos de edad avanzada, sobre los diferentes cuadros clínicos con los que se puede manifestar un IAMCEST y la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano.

0516. ORIGEN ANOMALO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR ECOCARDIOGRAFIA. Y LUEGO QUE?

Ecocardiografía / Multimagen

Iván CONSTANTIN | Candela Denise OESTEREICHER | Ángeles Silvina VENTURA | Julieta DENES | Luciano DE STEFANO | Gerardo MASSON | Maria Celeste CARRERO | Pablo Guillermo STUTZBACH

Instituto Cardiovascular San Isidro (ICSI)

Introducción: El origen anómalo de las arterias coronarias (OAAC) es una entidad infrecuente con una prevalencia descripta entre el 0,09-0,82% según la técnica utilizada y la población estudiada. Se clasifican de acuerdo a su origen y su recorrido. La mayoría de ellas suele ser benigna, sin embargo, un subgrupo presenta mayor probabilidad de desarrollar muerte súbita (origen de la coronaria izquierda o derecha del seno opuesto con un recorrido interarterial). El OAAC es cada vez más reconocido gracias a la mejor definición de los equipos de ultrasonido, la mayor capacidad de los operadores de reconocerlas. La identificación de una imagen vascular rodeando el sector posterior de la aorta en el ecocardiograma transtorácico ha recibido el nombre de RAC sign (retroaortic anomalous coronary) y su variante más frecuente es la arteria circunfleja con nacimiento en el seno derecho y un recorrido retroaórtico (imagen 1). Si bien se la considera una variante benigna, se desconoce si es que esta anomalía se asocia a otras no tan fáciles de identificar por ecocardiografía. La necesidad de profundizar su estudio con otros métodos de imágenes que permitan evaluar el resto del árbol coronario se desconoce.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son conocer la prevalencia de las anomalías del origen de las arterias coronarias diagnosticadas por ecocardiografía, determinar en cuantos de ellos se profundizo el diagnostico y evaluar la coexistencia del origen anómalo de la arteria circunfleja con otras anomalías y/o características de riesgo.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva entre los informes de ecocardiografía realizados por ambulatorio en un centro de cardiología de alta complejidad entre marzo de 2018 y diciembre de 2021. Se pesquisó en la historia clínica si el hallazgo de el OAAC llevo a profundizar el diagnostico (realización de angiotomografía coronaria o prueba de apremio) Se clasificaron las anomalías según el tipo y número de arterias comprometidas, su recorrido, angulo de emergencia, etc. Se excluyeron los pacientes con cardiopatías congénitas complejas y aquellos OAAC con origen alto en el seno correcto o con origen en la arteria pulmonar. Las variables discretas se expresan como porcentaje y las continuas como media±desvío standard.

Variable	n41
Edad (años)	51,9±14,1
Genero femenino (%)	45
Espesor septal (cm)	1,02±0,33
Espesor lateral(cm)	0,88±023
Vol AI (ml/m²)	30±13,9
Fey (%)	62±4,7

Resultados: De un total de 26260 informes pesquisados, 41 presentaron sospecha de OAAC (0.19%), 40 coronarias izquierdas con origen anómalo en el seno derecho con recorrido retroaórtico y 1 coronaria izquierda con nacimiento en el seno derecho y recorrido subpulmonar. La Tabla 1 describe las características de la población. Se solicitaron 17 angiotomografías coronarias (41,5%) y 20 pruebas de apremio (48,8%). En 10 pacientes se realizaron ambos estudios. Ningún paciente presento isquemia en la prueba de apremio. En 16 de 17 pacientes la angiotomografía coronaria confirmo el diagnostico de origen anómalo de la circunfleja en el seno derecho con recorrido retro aórtico (verdadero positivo), el paciente restante no presento OAAC (falso positivo). En 3 de los 16 OAAC confirmadas por angiotomografía, el estudio aporto información adicional (2 anomalías asociadas en el origen de la descendente anterior y 1 origen de circunfleja retroaórtica con ángulo de emergencia de la pared aortica ‹45°).

Conclusiones: Las anomalías del origen de las arterias coronarias son un hallazgo infrecuente y la mayoría de ellas son de bajo riesgo. La variante más frecuente es el origen anómalo de la arteria circunfleja con recorrido retroaórtico que puede ser correctamente reconocida por ecocardiografía. La angiotomografía agrega información adicional al lograr identificar anomalías asociadas de otras coronarias y evaluar la angulación del origen de las coronarias anómalas

0517. SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTEMICO EN PEDIATRIA: IMPORTANCIA DE LA EVALUACION INICIAL DE LOS PARAMETROS DE LABORATORIO.

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Cardiología Clínica

Julian RODRIGUEZ KIBRIK | Mariana Elisa CAZALAS | Maria Lucila PETRILLO | Hyon Ju CHOE | Alejandro GOLDSMAN | Maria GRIPPO | Angela SARDELLA | Silvia BALEANI

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez

Introducción: El síndrome inflamatorio multisistémico en pediatría (S.I.M-C o P.I.M.S.) es una de las complicaciones más agresivas de la infección por el virus SARS-CoV-2. Es infrecuente y suele aparecer de 2 a 6 semanas luego de haber presentado COVID-19. EL espectro de presentación es amplio: desde un cuadro Kawasaki like hasta el shock con compromiso multisistémico. Se han descripto asociaciones entre valores de laboratorio y mala evolución de la enfermedad, pero no existes puntos de corte de valores asociados que predigan la misma.

Objetivos: Describir la experiencia en un centro de referencia de un hospital pediátrico y comparar parámetros de laboratorio entre pacientes que presentaron Shock y quienes no. Secundariamente se buscó determinar la validez en términos de sensibilidad y especificidad de los mismos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes internados con SIM-C entre Mayo 2020 y Junio 2021 en un Hospital pediátrico. Hubo 32 pacientes con diagnóstico confirmado (según definición del Ministerio de Salud de la Nación). La edad promedio fue de 9,33 años, con una distribución 1 a 1 entre sexos. Se obtuvieron datos clínicos, cardiológicos y de laboratorio. Se compararon los valores de troponina I ultrasensible, ProBNP, plaquetas y linfocitos al momento del diagnóstico. Luego se analizaron en conjunto y separando a los pacientes en dos grupos: A- con shock , B- sin shock.

Tabla 1

Paciente	Shock	Inotrópicos	Troponina I Ultrasensible (ng/l)	ProBNP (pg/ml)	Plaquetas (n/mm3)	Linfocitos (n/mm3)
1	SI	SI	720	7148	292.000	2500
2	SI	SI	103.3	29	210.000	600
3	SI	SI	88.8	22398	197.000	600
4	SI	SI	17.9	20650	243.000	600
5	SI	SI	5.4	2331	485.000	2300
6	SI	SI	82	97390	15.000	4500
7	SI	SI	142	23140	138.000	12000
8	SI	SI	74	12217	140.000	890
9	SI	SI	295	4119	158.000	1690
10	SI	SI	17	25000	224.000	600
11	No	SI	723	6012	159.000	300
12	No	SI	37.2	2942	199.000	896
13	No	SI	783	7948	437.000	600
14	No	No	9.9	<300	270.000	1800
15	No	No	153	<300	226.000	2.500
16	No	No	40.5	3621	269.000	1500
17	No	No	9.2	<300	210.000	1600
18	No	No	77.3	538	164.000	4600
19	No	No	4.9	130	138.000	2600
20	No	No	179.5	1324	193.000	3100
21	No	No	4.9	252	115.000	690
22	No	No	27.9	418	261.000	2600
23	No	No	8.6	558	434.000	2700
24	No	No	90	2942	267.000	1200
25	No	No	1035	1852	220.000	1400
26	No	No	46.1	3855	163.000	1218
27	No	No	4.9	822	162.000	1200
28	No	No	33	1914	224.000	1184
29	No	No	8.9	1237	219.000	1050
30	No	No	7.3	4188	297.000	1700
31	No	No	156.6	813	449.000	3520
32	No	No	4.9	874	127.000	5124

Resultados: De 32 pacientes con SIM-C, 10 presentaron shock (Grupo A), y 22 pacientes, no (grupo B). Trece niños requirieron de inotrópicos (por shock o por disfunción miocárdica). La linfopenia (linfocitos <1.000/mm3) se encontró presente en el 61% de los pacientes que requirieron drogas inotrópicas, mientras que entre los 19 pacientes que no las requirieron, sólo 1 presentó linfopenia. La misma presentó una especificidad del 95% y un Valor Predictivo Positivo (VPP) del 89% para el uso de agentes inotrópicos. Se analizaron los valores de troponina (elevada >19 ng/l) junto a los de ProBNP. Dada la gran variabilidad en los valores de ProBNP se utilizó un punto de corte de 2000 pg/ml (valor intermedio entre el promedio y la mediana de los pacientes que no presentaron shock). Usando esos valores en conjunto en forma dicotómica y shock como outcome se encontró una sensibilidad del 60%, una especificidad del 73% y un valor predictivo negativo del 80%. Ningún paciente con troponina en rango normal y valores de ProBNP <2.000 pg/ml presentó shock ni requirió inotrópicos. Tres pacientes del Grupo B presentaron valores de ProBNP >4.000 pg/ml. Si utilizamos este valor como corte junto a troponina >19ng/l, midiendo el mismo outcome, la sensibilidad continuó en el 60%, pero la la especificidad aumentó al 91%. El 30% (3/10) de los pacientes con shock presentaron trombocitopenia (recuento plaquetario <150mil/mm3), mientras que en el Grupo B sólo el 13% (3/22). La sensibilidad de la plaquetopenia como valor aislado en shock fue del 30%, en tanto que la especificidad, del 86%.

Conclusiones: Los resultados de troponina elevados y de ProBNP >4000 pg/ml presentan una alta especificidad como marcador para shock y valores normales de troponina y ProBNP < 2000 pg/dl tiene un alto valor predictivo negativo. La plaquetopenia tiene una baja sensibilidad, pero alta especificidad para shock. La linfopenia es altamente específica en cuanto a la necesidad de uso de inotrópicos. Si bien no todos los centros tienen la disponibilidad de realizar troponina o ProBNP, la fórmula leucocitaria y el recuento de plaquetas se encuentran ampliamente disponibles. El uso de los valores de laboratorios en el manejo inicial y para decidir la pronta derivación a un centro de mayor complejidad pueden ser de vital importancia.

0519. REGISTRO PILOTO ACERCA DEL USO DE GLIFLOZINAS EN PACIENTES CON INSUFICENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DETERIORADA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.

Insuficiencia Cardíaca / Cardiología Clínica

Alfredo Matías RODRIGUEZ GRANILLO | Ana DAROCA | Lucrecia GIOVANINI | Mirta Daniela LOBIANCO | Eder MENESES | Lisandro PEREZ VALEGA | Valeria CUROTTO | Carolina SALVATORI

Consejos: Cardiología Clínica y Terapéutica "Dr. Tiburcio Padilla"

Introducción: En la actualidad los inhibidores del contransportador sodio-glucosa tipo 2 (gliflozinas) pertenecen al grupo de drogas recomendadas para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (ICC) con fracción de eyección (FEY) <40% con nivel de evidencia I. No se conoce si su uso en la práctica clínica diaria es frecuente.

Objetivos: Reconocer la penetrancia del uso de las gliflozinas en la práctica diaria, las características demográficas y clínicas de quienes la reciben y las posibles causas de su no utilización en el ámbito público y privado de nuestro país.

Materiales y Métodos: Estudio piloto de cohorte, prospectivo y observacional de pacientes con ICC crónica con FEY reducida que fueron evaluados por cardiólogos del Consejo de Cardiología Clínica y Terapéutica de la Sociedad Argentina de Cardiología tanto en forma ambulatoria como en la internación por ICC entre los meses de febrero y abril de 2022 en distintos centros, públicos y privados en el Area Metropolitana de Buenos Aires y la ciudad de Córdoba. Se realizó un subanálisis en donde los pacientes fueron categorizados de acuerdo a si recibían o no gliflozinas y se compararon ambos grupos. Además se evalúo el origen de la patología (si era o no isquémico necrótica), la cobertura médica o si estaban recibiendo las otras tres clases de drogas recomendadas (betabloqueantes, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)/ Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA)/ Inhibidor de la neprilisina (ARNI), antialdosterónicos). Se registraron las características demográficas y clínicas, y se categorizaron posibles causas de incumplimiento del tratamiento recomendado. Se tomaron variables cualitativas como porcentajes que se compararon con test de chi2 o Fisher y variables cuantitativas como media con desvío estándar y comparadas mediante Test de ANOVA.

	Gliflozinas si (n=31)	Gliflozinas no (n=33)	valor de p
Edad, años	60,4 +/- 13,3	64,1 +/- 13,4	0.28
Sexo masculino, %	67,7	66,7	0,92
Cobertura médica privada, %	61,3	18,2	<0.001
Estudios terciarios/universitarios, %	51,6	30,3	0.08
Origen isquémico necrótico, %	70,9	45,4	0.03
TAS, mmHg	112 +/- 16,3	114 +/- 16,4	0.75
Hipertensión arterial, %	58,1	69,7	0.33
Tabaquismo, %	16,1	3,0	0.07
Dislipemia, %	58,1	45,4	0.31
Diabetes, %	25,8	18,2	0.46
Infarto previo, %	58,8	42,4	0.32
Revascularización previa, %	61,3	33,3	0.02
Stroke previo, %	16,1	6,1	0.19
Fibrilación auricular conocida, %	32,3	24,2	0.47
Hipotiroidismo, %	19,3	9,1	0.23
Anemia, %	16,1	33,3	0.11
Insuficiencia renal crónica, %	25,8	24,2	0.88
Clase funcional NYHA III /IV, %	32,3	42,4	0.40
Hb, g/dl	13,1 +/- 2,4	12,1 +/- 2,1	0.10
Creatinina, mg/dl	1,75 (0,6-10)	1,54 (0,7-3,9)	0.57
K, mEq/l	4,4 +/- 0,6	4,2 +/- 0,5	0,24
Seguimiento con NT-ProBNP/BNP, %	25,8	39,4	0.25
Fracción de eyección ventrículo izquierdo (Simpson), %	32,3 +/- 6,9	30,7 +/- 5,3	0.35
Diámetro diastólico, mm	58 +/- 6,9	60,4 +/- 6,9	0.21
Presión sistólica arteria pulmonar, mmHg	39,6 +/- 9,4	43 +/- 14,3	0.48
TAPSE, mm	17,8 +/- 4,2	17 +/- 4,9	0.60
Uso de IECA/ARA2/ARNI, %	90,3	75,8	0.12
Uso de betabloqueantes, %	96,8	93,9	0.95
Uso de antialdosterónicos, %	80,6	54,5	0.02
Terapia eléctrica, CDI, %	16,1	15,1	0.91

Resultados: 8 cardiólogos del consejo, del ámbito público y privado incluyeron 64 pacientes (pt) al registro, 31 pt recibieron gliflozinas (Gli si) y 33 no lo hicieron (Gli no), la edad fue numéricamente mayor en el grupo Gli no (p=0,28), el índice de masa corporal fue numéricamente mayor en el grupo que Gli no (27,1+/-5,5 vs 29,5 +/- 6,2; p=0.14). La fisiopatología de la ICC fue isquémico necrótica en el 70,9% del grupo gliflozinas vs 45,4% del grupo que no recibía (p=0.03). La cobertura privada fue significativamente mayor en el grupo que recibía la droga (61,3% vs 18,2%; p<0.001) y hubo diferencias numéricas en cuanto al nivel de instrucción de los pt que recibían la droga (51,6% vs 30,3%; p=0.08). No hubieron diferencias en cuanto a la fracción de eyección (32,3 +/- 6,9% vs 30,7 +/- 5,3%; p=0.35), el diámetro diastólico (58 +/- 6,9 mm vs 60,4 +/- 6,9 mm; p=0.21) o la Presión sistólica de la arteria pulmonar (39,6 +/- 9,4 mmHg vs 43 +/- 14,3 mmHg; p=0,48) al comparar Gli si vs Gli no, aunque las diferencias numéricas marcaron una tendencia hacia un peor Ecocardiograma del grupo que no recibía. Al evaluar el tratamiento médico, el uso de antialdosterónicos fue significativamente mayor en el grupo Gli si (80,6% vs 54,5%;p=0.02). La gliflozina mas utilizada fue la empagliflozina (64,5% vs 35,5%). En la tabla se muestran las características demográficas, clínicas, de laboratorio, ecocardiográficas y de tratamiento de la población.

Conclusiones: Si bien el tamaño muestral es pequeño, este registro piloto es el primero que evalúa el uso de estas nuevas drogas para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deteriorada en nuestra población. La cobertura médica privada y el origen isquémico necrótico de la patología fueron variables que se relacionaron con su mayor utilización.

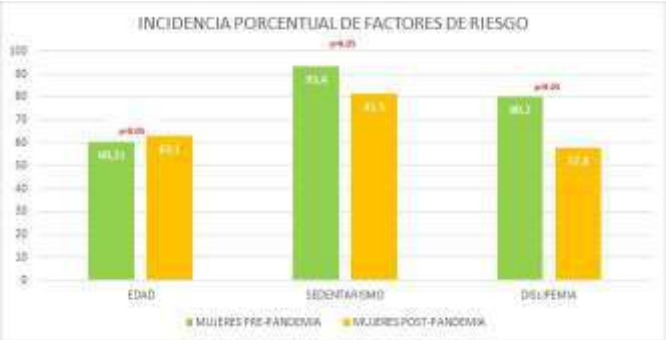
0525. MODIFICACIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN FEMENINA CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA DURANTE EL PERÍODO DE PANDEMIA

Cirugía Cardiovascular / Corazón y Mujer

María Belen ROSELL | Marilyn Eugenia TORO CARDENAS | Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS | Alejandro TRAININI | Pablo Matías STAZZONE | Tomás Edward LLANOS TIRADO | Alejandra Inés CHRISTEN | Fabian CRESPO

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: La mujer tiene factores de riesgo cardiovasculares únicos, vinculados a su propia biología que impactan en su salud cardiovascular. Además, la mujer latinoamericana tiene particularidades propias relacionadas a su etnia y cultura.



Objetivos: Comparar las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad cardíaca entre la población femenina y masculina con indicación de Cirugía Cardíaca en un Hospital Público de tercer nivel de la provincia de Buenos Aires. Comparar los factores de riesgo en la población femenina pre y post pandemia.

Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes (P) consecutivos, que tuvieron indicación de Cirugía Cardíaca, entre Enero de 2018 y Diciembre de 2021. Se tomaron variables epidemiológicas relacionadas con factores de riesgo cardiovasculares tradicionales (FRCV) y antecedentes clínicos. Se utilizaron las pruebas Test de Student y Chi-Cuadrado (SPSS v24).

Resultados: En el período 2018-2019 tuvieron indicación quirúrgica 302 P, 76 mujeres (M) (25.1%) y 226 hombres (H) (74.8%), 58±11.2 años (M: 60±12.9 vs H: 58±10.5; pns); y entre 2020-2021, 182 P, 38 M (20.8%) y 114 H (79.2%), 59±10.4 años (M: 63±11.4 vs H: 58±10.0; p<0.05). En los años 2018-2019 se observó diferencia significativa en: tabaquismo previo (M: 19.7% vs H: 38.4 %; p=0.002), infarto agudo de miocardio (IAM) previo (M: 39.4% vs H: 59.3%; p<0.005) y deterioro de función ventricular izquierda (M: 18.4% vs H: 41.1%; p<0.005). Los FRCV como hipertensión arterial, sedentarismo, dislipemia, tabaquismo actual, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre M y H. En los años 2020-2021 se observó únicamente diferencia significativa en TBQ actual (M: 13.1% vs H: 34.7%; p<0.005) e IAM previo (M: 47.3% vs H: 67.3%; p<0.05). De la comparación de los períodos 2018-2019 vs. 2020-2021 (bienio de pandemia) surgió que las M recibieron una indicación significativamente mayor de cirugía de reemplazo valvular en ambos períodos con respecto a los H (M: 44.7% vs H: 22.4%; p<0.0001). Al comparar las M en 2018-2019 (M1) vs. en 2020-2021 (M2) se observó que durante el último período recibieron mayor indicación de implante de válvula biológica (M1: 6.5% vs. M2: 26.3%, p<0.005), con edad media 60±12.6 años (M1: 60±12.9 vs. M2: 63±11.4, p<0.05). Se observó diferencia significativa en FRCV: sedentarismo (M1: 93.4% vs M2: 81.5%; p=0.05) y dislipemia (M1: 80.2% vs M2: 57.8%; p<0.05). Los FRCV hipertensión arterial, tabaquismo previo y actual, enfermedad obstructiva crónica, diabetes mellitus, IAM previo y deterioro de función ventricular no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Conclusiones: En los años 2018-2019 se observó que las mujeres que tenían indicación de Cirugía Cardíaca presentaron menor incidencia de tabaquismo e IAM previo y una consecuente función ventricular más conservada, con respecto a la población masculina. En los años 2020-2021 se observó que eran más añosas, con una menor incidencia de tabaquismo actual e IAM previo, con respecto a los hombres. Al comparar ambos períodos, las mujeres con indicación quirúrgica durante la pandemia eran más añosas, dislipémicas y sedentarias que aquellas operadas previo a este ciclo. Durante ambos períodos se encontró una mayor proporción de indicación de cirugía de reemplazo valvular en la población femenina. Finalmente, se observó un aumento en indicación de implante de válvula biológica durante la pandemia.

0528. CIERRE PERCUTÁNEO DE DEFECTOS MÚLTIPLES DEL TABIQUE INTERAURICULAR MEDIANTE IMPLANTE DE DOS DISPOSITIVOS: EXPERIENCIA INICIAL CON DISPOSITIVOS NIT-OCCLUD® ASD-R Y PFO.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Facundo LEDESMA | Alejandro CONTRERAS | Marcelo Sebastián CABRERA | Alejandro Román PEIRONE

Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba

Introducción: El cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular es desafiante y en la mayoría de estos casos es necesario el implante de más de un dispositivo para lograr el cierre completo. La estrategia más aceptada consiste en la utilización de un dispositivo de comunicación interauricular (CIA) para la oclusión del defecto mayor, seguido del implante de otro dispositivo de CIA, foramen oval permeable (FOP) o cribiforme para ocluir el/los restantes. Sin embargo, aún no existe un claro consenso sobre técnicas de abordaje y tipos de dispositivos a utilizar para el cierre de estos defectos.

Objetivos: Reportar nuestra experiencia inicial en el cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular mediante implante de dos dispositivos pfm Nit Occlud® (pfm Medical, Cologne, Germany) utilizando diferentes estrategias.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes en los que se realizó cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular mediante implante de dos dispositivos entre noviembre de 2019 y agosto de 2021. Se incluyeron características demográficas, tipo de defecto, técnica de cierre y resultados.

Paciente	Tipo de defecto	Primer dispositivo	Shunt residual	Segundo dispositivo
#1	Aneurisma multi fenestrado del SA + FOP + CIA 7 mm	30 mm Nit-Occlud PFO-R	12 mm	18 mm Nit-Occlud ASD-R
#2	Aneurisma del SA + CIA múltiple (> 4 defectos)	35 mm Nit-Occlud PFO-R	12 mm	14 mm Nit-Occlud ASD-R
#3	2 CIA	20 mm Nit-Occlud ASD-R	14 mm	16 mm Nit-Occlud ASD-R
#4	2 CIA (Cierre en dos tiempos)	20 mm Nit-Occlud ASD-R	15 mm	16 mm Nit-Occlud ASD-R

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes, 3 de sexo masculino, con una mediana de edad de 44.5 años (35 -64), y una mediana de peso de 73 kg (40-76). Las características de los defectos múltiples del tabique interauricular se resumen en la tabla 1. Mediante la utilización de diferentes estrategias se logró de forma exitosa el cierre de defectos múltiples del tabique interauricular mediante implante de dispositivos Nit Occlud® en todos los casos. En dos pacientes con defectos tipo C según clasificación de Farah y col se implantó inicialmente un dispositivo de FOP, seguido del implante de un dispositivo de CIA para completar el cierre. En tanto que en los dos pacientes restantes (defectos tipo B de Farah y col) se realizó el implante simultáneo de dos dispositivos de CIA. En tres pacientes los dos dispositivos se colocaron en la misma intervención y en el paciente restante, el segundo dispositivo se colocó durante una nueva intervención. Durante el seguimiento (mediana de 1.4 años, rango 0.7-2.5) no se detectaron shunts residuales ni erosiones mediante ecocardiografía Doppler color transtorácica, ni aparición de arritmias en ECG o monitoreo Holter de 24 hs realizado a los 90 días post implante.

Conclusiones: La gran variabilidad anatómica de estas lesiones presenta un desafío para la selección del abordaje apropiado. El cierre percutáneo de defectos múltiples del tabique interauricular durante esta experiencia inicial con dispositivos Nit Occlud® ASD-R y PFO fue posible, seguro y efectivo. La técnica utilizada fue exitosa logrando la oclusión completa en todos los casos. No se registraron complicaciones inmediatas ni durante el seguimiento a corto y mediano plazo.

0531. EL REMODELADO DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SE ASOCIA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Cardiología Crítica / Enfermedad Vascular Pulmonar

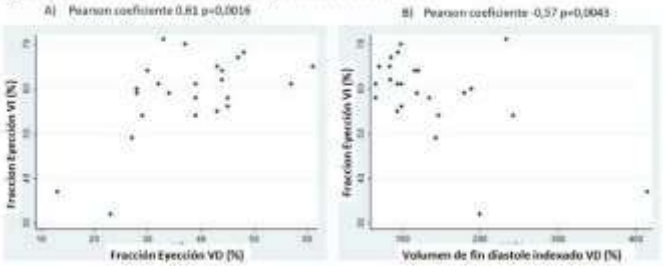
Gonzalo Manuel FERNANDEZ VILLAR (1) | Diego PÉREZ DE ARENAZA(1) | Lucrecia SECCO(2) | Norberto O. VULCANO(1) | Graciela SVETLIZA(1) | Mariano Luis FALCONI(1) | Rodolfo PIZARRO(1) | Ignacio BLURO(1)

Hospital Italiano de Buenos Aires (1); Hospital Churruca - Visca (2)

Introducción: En pacientes con hipertensión pulmonar (HTP) el remodelado reverso del ventrículo derecho podría afectar la función sistólica del ventrículo izquierdo a través de la interdependencia ventricular.

Parámetros (sujetos n=24)	FEVI normal n=17	Deterioro FEVI n=6	P valor
Edad (años, media DS)	47,0 ± 17,1	28,1 ± 11,8	0,022
Mujeres (%)	88,2 % (15)	83,3 % (1)	0,759
NYHA clase funcional III-IV (%)	41,1% (17)	50% (3)	0,708
Superficie corporal (m2, media DS)	1,73 ± 0,2	1,74 ± 0,0	0,948
Pro-BNP (pg/m, media DS)	1045.2 ± 1276.9	2387.0 ± 432.7	0,143
PAM (mmHg, media (DS)	53,7 ± 21,9	61,0 ± 22,8	0,653
Caminata 6 minutos (mts., media DS)	490.8 ± 581.1	371.0 ± 104.1	0,779
Ventrículo izquierdo			
Fracción de eyección (%, media DS)	62.6 ± 4.4	46.8 ± 9.9	<0,001
Volumen de fin de diástole indexado (ml, media DS)	57.3 ± 10,7	70.1 ± 26,0	0,102
Volumen de fin de sístole indexado (ml, media DS)	21.5 ± 4,9	39.0 ± 20,8	0,003
Masa ventricular indexada (g/m2, media DS)	48,0 ± 16,0	62,3 ± 23,0	0,108
Ventrículo derecho			
Fracción de eyección (%, media DS)	41.4 ± 9,1	29.0 ± 10,9	0,019
Volumen de fin de diástole indexado (ml, media DS)	112.7 ± 46,9	207.0 ± 114,0	0,009
Volumen de fin de sístole indexado (ml, media DS)	68.5 ± 37,5	155.3 ± 109,3	0,008

Figura 1. Correlación remodelado VD y función sistólica del VI



Objetivos: Evaluar si el remodelado adverso del ventrículo derecho (VD) se correlaciona con deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI).

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con hipertensión pulmonar (HTP) grupo I a los que se les realizó una resonancia magnética cardiaca (RMC) para evaluación de la función y volúmenes ventriculares. Se consideró deterioro de la función sistólica del VI aquellos sujetos con una fracción de eyección del VI (FEVI) < 56%. La remodelación adversa del VD se determinó a través de la fracción de eyección y volúmenes de fin de diástole indexados y de fin de sístole indexados del VD. Se exploró la asociación a través de coeficientes de correlación (Pearson o Spearman según la distribución) entre el remodelado del VD y la función sistólica del VI. Las variables se describieron como proporciones para variables categóricas y dicotómicas y como media y DS para las variables continuas. Se realizó un modelo de regresión lineal para identificar variables independientes asociadas con FEVI donde se incluyeron variables del remodelado del VD y variables clínicas.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes con HTP del grupo I evaluados entre enero 2008 y diciembre de 2021. De los 24 pacientes, 83% eran mujeres (n=20) con una edad media de 42,9 +/- 17,8 años. Las características de la población se describen en la tabla 1. El 82,6% de los pacientes presenta disfunción sistólica del VD y 26,1 % del VI. Se observó una correlación directa entre la fracción de eyección del VD y la fracción de FEVI con un coeficiente de correlación de 0,61, p=0,0016 (figura 1A) y por otro lado se observó una correlación inversa entre el volumen de fin de diástole (-0,57, p=0,004) y fin de sístole indexado del VD (-0,61, p=0,001) y la FEVI (figura 1B). En un modelo de regresión lineal la fracción de eyección del VI se correlacionó con los volúmenes de fin de diástole y fin de sístole indexados del VD.

Conclusiones: La HTP compromete no solo la función sistólica y volúmenes del VD sino que una proporción significativa de los pacientes presenta disfunción del VI. A mayor remodelado del VD mayor es el grado de compromiso de la función sistólica del VI. La afección del VI en paciente con HTP podría tener implicancias pronostica en esta población de pacientes.

0532. CIERRE DE FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO.

Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cardiología Intervencionista y Estructural

Santiago CARO | César Ariel LOPARDO | Mariano VISCONTI | Iván Aníbal GUEVARA | Christian GIMENEZ | Christian Gustavo MASTANTUONO | Ariel Federico LEEDS | Germán Luis CAFARO

Sanatorio Dr. Julio Méndez

Introducción: La persistencia del foramen oval es una condición frecuente que se presenta en aproximadamente el 25% de la población general y se asocia con diversas entidades como enfermedad cerebrovascular, síndrome de platipnea-ortodesoxia, la embolia gaseosa de los buceadores y la migraña entre otras. El cierre percutáneo del foramen oval permeable demostró disminuir significativamente la recurrencia de accidente cerebrovascular isquémico.

Objetivos: Describir la experiencia del cierre percutáneo de foramen oval permeable en centro único.

Materiales y Métodos: Se realizó el cierre del foramen oval permeable a 18 pacientes y se realizó seguimiento antes del procedimiento y hasta dos años después. Se recabó información sobre factores de riesgo cardiovascular, medicación habitual, características ecocardiográficas del foramen oval permeable y antecedentes neurovasculares. Se registró el tipo de dispositivo utilizado para el cierre. Durante el seguimiento posterior, se valoró la aparición de complicaciones relacionadas con el procedimiento, la ocurrencia de eventos cerebrovasculares isquémicos y/o muerte por todas las causas.

Resultados: De los 18 pacientes intervenidos; 8 eran hipertensos; 5 dislipémicos; 3 tabaquistas activos y 13 habían presentado un episodio de accidente cerebro vascular o accidente isquémico transitorio. En 11 casos se evidenció ecocardiográficamente la presencia de pasaje de burbujas de derecha a izquierda, y en 2 pacientes el tamaño del foramen oval era mayor a 10 mm. En el seguimiento a 2 años se observó un único caso de accidente isquémico transitorio recurrente, sin casos de muerte.

Conclusiones: El cierre percutáneo del foramen oval permeable es una técnica segura, con bajo número de complicaciones periprocedimiento. Se necesitaría un número mayor de pacientes para poder demostrar su eficacia en la disminución de eventos neurovasculares.

0534. HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA SEVERA E INDICACIÓN DE REEMPLAZO VALVULAR

Valvulopatías / Cardiología Clínica

Marcelo CARDONA(1) | Micaela MONTENEGRO(1) | Federico MONTIEL (1) | Ignacio CIGALINI(1) | Diego VELASCO(1) | Laura SANZIANI(1) | José Luis RAMOS(1) | Higinio BALPARDA(2)

Hospital Privado de Rosario (1); Consultorio Particular (2)

Introducción: La estenosis aórtica (EAo) genera cambios estructurales en el corazón, que pueden verse reflejados en el trazado electrocardiográfico (ECG).

Objetivos: Determinar los hallazgos ECG y ecocardiográficos en pacientes (ptes) con 65 años o más portadores de EAo severa con indicación de reemplazo valvular.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente ptes mayores de 65 años con EAo severa e indicación de reemplazo valvular aórtico, desde el año 2012 hasta el 2021, en un único centro. Se evaluaron las características clínicas, demográficas y parámetros ecocardiográficos. 3 especialistas en electrofisiología (1) analizaron e informaron los ECG en forma independiente. Se excluyeron ptes con ECG no disponible o no analizable y los ptes con marcapasos definitivo. Dentro de las variables analizadas se consideraron: criterio de voltaje de Cornell y Sokolow-Lyon, aumento de la duración del QRS mayor a 100 mseg, alteraciones de la repolarización (descenso del ST y onda T negativa asimétrica en derivación DI, AVL , V5 y V6), eje desviado a la izquierda, sobrecarga auricular izquierda (AI) y rotación antihoraria en el plano horizontal.

Resultados: Se incluyeron 48 ptes con edad promedio de 76.5 +/- 6.35 años, 56.25% de sexo masculino, 21.74% diabéticos, 75% dislipémicos y 77.08% hipertensos. En el 58.7% se le realizó implante de válvula aórtica transcatéter (TAVI). El área promedio fue 0.7 cm2 +/-0.16, el gradiente medio 50.9 mmHg +/- 14.5 y la velocidad máxima aórtica 4.4 +/-0.6, 91.9% presentaban dilatación AI en ecocardiograma. Del 82.62% contaban con un ECG patológico, siendo el hallazgo más frecuente la alteración de la repolarización ventricular. Dentro de los criterios de voltaje analizados, el de Cornell fue el más frecuente y la dilatación de AI en el ECG se constató en un 37,5 %.

Conclusiones: De los 48 ptes con EAo severa incluidos en el estudio, casi el 20% presentaban un ECG normal. Las alteraciones de la repolarización ventricular fueron los hallazgos electrocardiográficos más frecuente y el índice de Cornell el criterio de voltaje que más se evidenció. La mayoría de los ptes presentaron dilatación auricular en el ecocardiograma.

0535. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA.

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca

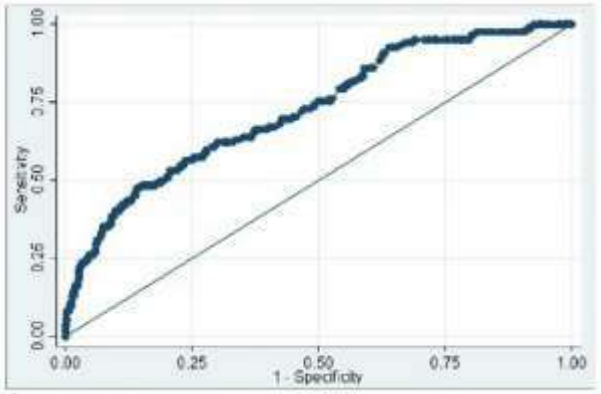
Guillermina SORASIO (1) | Julieta SORICETTI(2) | Paula PEREZ TERMS(1) | Paul VARGAS MIELES(3) | Jose SANTUCCI(2) | Meiber PORTILLO(3) | Alfredo HIRSCHSON PRADO(2) | Adrian LESCANO(1)

Consejos: Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" (1); GRUPO ARGEN IC (2); Áreas SAC: Área de Investigación (3)

Introducción: La insuficiencia cardiaca aguda es la causa principal de hospitalización en pacientes de edad avanzada. Este síndrome continúa presentando una elevada morbimortalidad, por lo que es fundamental el reconocimiento de marcadores de riesgo de eventos adversos intrahospitalarios.

Caracteristicas basales (tabla n° 1)

Variables	Valores
Edad media (años)	73 (14.2)
Sexo Masculino (%)	57
HTA (%)	76.40
Diabetes Mellitus (%)	33.1
Tabaquismo (%)	29.5
Dislipemia (%)	45.37
IC Previa(%)	37,07
Fibrilación auricular crónica (%)	37,40
Obesidad(%)	10.59
IRC (%)	9.48
EPOC (%)	14.5
ACV(%)	4.3



Área bajo la curva ROC

Objetivos: Determinar las variables pronosticas de mortalidad intrahospitalaria en pacientes internados por insuficiencia cardiaca (IC) en Argentina.

Materiales y Métodos: Registro nacional, prospectivo, observacional, multicéntrico, descriptivo, que incluyó pacientes con Insuficiencia Cardiaca Aguda desde 2018 a 2021. Los criterios de definición para todas las variables analizadas se basaron en las recomendaciones internacionales. En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. El análisis multivariado se realizó con regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. La significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$

Resultados: Se incluyeron 1773 pacientes, con una edad media de 73 ± 14.2 años y el 57% sexo masculino. Las características basales se demuestran en la Tabla 1. La mortalidad global intrahospitalaria fue de 7.9% (muerte cardiovascular 5.7%) En el análisis univariado de mortalidad se evidencia asociación positiva con las siguientes variables clínicas: sexo femenino (10% vs 6.4 %,p 0.005), edad (12.6% vs 4.9%, p 0.0001), menor tensión arterial al ingreso (127 vs 137nmm Hg, p 0.0006), necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM) (47.7% vs 4.8%, p 0.001), ventilación no invasiva (VNI) (17.6% vs 6.3%, p 0.0001), sepsis (36% vs 6%, p 0.0001), shock cardiogénico y edema agudo de pulmón (EAP) (16% vs 6%, p 0.0001). Entre las comorbilidades se destaca, la fibrilación auricular (9.8% vs 6.9%, p 0.02) y la anemia (10.6% vs 6.3%, p 0.001). Los marcadores bioquímicos fueron hiperglucemia al ingreso (148 vs 135 mg/dl p 0.01), creatinina elevada al ingreso (1,71 vs 1,45 mg/dl, p 0.006), NTproBNP elevado (9569 vs 7644 pg/ml, p 0.04), valor de hematocrito (36.1 vs 37.9 %, p 0.0038) menor hemoglobina (11.7 vs 12.34 g/dl, p 0.003) y leucocitosis (9729.76 vs 8.900 cel/mm3, p 0.01) En cuanto al Ecocardiograma Doppler la variable asociada, fue la elevación de la presión pulmonar sistólica (50.18 vs 46.5 mm Hg , p 0.02), y con respecto al tratamiento, la infusión continua de furosemida (11.3% vs 7.1, p 0.01), la necesidad de dosis máxima de diuréticos (369 vs 169 mg p 0.0001) y la utilización de inotrópicos (28.3% vs 4.5%, p 0.001) En el análisis multivariado las variables independientes de muerte fueron: hipotensión al ingreso (OR 2.76, IC 95% 1.73-4.4, p 0.001), VNI (OR 2.62, IC 95% 1.70-4.02, p 0.001), dosis furosemida > 80 mg (OR 1.83, IC 95% 1.23-2.71,p 0.002), hiperglucemia al ingreso (OR 1.49, IC 95% 1.00-2.20, p 0.04) y aumento de la edad (OR 1.05, IC 95% 1.03-1.07, p 0.001) El modelo presenta un área bajo la curva de 0.70

Conclusiones: En nuestra cohorte con ICA de más de 1700 pacientes, las variables asociadas a mortalidad intrahospitalaria en el análisis multivariado fueron edad, hipotensión arterial e hiperglucemia al ingreso, la necesidad de VNI y el requerimiento de dosis mayores de 80 mg de furosemida. Estos resultados son concordantes con los datos de la literatura.

0538. CIRUGÍA DE LA RAÍZ AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Cirugía Cardiovascular / Aorta

Carlos ALVAREZ TAMARA | Guillermo STÖGER | German Alberto FORTUNATO | Emiliano ROSSI | Alberto DR. DOMENECH | Ricardo DR. POSATINI | Vadim KOTOWICZ

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La cirugía cardiaca libre de esternotomía completa comienza a surgir en los años 90 con las primeras hemi-esternotomía y toracotomías mínimas. La cirugía de la válvula y la raíz aórtica constituyen uno de los procedimientos más frecuentes en nuestro campo. En este trabajo analizamos nuestra experiencia en Cirugía Cardíaca Miniinvasiva (MICS) de la raíz aórtica con la técnica Bentall de Bono (MICS-Bentall).

Objetivos: Analizar los resultados quirúrgicos en los primeros 10 pacientes intervenidos con MICS-Bentall en nuestra institución.

TABLA 1. Caracteristicas Basa es De Los Pacientes

Edad, Media (DE)	56.09 (± 17.03)
Sexo, n (%)	7(M) - 3 F
HTA , n (%)	4 (40.0%)
EPOC, n (%)	0
Dia plasma, n (%)	3 (30.0%)
DM, n (%)	0
IRC, n (%)	1 (10.0%)
Cirugía, n (%)	0
ACV previo, n, n (%)	0
MVP, n (%)	1 (10.0%) 1 (10.0%) 1 (10.0%) NO 10
Valvulopatía, n (%)	0
Endocarditis, n (%)	0
FA, n (%)	0
Cianosis, n (%)	2 (20.0%)
Válvula Bicúspide, n (%)	8 (80.0%)
Tiempo de la cirugía, min, n (%)	0
Tipo medio Valvular Protésico, n (%)	0
En Inotrópicos, n (%)	2 (20.0%)
Área Valvular Aórtica, mediana (DE) (cm)	1.84 (1.28)
Diámetro Del Anillo Aórtico, mediana (DE) (cm)	2.450 (0.355)
Diámetro De Raíz Aórtica, mediana (DE), cm	3.11 (0.601)
Diámetro Aorta Ascendente, mediana (DE), (cm)	3.55 (0.747)
Peso de Pacientes, mediana (DE) (Kilos)	55.6 (8.77)
Hematocrito, mediana (DE), %	30.1 (2.807)
STS, mediana (IIC)	1.48 (1 - 2.02)

ACV: Accidente Cerebral Vascular, MVP: Prolapso Valvular Mitral, HTA: Hipertensión Arterial, IRC: Insuficiencia Renal Crónica, ACV: Accidente Cerebrovascular, NYHA: New York Heart Association clasificación de insuficiencia cardiaca, FA: Fibrilación Auricular, HCTO: Hematocrito, STS: Adult Cardiac Surgery Risk Calculator, UCI: Unidad Intensiva

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los casos de valvulopatía y dilatación de la raíz aórtica intervenidos quirúrgicamente mediante MICS-Bentall en un hospital de alta complejidad durante el periodo diciembre 2019- diciembre 2020. Las variables continuas se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico según la distribución observada. las variables categóricas como frecuencia absoluta y relativa.

Resultados: Se intervinieron 10 pacientes. Las características del demograma basal se pueden observar en la Tabla 1. la edad media fue de 56 ±17.03, 70% de sexo masculino, todos los casos fueron electivos. La mediana de STS fue de 1.48 (Rango intercuartilo 1- 2), 80% de válvula bicúspide. Las variables intra y postoperatorias se adjuntan en la Tabla 2. El 50% de la muestra fue extubada dentro de las 6 horas. En el análisis de la mortalidad a 30 días no se registraron óbitos. Las complicaciones fueron un episodio de fibrilación auricular sin descompensación hemodinámica y una Mediastinitis. La mediana de estadía hospitalaria fue de 5 días.

Conclusiones: En nuestra experiencia con MICS con la técnica Bentall se obtuvieron resultados satisfactorios con baja mortalidad perioperatoria, extubación precoz y tiempos cortos de estancia hospitalaria.

0539. PLANEAMIENTO PREQUIRÚRGICO VIRTUAL Y FLUIDODINÁMICA COMPUTACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA

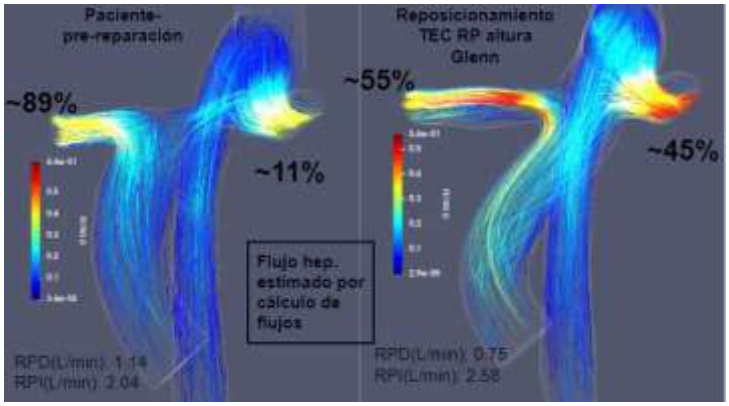
Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Cirugía Cardiovascular

Ramiro GOLDMAN | René CEJAS BOLOCEK | Pablo TAKEUCHI | Mariano CANTERO | Sandra SEPULVEDA | Pablo GARCIA DELUCIS | Javier CORNELIS | Ignacio BERRA

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: Los pacientes con cardiopatías congénitas complejas requieren conductas de tratamiento muy diversas, lo que representa un desafío para el equipo tratante. Los estudios complementarios ayudan a planificar la cirugía pero aún quedan a definirse decisiones intraoperatorias que deben tomarse. Para reducir esta brecha se incorporó la reconstrucción 3D de la anatomía del paciente, planeamiento computacional de estrategias quirúrgicas, y cálculos de fluidodinámica computacional (CFD) como elementos complementarios. De esta manera, se espera favorecer el desempeño quirúrgico a partir de un mayor entendimiento de la anatomía propia del paciente, prevenir obstáculos técnicos y predecir resultados hemodinámicos para las distintas estrategias planteadas.

Objetivos: Desarrollar un equipo de trabajo multidisciplinario que pueda garantizar en un Hospital Público el recurso de visualización 3D, modelado computacional e impresión 3D para entrenamiento prequirúrgico.



Materiales y Métodos: El trabajo fue dividido en (1) selección y reconstrucción de modelos cardiovasculares, (2) estudio de casos seleccionados con CFD (3) optimización de los implantes por modelado 3D y estudio de CFD. Se seleccionaron 5 casos de pacientes con ventrículo único en estadio Glenn / Kawashima con anatomía compleja. A partir de datos DICOM de tomografía se realiza procesamiento de imágenes para la reconstrucción 3D de la anatomía preoperatoria del paciente. Posteriormente para el planeamiento prequirúrgico se proponen y realizan los modelos 3D, con las

opciones de reconstrucción propuestas. Se realizan los cálculos de CFD en los diferentes modelos empleando datos de VTI por ecografía y antropométricos del paciente.Se resuelven las ecuaciones de continuidad y de Navier-Stokes con condiciones de contorno especificadas, obteniendo como resultado las componentes de velocidad y presión en todo el dominio de la geometría. En un paciente se hizo cirugía de redireccionamiento del tubo extracardiaco por presentar hipoxemia debido a fístulas arteriovenosas pulmonares por distribución preferencial hacia un pulmón del flujo hepático. Dos casos se operaron de túnel lateral de cavas. 4to se hizo Tubo extracardíaco. El 5to paciente debido al estudio de modelado 3D y CFD se decidió descartar la vía univentricular y forzar una septación intracardíaca hacia un ventrículo 1 y ½, pero el paciente aún no fue operado

Resultados: A partir de cálculos de CFD en los modelos propuestos se calcularon parámetros hemodinámicos de interés como la distribución de flujo, en particular la del flujo hepático y gradiente de presiones entre otros, que aportaron en la toma de decisiones para cada paciente. Se realizó una validación cualitativa de los resultados de la distribución del flujo hepático comparativos con cateterismos de los propios pacientes. Sobrevida al alta del 100% de los pacientes operados con resultado quirúrgico satisfactorio.

Conclusiones: La planificación mediante el uso de la simulación hemodinámica de la condición fisiológica del paciente permite evaluar diversas alternativas quirúrgicas de manera virtual y además, realizar un estudio de optimización de parámetros hemodinámicos a partir de modelos tridimensionales para procedimientos quirúrgicos reconstructivos. La previsualización de posibles obstáculos por parte del equipo tratante y elección de la estrategia quirúrgica basada en los estudios de CFD permiten minimizar el margen de error, mejorar la comunicación y entendimiento entre el equipo tratante; y favorece el aprendizaje de cirujanos de menor experiencia

0542. CIRUGÍA CARDIACA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA EL TRATAMIENTO DE MIXOMAS CARDÍACOS EN ADULTOS.

Cirugía Cardiovascular

Carlos ALVAREZ TAMARA | Guido DR. BUSNELLI | Alberto DR. DOMENECH | Ricardo DR. POSATINI | Vadim KOTOWICZ

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El mixoma representa el tumor intracardiaco benigno de mayor frecuencia en el adulto (50%-70%). Su tratamiento es la resolución quirúrgica por el elevado riesgo de complicaciones embólicas y de muerte súbita. La cirugía convencional por esternotomía mediana ha sido el "gold-standard" en estos casos. Sin embargo, el abordaje miniinvasivo por mini toracotomía derecha para su tratamiento constituye una alternativa cada vez más frecuente en los últimos años.

Tabla 1. Variables Preoperatorias.

Edad, Mediana (DS)	48 (11.31)
Sexo, n (%)	4 F- 1M
Peso Kg, Mediana (DS)	63.5 (2.12)
Talla cm, Mediana (DS)	161 (9.8)
IMC, Mediana (DS)	24.5 (3.53)
HTA n (%)	3 (60%)
DM n (%)	1 (20%)
EPOC n (%)	0
Dislipidemia n (%)	1 (20%)
IRC Preoperatoria n (%)	0
FEY Mediana (DS)	73.5 (4.94)
HYNA	I: 5 (100%) II: 0 III 0 IV:0
Presión Pulmonar, Mediana (DS)	24.5 (3.53)
Tabaquismo, n (%)	0
Coagulopatía, n (%)	0
Enfermedad Arterial Periférica, n (%)	0

FEY (Fracción de eyección), HTA (Hipertensión Arterial), IMC (Índice Masa Corporal), DM (Diabetes Mellitus), EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), IRC (Insuficiencia Renal Crónica), NYHA (New York Heart Association), DS (Desviación Estándar).

Tabla 2. Variables Intra Y Postoperatorias.

Tiempo De CEC, Mediana (DS)	181 (69.29)
Tiempo De Clampeo Aórtico, Mediana (DS)	96.5 (33.23)
Canulación, n (%) Bi-cava-Femoral	5 (100%)
Cardioplejía, n (%)	5 (100%)
Abordaje n (%)	4: Transeptal (80%) 1: Aurícula Derecha (20%)
Localización n (%)	4: Aurícula Izquierda (80%) 1: Aurícula derecha (20%)
Transfusión de sangre, Unidades n (%)	3 (60%)
Plaquetas, Unidades n (%)	4 (80%)
Fibrinógeno gr n (%)	2: (40%)
Conversión a Esternotomía n (%)	0
Mortalidad a los 30 días n (%)	0
Extubación Menor de 6 horas n (%)	100%
Re-operación por sangrado n (%)	0
ACV Postoperatorio n (%)	0
FA n (%)	1 (20%)
Estadía Hospitalaria n (%)	3 y 5 días: 5 (100%)
Re- Internación a 30 días n (%)	1 (20%)
ECMO n (%)	0
BCIA n (%)	0

CEC (Circulacion Extracorporea), ACV (Accidente Cerebrovascular), FA (Fibrilación Auricular), ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), BCIA (Balón de contrapulsación intraaórtico)

Objetivos: Analizar los resultados quirúrgicos en los primeros 5 pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía cardíaca mínimamente invasiva para el tratamiento de mixomas cardíacos en adultos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía cardíaca mínimamente invasiva en un hospital de alta complejidad durante el periodo de febrero 2016 a febrero 2022. Las variables continuas se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico según la distribución observada. Las variables categóricas como frecuencia absoluta y relativa.

Resultados: Sobre 12 pacientes que fueron sometidos a resección quirúrgica de mixoma cardiaco, se incluyeron 5 pacientes intervenidos en forma electiva con el abordaje miniinvasivo. Las características preoperatorias de los pacientes se observan en la Tabla 1. La edad media fue 48±11.31, 4 pacientes de sexo femenino, en los 5 casos el diagnóstico fue hecho de forma incidental, la localización fue en la aurícula izquierda en 4 pacientes. La mediana de circulación extracorpórea fue de 181±69.2 minutos y de Clampeo Aórtico de 96±33.23 minutos. El 100% de los pacientes fueron extubados en las primeras 6 horas, en el análisis de la mortalidad a 30 días no se registraron óbitos, las complicaciones fueron un paciente con fibrilación auricular sin descompensación hemodinámica, y un paciente con quilotórax. La estadía hospitalaria promedio fue de 5 días. Las variables intra y postoperatoria se incluyen en la Tabla 2.

Conclusiones: En nuestra experiencia con la cirugía cardiaca mínimamente invasiva para el tratamiento de los mixomas auriculares se obtuvieron resultados satisfactorios sin mortalidad perioperatoria, baja tasa de complicaciones postoperatorias, extubación precoz, y tiempos de estadía hospitalaria cortos.

0543. COMPLICACIONES MECÁNICAS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. DATOS DEL REGISTRO CONTINUO ARGEN IAM-ST

Cardiopatía Isquémica / Sindrome Coronario Agudo

Heraldo D' IMPERIO | Adrian CHARASK | Juan GAGLIARDI | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Sebastián Juan Bautista MRAD | Mauro Andres QUIROGA | Adrian Demetrio HRABAR | Carlos Daniel TAJER

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: la complicación mecánica (CM) en el infarto agudo de miocardio (IAM) es de las intercurrencias más temidas por su elevada mortalidad y su compleja resolución. A pesar de ser poco frecuente presenta en verdadero desafío para el equipo tratante, por este motivo es importante conocer la incidencia y forma de presentación en el ámbito local para dar herramientas al equipo de salud sobre su sospecha.

Objetivos: evaluar la incidencia de complicaciones mecánicas en el IAM en el registro continuo ARGEN IAM-ST. Explorar la población con CM, su forma de presentación y los resultados de su tratamiento.

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos del registro continuo ARGEN IAM-ST que recoleta pacientes con IAM con elevación del segmento ST en colaboración de la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología. Se dividió los grupos en complicación mecánica y sin ella y se compararon los principales factores de riesgo, tratamientos y resultados.

Resultados: se analizaron 5989 casos con IAM con datos disponibles de una base de datos con 6122 pacientes. La tasa de incidencia de CM fue de 11 por cada 1000 casos de IAM. La CM más frecuente fue la comunicación interventricular con 46%, luego la insuficiencia mitral aguda con 34% y la ruptura cardíaca externa con 20%. En el grupo CM se encontró mayor edad y menos género masculino vs la población sin CM al momento del evento con 65 años (+/-11) vs 61 (+/-12) con una p= 0,002 y 51% vs 63% (p= 0,048) respectivamente. Con respecto a la presentación clínica de ingreso la tensión arterial sistólica en el grupo CM fue de 112 mmHg (+/-35) y en el grupo sin CM 131 mmHg (+/-29) con p= <0,001, la frecuencia cardíaca 90 lat/mi (+/-23) vs 80 lat/min (+/-18) con p= <0,001, Killip y Kimball IV 28% vs 7% (p= <0,001) y durante la internación se utilizó asistencia ventilatoria mecánica en 60% vs 21% (p= <0,001) respectivamente. En cuanto al dolor consulta el grupo CM consultó con una mediana de tiempo de 157 minutos (RIC 60-330) y el grupo sin CM con una mediana de 114 minutos (RIC 50-240) (p= 0,04). El 76% del grupo CM fue reperfundido vs el 89% del grupo sin CM (p= 0,002) y la mortalidad fue de 69% vs 8% respectivamente con p= <0,001 (Odds ratio 25)

Conclusiones: se observa una baja incidencia de CM en el registro ARGEN IAM-ST así como mayor porcentaje de sexo femenino y añosas en este grupo. La presentación clínica es claramente más grave con mayor tiempo desde inicio del dolor hasta la consulta en el grupo CM y menor tasa de reperfusión con una mortalidad muy elevada.

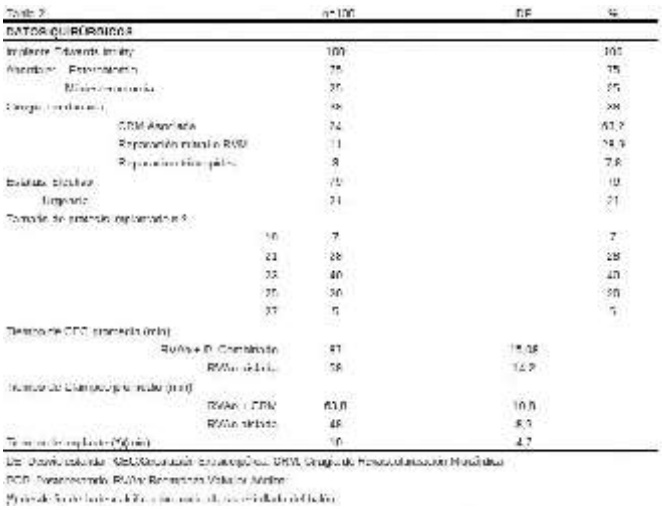
0549. PRÓTESIS DE RÁPIDO IMPLANTE INTUITY; EN POSICIÓN VALVULAR AÓRTICA: REPORTE DE 100 PACIENTES EN ARGENTINA

Cirugía Cardiovascular / Valvulopatías

Vadim KOTOWICZ | Ronald Manuel ESTRADA MENDOZA | Alberto DOMENECH | Pablo RAFFAELLI | Ricardo POSATINI | Marcelo HALAC | Roberto BATTELLINI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Las prótesis de rápido despliegue (RD) se han introducido en Latinoamérica como una opción para el tratamiento de la estenosis aórtica severa sintomática desde hace muchos años. En Argentina el uso reportado de las mismas es menor en relación a las prótesis convencionales. Esto puede ser debido a la relación costo-económico/beneficio en el momento de elegir una prótesis; y a que en múltiples ensayos existe un menor seguimiento, con un mayor índice de colocación de marcapasos post-implante en comparación a las válvulas convencionales. A pesar de esto, las prótesis RD poseen propiedades interesantes como: a) bajos gradientes, ideal en pacientes con anillo pequeño, b) fácil técnica de implante, que favorece abordaje mini invasivo, c) reducción de tiempos de clampeo e isquemia miocárdica, lo cual es beneficioso en pacientes que requieren procedimientos concomitantes con alto riesgo preoperatorio.



RESULTADOS POSTOPERATORIOS	n=100	DE	%
Mortalidad a 30 días	0		0
Mortalidad a 6 meses	3		3
Accidente cerebro vascular	2		2
Gradiente medio POP al alta (mmHg)	9	2,9	
Gradiente medio a los 6 meses (mmHg)	9,6	1,5	
Media AVA al alta	2,1	1,3	
Insuficiencia valvular residual	0		0
Leak	0		0
Masa VI promedio postoperatorio	133		123
Reoperacion por sangrado	1		1
[illegible]	3		3
Endocarditis	1		1
Fibrilacion auricular	25		25
[illegible]	54		54
[illegible]	7		7
[illegible]	5		5
IAM	1		1
[illegible]	4		4

Objetivos: El objetivo primario es analizar mortalidad a 30 días y 6 meses. El secundario: analizar resultados técnico-quirúrgicos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de 100 pacientes consecutivos sometidos a RVA con prótesis RD Edwards Intuity® entre marzo de 2018 a marzo de 2022. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con estenosis aórtica severa riesgo moderado/alto, que requirieron o no procedimiento concomitante; evaluados para TAVI con factibilidad de cirugía. Criterios de exclusión: insuficiencia aortica aislada, endocarditis, aneurismas de la raíz o aorta ascendente. Los datos se expresaron como media ± desviación estándar. Se realizó el análisis de la supervivencia utilizando curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: El implante fue exitoso en 100 % de la cohorte. Sexo: 55% eran hombres. El STS PROM % fue 7,8 (± 1,6). En 62 pacientes se realizó RVA aislado, 25 de ellos fueron por mini esternotomia. La fracción de eyección VI promedio fue: 51 (± 2,3) mmHg. El área valvular promedio y el diámetro anular promedio medidos por ETE: fueron de 0,7 cm2 (± 1,3) y 21 mm (± 1,6) respectivamente. 11 pacientes tenían insuficiencia mitral preoperatoria : 10 insuficiencia grave y uno moderada, (todos fueron tratados). El tiempo de clampeo total (RVA + procedimiento concomitante) fue de 63,8 ± 10, 8 mín. El tiempo de clampeo de RVA aislada fue de 43 ± 9,9 mín . Tiempo promedio implante 10 (±4,1) mín . La estancia media en cuidados críticos fue de 4 (± 2,5) días. No hubo mortalidad a 30 días. A los 6 meses fue del 3 %. Se presentaron 2 casos de mediastinitis (uno fue reintervenido) y hubo necesidad de implante de marcapasos en 5 pacientes . El seguimiento promedio fue 9 (± 2.2) meses. Un paciente sufrió explante valvular a los 4 meses por endocarditis. Resultado ecocardiográfico a los 3 y 6 meses: gradientes medios de 9 (±2,9) mmHg y 9,6 (± 1,5) respectivamente. En válvulas numero 19 el gradiente postoperatorio medio fue 12 (± 1,8). El resto de los resultados postquirúrgicos se observan en la tabla 2.

Conclusiones: Las prótesis RD combinan los beneficios de buenos resultados hemodinámicos, remodelado ventricular izquierdo y tiempos de clampeo aórtico cortos en pacientes con procedimientos combinados que poseen alto riesgo por STS PROM %. Además su fácil tecnología de implante, hace mas factible el acceso por mini esternotomía.

0550. REGISTRO ARGEN CCV: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LA CIRUGÍA CARDÍACA EN ARGENTINA. NUESTROS RESULTADOS PARCIALES

Cirugía Cardiovascular / Cardiología Crítica

Adrián José LESCANO | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Michel DAVID | Horacio CACHEDA | Alejandro BERTOLOTTI | Alejandro CICOLINI | Gabriel GRAMELLO | Javier FERRARI AYARRAGARAY

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: Ya han pasado más de 10 años desde que se realizó el último registro Argentino de cirugía cardíaca por lo cual es importante actualizar nuestros datos. El ARGEN CCV es un registro de cirugía cardíaca que se lleva a cabo en 47 centros de todo el país y se encuentra actualmente en fase de recolección de pacientes.

Objetivos: Determinar las características clínicas y evolutivas de los primeros 1001 pacientes(p) sometidos a cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: El registro ARGEN CCV es un estudio prospectivo, multicéntrico, de carácter nacional con inclusión de p sometidos a cirugía de revascularización coronaria (CRM), valvular, combinada o de la aorta ascendente. Se trata de un registro colaborativo organizado por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y el Colegio de Cirujanos Cardiovasculares que inició la inclusión de pacientes en mayo 2021 y finalizará en septiembre 2022. Aprobado por el a´rea de investigación y comité de ética de la SAC. Se recolecto la información relacionada a las características clínicas y quirúrgicas de los p en la base de datos electrónica Redcap. Las variables continuas con distribución normal se expresan como media ± desvío estándar (SD) y aquellas con distribución anormal como mediana e intervalos intercuartilos (IIC).

Resultados: Se incorporaron 1001 p entre mayo 2021 y abril 2022. Edad mediana 65 años (RIC 57-71), sexo masculino 74%, hipertensión 77%, diabetes 29%, dislipemia 52%, tabaquismo 15%, ex tabaquismo 39%. Antecedentes de infarto 26%, de insuficiencia cardiaca 17% y de cirugías cardíacas previas 6%. Antecedentes de fibrilación auricular crónica 8%, vasculopatía periférica 8%, enfermedad cerebrovascular 5% y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 17%. Procedimiento realizado: CRM 59% (n= 554), cirugía valvular 48% (n=454), cirugía combinada 16% (n=159) y cirugía de aorta ascendente 9% (n=87). Cuadro clínico que motivó la cirugía: cardiopatía isquémica 46%, valvulopatía 40%, insuficiencia cardiaca 5%, endocarditis 3%, síndrome aórtico 1% y otros 5%, con predominio de la las cirugías programadas: 77%, con utilización de la circulación extracorpórea en 73%. Evolución postoperatoria: hemorragia 10%, síndrome bajo gasto 16%, requerimiento inotrópico/vasopresor 70%, ARM prolongado 18%, FA nueva 23%, marcapasos transitorio: 25%, insuficiencia renal 14%, hemodiálisis 3,5%, ACV 3%, alteraciones psiquiátricas 9%. Infección posquirúrgica 6%. Mediastinitis 1%. Uso de Catéter Swan-Ganz 17% y de balón de contrapulsación intraórtico 14%. Mediana de días de internación: 8 días (RIC 6-15). Mortalidad global: 11% (CRM: 8%, valvular: 9% y combinada 18%)

Conclusiones: En nuestro registro ARGEN CCV la cirugía de revascularización miocárdica es la intervención cardiovascular más frecuente (59%), con una tasa de mortalidad global del 11%, con predominio en la cirugía combinada. Se observa una elevada tasa de necesidad de fármacos inotrópicos/vasoactivos, hemorragia posoperatoria y ARM prolongado. Estos datos deben consolidarse con el mayor reclutamiento del registro.

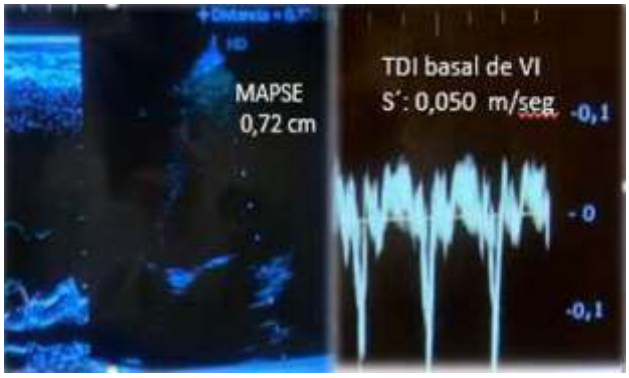
0557. SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO ASOCIADO A COVID19 Y REPERCUSIÓN CARDIOVASCULAR. SERIE DE CASOS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Covid-19

Judith ACKERMAN | Ezequiel TRAVAGLIA | Lisandro ROEL | Guillermo SCHVARTZ | Jesús María DAMSKY BARBOSA

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: El síndrome inflamatorio asociado a COVID19 (SIMS) es una afección severa postinfecciosa en pediatría. El cuadro típico incluye fiebre, aumento de los reactantes de fase aguda y diversas manifestaciones clínicas, entre ellas la afectación cardiovascular. Esta última incluye la disfunción ventricular (DV), la afección valvular, pericárdica y/o de las arterias coronarias. El cuadro se solapa con los criterios de la enfermedad de Kawasaki. La gravedad del cuadro clínico es variable. Son hallazgos frecuentes en este cuadro la elevación marcada del ProBNP, la linfopenia, la plaquetopenia, la hipoalbuminemia y la hiponatremia, entre otros hallazgos.



Objetivos: Describir nuestra experiencia en los pacientes (p) con diagnóstico de SIMS en relación a la repercusión cardiovascular y explorar los hallazgos clínicos y de laboratorio que pudieran relacionarse con la gravedad del cuadro y la necesidad de tratamiento con inotrópicos.

Materiales y Métodos: Trabajo retrospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron 34 p con diagnóstico de SIMS internados en nuestro hospital entre 07/2020 y 10/2021. Se registraron manifestaciones clínicas y tratamientos, parámetros de laboratorio (incluyendo dosaje de ProBNP y troponina), electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma Doppler transtoràcico (ETT) realizados al ingreso (bajo protocolo de contacto). Por ETT se valoró la presencia de defecto estructural, insuficiencias valvulares, derrame pericárdico, alteración en arterias coronarias y la función ventricular por Modo M (fracción de acortamiento, excursiones valvulares) y por Doppler tisular. Se evaluó el requerimiento de inotrópicos en el tratamiento. Se realizó descripción de las variables registradas. Para explorar la utilidad en el manejo clínico se utilizó prueba de chi cuadrado con cálculo de OR y prueba de t. Valor de p <0,05.

Resultados: Se incluyeron 34p, 11 niñas. Edad media 6.08 años + 4.06 años. Las manifestaciones generales más frecuentes fueron las gastrointestinales (31/34p) y las cutáneomucosas (31/34p). Presentaron manifestaciones cardiovasculares 29/34p. Las alteraciones observadas en el ECG fueron: taquicardia sinusal (15p), bradicardia sinusal (1p), bloqueo aurículo-ventricular de primer grado (5p) y trastornos inespecíficos de la repolarización ventricular (5p). 25/34p presentaron alteraciones en el ETT, que incluyeron: insuficiencia valvular 11p, derrame pericárdico 12p, alteraciones coronarias 6p (dilatación, aneurisma, aumento de la refringencia) y DV 8p. 12p presentaron hipotensión arterial o shock. Sobre 11p con hipoalbuminemia moderada o severa 7 precisaron inotrópicos vs 1 de 23 que no presentaron hipoalbuminemia o era leve OR 38,5 IC95% 3,6-403,9 p<0,001. Todos los pacientes con ProBNP moderada a severamente aumentados presentaron ETT alterado. Los 8p que requirieron inotrópicos tenían ProBNP de moderada a severamente aumentado y ninguno de los p con ProBNP normal o levemente elevado requirió inotrópicos.

Conclusiones: La mayoría de los p presentó manifestaciones cardiovasculares en esta muestra. Podría existir asociación entre algunos parámetros del laboratorio y el requerimiento de inotrópicos. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para comprobar estas asociaciones.

0561. PREVALENCIA DE BLOQUEO AURICULOVENTRIVENRICULAR Y REQUERIMIENTO DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN IMPLANTE VALVULAR AORTICO TRASNCATETER CON VALVULA COREVALVE, VERSUS ACURATE NEO EN PACIENTE INTERNADOS EN UNIDAD CORONARIA, EN EL PERIODO 2020-2022

Valvulopatías / Cardiología Intervencionista y Estructural

Nicolás Gabriel DISANTO | Sol SUSHEK | Daniel IGLESIAS | Daniel CHIRINO NAVARTA | Mariela Susana LEONARDI | Maria Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La necesidad de primo implante de marcapaso definitivo (MPD) post implante valvular aortico trasncateter (TAVR) es una consideración importante. Al realizar el implante se puede comprometer el sistema de conducción atrio-ventricular que pasa a través de septum interventricular cerca de la válvula aórtica. Asociándose a nuevos bloqueos de rama o bloqueo auriculoventricular completo. Esto puede deberse al tipo de válvula utilizada en dicho procedimiento.

Objetivos: Analizar la prevalencia de bloqueo auriculoventricular (BAV) y requerimiento de marcapasos definitivo en implante valvular aórtico transcateter con válvula Evolut vs. CoreValve, en pacientes de unidad coronaria en el periodo 2020-2022

Materiales y Métodos: Estudio de tipo analítico y retrospectivo observacional, la población de estudio fueron pacientes con el diagnóstico de estenosis aórtica severa mayores de 18 años a quienes se realizó TAVR en pacientes internados en unidad coronaria, durante el periodo de marzo 2020 a marzo 2022. Se revisaron las historias de los pacientes y se consignaron los datos de filiación, tipo de válvula implantada, estudios ecocardiográficos, informes de cateterismos y electrocardiograma(ECG). Se excluyeron todas las historias que contarán con menos del 75% de las variables consideradas

para el estudio. Las intervenciones de TAVR se llevaron a cabo bajo el criterio del operador y la disposición de la prótesis por la institución. Se excluyeron pacientes que recibieron implante de otro tipo de válvulas que no fueran las mencionadas. Se dividieron en 2 grupos según el tipo de válvula implantada: Acurate neo y CoreValve, Se llevó a cabo bajo un análisis exhaustivo de los ECG que se encontraban archivados en las historias clínicas. Se constató que todos los pacientes tuvieron un ECG en el momento del ingreso hospitalario, a las 48 horas posterior al implante del TAVR, 24 a 48hrs. antes del alta y/o el mismo día de su partida. Las variables incluidas y analizadas fueron: edad del paciente, sexo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, enfermedad renal crónica, infarto de miocardio, revascularización miocárdica quirúrgica, angioplastia coronaria percutánea, Euroscore II, Short-Term Risk score (STS), tipo, tamaño de TAVR, días de hospitalización. Posteriormente se realizó el análisis estadístico. Las variables cuantitativas se presentaron por medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión, previa evaluación de la distribución de los valores; para las variables cualitativas se usó tablas de frecuencia.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes a los que se les colocó sistema Acurate y a 32 pacientes a los que se le implantó CoreValve. La edad fue de 81 +/- 7 años y el 61 % mujeres. La mediana de STS fue 4 (rango intercuartilo 2.7-5) y el ArgenScore fue de 31 (rango intercuartilo 25-38), siendo considerados de alto riesgo o inoperables el 56% de los pacientes, moderado riesgo el 35% y bajo riesgo el 9% según criterio del STS. El requerimiento de MPD fue del 14.3% (n=13) sin diferencias entre los tipo de prótesis (14.9% vs 9.3 %, p=0.3). El 9.8% de los pacientes presentaron leak periprotésico moderado o severo, sin diferencias entre las prótesis (9.3% vs 10.1%, p=0.9).

Conclusiones: En nuestra población de pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico transcateter, el requerimiento de marcapasos pasos definitivo se produjo en menos del 15%, sin diferencias entre los dos tipos de prótesis utilizadas.

0562. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN FEMENINA CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA.

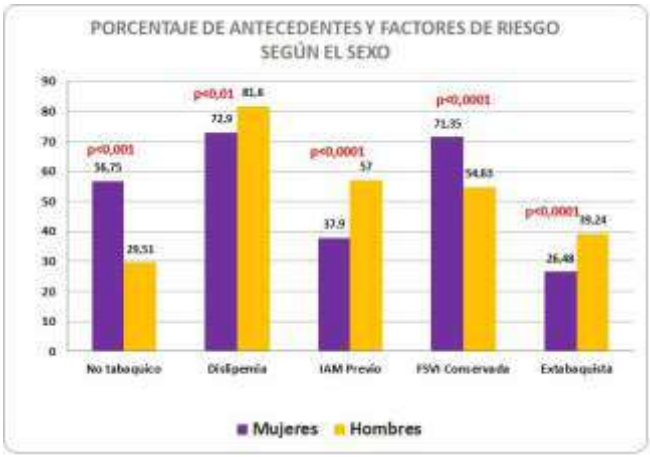
Corazón y Mujer / Cirugía Cardiovascular

Marilyn Eugenia TORO CARDENAS | Maria Belen ROSELL | Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS | Nicolas MIRAGAYA | Alejandro TRAININI | Javier Andrés DUVAL | Alejandra Inés CHRISTEN | Fabian CRESPO

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

Introducción: En los últimos años se ha observado que la enfermedad cardiovascular en las mujeres suele ser la principal causa de mortalidad en este grupo de la población, presentándose de manera más agresiva y solapada por lo cual suele estar infradiagnosticada en comparación con la población masculina.

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad cardíaca en la población femenina y masculina con indicación de cirugía cardiaca en un hospital de tercer nivel de la provincia de Buenos Aires.



Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes (P) con indicación de Cirugía Cardíaca en el periodo Enero 2016 hasta Febrero 2022. Las pruebas utilizadas fueron Test de Student y Chi-Cuadrado (SPSS) para analizar parámetros epidemiológicos, factores de riesgos cardiovasculares tradicionales y factores clínicos-quirúrgicos.

Resultados: Entre Enero 2016 y Febrero 2022 fueron evaluados 822 P con indicación de tratamiento quirúrgico, 185 mujeres (M) (22,6%) y 637 hombres (H) (77.4%), con edad media 60 ± 11,0 (DS M:61 ± 11,0 vs H:59± 11,0). Respecto a los factores de riesgo

cardiovasculares típicos se observó diferencia significativa en antecedentes tabáquicos como extabaquistas (M:71% vs H:54,63%, p<0,0001) y no tabaquistas (M:56,75% vs H:29%, p<0,001), enfermedad dislipemia (M:72,9% vs H:81,6%, p < 0,01), antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) previo (M:37.9% vs H:57%, p<0,0001), función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) Conservada (M:71% vs H:54,63%, p<0,0001) y Moderada (M:71% vs H:54,63%, p <0,01). En el aspecto clínico-quirúrgicos hubo diferencias significativas estadísticamente en las transfusiones postoperatorias en sala (M:64,32% vs H:48,35%, p=0,0001) y el tiempo de circulación extracorpórea (M:49.72% vs H:25,7%, p<0,00001). La indicación quirúrgica de reemplazo valvular en mujeres fue mayor (M: 47,02% vs H: 23,23 %, p<0,00001) tanto en recambio valvular mitral (M: 9,7% vs H: 3,4 %, p<0,005) como en recambio valvular aórtico (M:34,6 % vs H:18,9 %, p<0,00001). Los antecedentes de hipertensión arterial, sedentarismo, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Conclusiones: En la población analizada, se observó que la población femenina con indicación de Cirugía Cardíaca presentaba menor antecedente de IAM con mayor conservación de la FSVI, y eran menos dislipémicas y tabaquistas en comparación con la población masculina. La proporción en la indicación de recambio valvular en esta población femenina fue significativamente mayor, tanto en el recambio de la válvula mitral como en la aórtica.

0563. DISTRIBUCIÓN DE RIESGOS ISQUÉMICO HEMORRÁGICO Y SU RELACIÓN CON EL USO DE ANTIAGREGANTES EN EL REGISTRO BUENOS AIRES I

Cardiología Clínica / Enfermedad Coronaria

Federico Ivan WECKESSER (1) | Fernando GUARDIANI(2) | Marcos Lucas VIRUEL(1) | Florencia MUÑOZ(1) | Horacio Enrique FERNÁNDEZ(3) | Marcelo TRIVI(1) | Andrea TUFO PEREYRA(4) | Juan Pablo COSTABEL(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Corporación médica de general San Martín (2); Hospital Universitario Austral (3); Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (4)

Introducción: Buenos Aires I fue un registro de carácter prospectivo, multicéntrico, realizado en la República Argentina que incluyó pacientes internados con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). La valoración individual del riesgo isquémico y hemorrágico (objetivables a través de scores o puntajes) impacta directamente en el manejo clínico y en el pronóstico.

Objetivos: El objetivo primario de este trabajo fue describir la distribución de dichos riesgos y analizar las conductas tomadas en relación a ellos. Secundariamente se evaluó la relación entre los riesgos isquémicos y hemorrágicos; se describieron los tratamientos antitrombóticos indicados a los pacientes según dichos riesgos y se evaluó la evolución a mediano plazo según los riesgos.

Materiales y Métodos: Se realizó análisis retrospectivo la base de datos del registro BA-I conforme a los datos publicados por los autores.

Resultados: Se incluyeron 1100 pacientes con una edad promedio de 65,4 ± 11,5 años (77,2% de sexo masculino). El seguimiento a 6 meses posteriores al alta se logró en el 88,3% de los pacientes. La mortalidad por todas las causas fue del 5,7%, y la mortalidad cardiovascular del 3,5%. El 8,4% presento un nuevo IAM, el 10,9% un SCA y el 13,6 % presento un sangrado >= BARC2. La distribución de riesgos al ingreso con los scores CRUSADE y GRACE, demostró un predominio del grupo de bajo riesgo hemorrágico (71.3%) y bajo riesgo isquémico (55.8%). La combinación de bajo riesgo isquémico y hemorrágico incluyó al 49.3 % de los pacientes. Los riesgos predichos al alta con Precise DAPT y GRACE a 6 meses, demostraron predominio de la categoría de Precise de bajo riesgo (70.9%) y de GRACE bajo (44.1%), sin embargo la combinación de riesgos fue mas balanceada que al ingreso. El análisis de correlación lineal para evaluar la proporcionalidad de los riesgos isquémico hemorrágicos durante la internación demostró una correlación lineal moderadamente positiva (r=0.61, p<0.05). Con respecto a la prescripción de antiplaquetarios según riesgos en el grupo de bajo riesgo isquémico-hemorrágico, se observó una predominancia de aspirina+clopidogrel (41.2%) por encima de otros esquemas de alta potencia antiagregante (aspirina+ticagrelor o prasugrel). En el grupo de bajo riesgo isquémico y alto riesgo hemorrágico, también se observó predominio de aspirina+clopidogrel (58%). Se observó el mismo comportamiento con respecto a categorías de intermedio riesgo, con una menor prescripción de esquemas antiagregantes de alta potencia cuando el riesgo hemorrágico fue bajo. Finalmente, en la categoría de alto riesgo isquémico, también hubo predilección por la prescripción de aspirina+clopidogrel por encima de otros esquemas. En relación con la evolución de acuerdo a las categorías de riesgo no se hallaron diferencias en los eventos isquémico o hemorrágicos a los 6 meses de acuerdo a las categorías de riesgo

Conclusiones: El presente análisis evidencia la proporcionalidad de los riesgos isquémico-hemorrágicos durante la internación en el SCASEST. Debe destacarse la dinámica de dichos riesgos, ya que un mismo paciente puede presentar un riesgo diferente entre el ingreso y durante el seguimiento. La mayoría de los pacientes con SCASEST, son englobados en la categoría de bajo-intermedio riesgo. A pesar de este hecho, la prescripción de tienopiridinas en el escenario de la vida real no impresionaría estar basada en riesgos.

0564. ESTRATEGIAS DE REVASCULARIZACIÓN EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO. DATOS DEL ARGEN IAM ST

Cardiopatía Isquémica / Sindrome Coronario Agudo

Mauro Javier GARCIA AURELIO (1) | Flavio DELFINO(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Adrian CHARASK(1) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Alejandro MEIRIÑO(2) | Fernando BAGNERA(3) | Juan GAGLIARDI(1)

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

Introducción: El shock cardiogénico (SC) es una patología con alta mortalidad en el que es frecuente el hallazgo de lesiones en múltiples vasos en la coronariografía (CCG). Hasta no hace mucho tiempo se proponía la revascularización completa en este contexto pero los resultados del CULPRIT SHOCK han hecho que esa recomendación sea rectificada al no demostrar beneficio clínico.

Objetivos: 1) Conocer la anatomía coronaria de los pacientes (p) con shock en el contexto de los infartos con elevación del segmento ST (IAMCEST). 2) Analizar la manera en que son revascularizados en nuestro medio.

	1 vaso N: 253	2 o mas vasos N: 244	p
Edad	64,5 (57,5-73,5)	65,2 (58,4-75,1)	0,12
Hombres	58,9	62,7	0,19
DBT	37,8	49	**0,006**
IAM previo	11,3	19,3	**0,009**
IAM anterior	54	54,7	0,44
ATC frustra	11,6	19,3	**0,01**
KKD ingreso	61,6	70,5	**0,02**
SwanGanz	32,8	33	0,48
BCIAo	20,7	25	0,15
APIAM/relAM	7,5	6,1	0,27

Materiales y Métodos: Se trata de un análisis retrospectivo de los p con SC incluidos en el registro ARGEN IAM ST de alcance nacional a los que se les realizó CCG. Se excluyeron los p con complicaciones mecánicas. Definiciones: lesión severa si >= 70% en arteria coronaria o >=50% en tronco coronario izquierdo.

Resultados: El ARGEN-IAM ST cuenta con 613 p con SC por IAMCEST. Un 81% se realizó CCG dentro de las primeras 24 hs (n:497). Entre sus características se destacan: mediana de edad 65 años (RIC 58-74). Hombres 60,7%, antecedentes de diabetes 38%, IAM anterior 54%. Un 66% presentaron el SC desde el ingreso a la institución y un 34% lo desarrollaron luego del ingreso. En la CCG, la frecuencia de lesiones severas en un solo vaso fue de 51% (n:253) mientras que 49% (n:244) presentaron lesiones de más de un vaso. Se realizó angioplastia en el 92,3% de los p y fue exitosa en el 84,4% de los casos: 88,7% primarias, 8,2% de rescate, 1,7% farmacoinvasiva y 1,4% otros motivos. En el 88,2% se realizó angioplastia solo al vaso responsable y en 11,8% de los casos a múltiples vasos. Se realizó CRM en el 1,2%. La mortalidad global de los pacientes sometidos a ATC fue del 55,7%, con diferencia significativa si la misma era exitosa (50,1% de mortalidad) vs frustra (83,3% de mortalidad); p <0,001. La mortalidad de los p con lesiones de un vaso comparada con aquellos con lesiones de 2 o 3 vasos fue de 50,2% vs 61,3% respectivamente; p 0,01. La mortalidad de los p a los que se les realizó angioplastia a MV fue de 56,6% y la de los p con MV a los que solo se les realizó angioplastia al vaso responsable 66,2%; p 0,13.

Conclusiones: La mitad de los pacientes con SC tienen lesiones en más de una arteria coronaria. La mortalidad en ese subgrupo es mayor. 9 de cada 10 pacientes en SC que reciben angioplastia lo hacen solo sobre el vaso responsable.

0566. RESULTADOS DE SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO CON ECMO VENOARTERIAL POST CIRUGÍA CARDIACA

Cirugía Cardiovascular

Juan Francisco FURMENTO | Lucrecia BURGOS | Juan Mariano VRANCIC | Rocio BARO VILA | Daniel NAVIA | Juan Pablo COSTABEL | Mirta DIEZ | Leonardo SEOANE

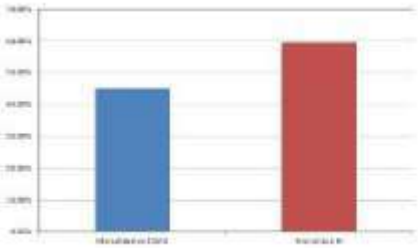
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La incidencia del síndrome de shock cardiogénico postcardiotomía varía de un 3% a un 5%. La mayoría de estos pacientes reciben tratamiento inotrópico y asistencia con balón de contrapulsación intraórtico (BCIAo), sin embargo una minoría evolucionan con shock cardiogénico refractario necesitando asistencia circulatoria mecánica más allá del

BCIAo. Una opción de tratamiento para esta situación es asistencia circulatoria mecánica con oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO siglas en inglés).

Objetivos: Analizar los resultados de pacientes sometidos a cirugía cardiaca que requirieron asistencia circulatoria mecánica con ECMO

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes desde febrero de 2014 a febrero de 2022 sometidos a cirugía cardiaca en esta institución. Se discriminaron aquellos que requirieron asistencia circulatoria mecánica con ECMO venoarterial en el posoperatorio.



Resultados: De un total de 72 pacientes asistidos con ECMO, 42 (58.3%) fueron postcardiotomia. El 35.7% (n:15) fueron por falla primaria del injerto postrasplante cardiaco y el 64.3%(n:27) post cirugía cardiaca. El INTERMACS de implante fue 1-2, el %73.8 (n: 31) fueron ECMO periféricos, el 21.4% (n:9) fueron centrales y el 4.7% (n:2) fueron de configuración mixta. La media de duración de la asistencia fue de 6.88 días. La principal estrategia utilizada fue puente a la recuperación 88% (n 37), la mortalidad bajo asistencia fue del 45.2% (n:19) y la mortalidad hospitalaria fue del 59.5%.

Conclusiones: Se requirió asistencia circulatoria mecánica con ECMO venoarterial en pocos pacientes posoperatorios de cirugía cardiaca. La principal estrategia utilizada fue como puente a la recuperación. La mortalidad bajo asistencia y la mortalidad hospitalaria fueron elevadas, motivo por el cual tiene que haber una adecuada selección de los pacientes a asistir

0570. DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017-2022.

Cardiopatía Isquémica / Corazón y Mujer

Juan Jose BACIGALUPE | Valentina TANCREDI | María Rosa ABRAHAM | Juliane SANTOS DAMASCENA | Maximiliano Eduardo FERREYRA | Ricardo M. VIOLANTE | Nora Elisabet ZEBERIO

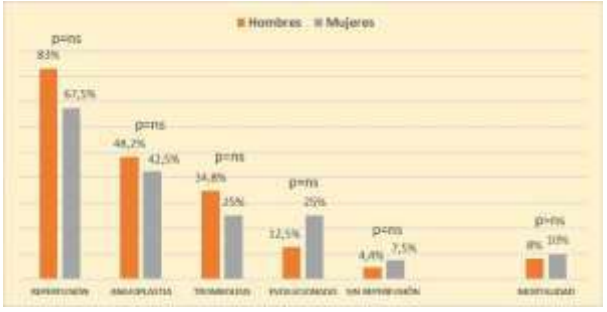
Hospital Municipal Héctor Cura de Olavarría

Introducción: El estudio de las desigualdades según género en el ámbito de salud nos alerta de la diferencia en la prevalencia, incidencia, evolución y letalidad de las patologías coronarias agudas.

Objetivos: Describir las características generales de los síndromes coronarios agudos (SCA) con elevación del ST (SCACEST) según género y analizar la repercusión de los factores de riesgo, antecedentes, implementación de reperfusión y el grado de mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional, analítico, retrospectivo, donde se revisaron epicrisis de personas egresadas entre abril de 2017 hasta marzo del año 2022 en un hospital del interior de la provincia de Buenos Aires, Argentina, que representa el principal centro de salud público de la ciudad y cuenta con disponibilidad de hemodinamia.

	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	p	OR	IC95%
N	152	40 (26.3%)	112 (73.7%)			
		n (%)	n (%)			
Edad [mediana RIC]	65 [56-72]	73 [62-77]	62 [54-69]	<0,001		
Mayor 75 años	21 (13.8)	14 (35)	7 (6.2)	<0,001	0,12	0,04-0,33
Factores de riesgo						
Tabaquismo	67 (44)	17 (42.5)	50 (44.6)	ns	1,09	0,52-2,26
Diabetes	24 (15.8)	5 (12.5)	19 (17)	ns	1,43	0,49-4,12
Hipertensión	87 (57.2)	26 (65)	61 (54.5)	ns	0,64	0,30-1,36
Dislipemia	52 (34.2)	12 (30)	40 (35.7)	ns	1,29	0,59-2,82
Obesidad	44 (28.9)	13 (32.5)	31 (27.7)	ns	0,79	0,38-1,73
Ex-TBQ	28 (18.4)	5 (12.5)	23 (20.5)	ns	1,8	0,63-5,13
Antec familiares	7 (4.6)	2 (5,0)	5 (4.5)	ns	0,88	0,16-4,76
Antecedentes de enfermedad cardiovascular						
Infarto previo	17 (11.2)	3 (7.5)	14 (12.5)	ns	1,76	0,47-6,48
Angina previa	4 (2.6)	1 (2.5)	3 (2.7)	ns	1,07	0,10-10,62
Angioplastia previa	9 (5.9)	1 (2.5)	7 (7.1)	ns	3	0,33-24,77
Insuf cardiaca	2 (1.3)	1 (2.5)	1 (0.9)	ns	0,35	0,02-5,75
Arteriopatia	4 (2.6)	1 (2.5)	3 (2.7)	ns	1,07	0,10-10,62



Resultados: Se registraron un total de 152 pacientes ingresados con SCACEST de los cuales un 73,7% eran hombres con una mediana de edad de 62 años y las mujeres presentaron una mediana de 73 años (p=<0,001). No se evidenciaron diferencias en cuanto a factores de riesgo ni antecedentes cardiovasculares en entre ambos géneros. En cuanto al tratamiento de reperfusión se registró una tasa de 67.5% en mujeres y 83% en hombres, si bien se aprecian diferencias en cuanto al tratamiento administrado no resultó ser estadísticamente significativo (OR 0,81; IC 95% 0,46-1,42; p=ns). Se evidenció un 10% de

fallecimientos en mujeres y 8% en hombres sin diferencias significativas entre ambos grupos (OR 0,78; IC 95% 0,22-2,71).

Conclusiones: En personas con síndrome coronario agudo el sexo femenino se asocia con mayor edad, no encontramos diferencias en los antecedentes y factores de riesgo cardiovascular como se evidenciaron en publicaciones previas. La selección de estrategias más conservadoras y menor utilización de tratamiento de reperfusión en mujeres no fue estadísticamente significativa, pero si hubo una tendencia. Las diferencias en el abordaje de los síndromes coronarios agudos entre géneros no se vió reflejada en una diferencia en cuanto a mortalidad.

0571. NECESIDAD DE MARCAPASO DEFINITIVO LUEGO DE TAVI CON TÉCNICA DE CUSP OVERLAPS. EVOLUCIÓN A 30 DÍAS

Cardiología Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Andrés Ignacio RODRIGUEZ | Carlos FAVA | Gustavo LEV | Franco ANDREOLI | Silvina GOMEZ | Oscar Alfredo MENDIZ

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: El Implante valvular aórtico por cateterismo (TAVI) ha demostrado su beneficio tanto en los pacientes de alto riesgo como intermedio y avanza hacia los de bajo riesgo. Sin embargo, una de las desventajas en TAVI con las válvulas autoexpandibles es la necesidad de marcapaso definitivo, que en los recientes estudios es de alrededor del 15%.

Objetivos: El objetivo es analizar la necesidad de marcapaso definitivo en válvulas autoexpandibles con la estrategia de implante alto de la válvula percutánea aórtica o técnica de CUSP OVERLAPING (COVL).

Materiales y Métodos: Desde Agosto del 2019, hasta mayo del 2022 se analizaron 105 pacientes consecutivos en los que se realizó TAVI con técnica de COVL. Se excluyeron aquellos que presentaban estenosis aórtica bicúspide, insuficiencia aórtica, marcapaso previo o que recibieron válvulas balón expandibles. El Punto Final Primario fue la incidencia de marcapaso definitivo a 30 días.

Resultados: La edad media fue de 80.4 ±6.4 y el 55,2% eran hombres. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo más frecuente (93,3%), seguido por diabetes (32,3%). Un 28,6% presentaron ATC previo a la TAVI dentro de los 6 meses. El score STS medio fue de 6,9 ±2,2. En el ECG pre intervención la alteración más frecuente fue BCRI (14,3%). El procedimiento se realizó por acceso femoral en la mayoría de los casos; y en estos se utilizó cierre percutáneo. El éxito técnico se obtuvo en todos los casos. A los 30 días la incidencia de implante de MCP definitivo fue 6.7%. Dentro de las complicaciones mayores la mortalidad fue de 2,85%, IAM en 0,95%, oclusión coronaria en 0,95%, y ACV en 0,95%. Las complicaciones vasculares fueron de 3,8%. La incidencia de BCRI de novo fue de 5,71%. Un paciente presentó leak moderado mientras que ninguno presentó leak severo ni de Pop-Up de la válvula.

Conclusiones: En este análisis unicéntrico, el implante percutáneo de las válvulas autoexpandibles presentó una baja tasa de necesidad de marcapasos definitivos y de BCRI sin aumentar los eventos coronarios mayores ni la presencia de leaks moderados a severos. Son necesarios estudios multicéntricos randomizados para conocer el real beneficio de esta estrategia.

0573. EVALUACION MIOCARDICA MEDIANTE DENSIDAD DE ELECTRONES POR TOMOGRAFIA ESPECTRAL EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Tomografía y Resonancia Magnética / Cardiología Clínica

Lucia FONTANA (1) | Gaston Alfredo RODRIGUEZ GRANILLO(1) | Carlos Alberto INGINO(1) | Bibiana DRA. RUBILAR(1) | Amalia Maria Ema DESCALZO(1) | Melisa Ayelen CUSCHIE(1) | Camilo SANTACOLOMA(1) | Pedro DR. LYLYK(2)

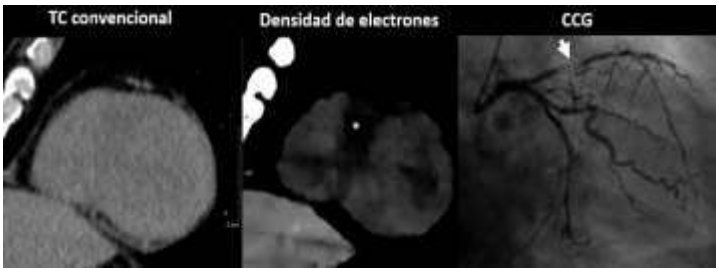
Clínica La Sagrada Familia (1); ENERI - Instituto médico Dr. Pedro Lylyk y Asoc. (2)

Introducción: Mediante la cuantificación de unidades Hounsfield (UH), la tomografía convencional (TC) permite estimar de alguna manera la densidad de electrones (DE), mientras que la TC espectral de doble capa de detectores mejora la capacidad de detección de DE sin modificar el protocolo de adquisición de las imágenes. En el infarto agudo de miocardio (IAM), este método podría identificar signos indirectos de isquemia y valorar los segmentos de miocardio afectados, sin requerimiento de contraste yodado.

Objetivos: Evaluar la potencialidad de la TC de tórax de baja dosis (TCBD) sin contraste para la detección de afectación miocárdica en IAM mediante la cuantificación de DE.

Materiales y Métodos: Durante la pandemia, se realizaron TCBD a aquellos pacientes que fueron ingresados a nuestra institución para mejorar la sensibilidad de los test PCR. En este estudio retrospectivo, se incluyeron 15 pacientes con IAM sin compromiso hemodinámico ni antecedentes de IAM previo en quienes se realizó una TCBD mientras se preparaba la sala de hemodinamia, y se comparó con un grupo control de 30 pacientes sin antecedentes de enfermedad coronaria. De acuerdo al electrocardiograma de ingreso y la cinecoronariografia se determinaron los segmentos miocárdicos afectados por el IAM. Se valoraron cualitativa y cuantitativamente las imágenes obtenidas mediante TC y DE mediante software específico. Las imágenes de DE fueron evaluadas en búsqueda de áreas (oscuras) de reducción focal de la DE, comparado con el miocardio remoto. Además, se realizó un análisis cuantitativo (porcentaje de DE relativo al agua, %EDRW) segmentario utilizando regiones de interés tanto a nivel miocárdico como de la cavidad ventricular.

Resultados: La evaluación de miocardio mediante TC convencional detectó 1 segmento afectado comparado con las imágenes de DE donde se detectaron 27 segmentos afectados de los 58 segmentos establecidos relacionados a los IAM (FIGURA). En el análisis por territorio involucrado mediante DE se obtuvo una sensibilidad fue de 73 % (95% CI 45; 92%) y una especificidad 87 % (95% CI 69; 96%). El analisis cuantitativo identifico a un umbral menor de 104 %EDWR presentó una sensibilidad del 66% y una especificidad del 85% para la detección de miocardio afectado.



Conclusiones: La TC espectral ofrece una mejoría de la caracterización de tejidos lo que permitiría una potencial evaluación de miocardio afectado en el IAM, sin requerimiento de contraste. Para su validación, estos hallazgos generadores de hipótesis deberán confirmarse en estudios prospectivos gatillados, preferentemente incluyendo pacientes estables con estudios gatillados en reposo y estrés mediante drogas vasoactivas.

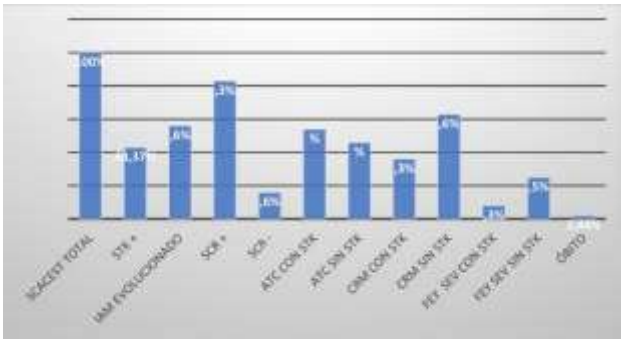
0577. ESTREPTOQUINASA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, 36 AÑOS DESPUÉS.

Sindrome Coronario Agudo

Pablo Alejandro AMOR | Julia GIMÉNEZ PALACIOS | Jairo Armando PANIAGUA RAMOS | Jairo Andrés CELEMIN WANDURRAGA | Nadia Soledad BAUER | Susana FERNANDEZ | Patricia Laura ORTIZ

Hospital General de Agudos Evita (Ex Araoz Alfaro)

Introducción: EL Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es una patología prevalente en nuestro país y en el mundo, representa aproximadamente la mitad de los Infartos agudos de miocardio diagnosticados. Generalmente esta patología se produce por un accidente de placa ateromatosa, con formación de trombo, que ocasiona la oclusión arterial con interrupción del flujo sanguíneo, por lo que es de vital importancia instaurar un tratamiento efectivo rápidamente, ya sea fibrinólisis o angioplastia primaria (ATCp), con el fin de disminuir la mortalidad y mejorar el pronóstico del paciente. En nuestro hospital, el HIGA Evita Lanús, el cual pertenece a la Zona Sanitaria VI, en donde solo 2 de la totalidad de hospitales públicos cuentan con servicio de Hemodinamia y ante la gran demanda de pacientes, se utiliza como tratamiento de reperfusión precoz la fibrinólisis con Estreptoquinasa (SK).



Objetivos: Evaluar los resultados de la terapia trombolítica con SK 1.500.000 UI y la evolución posterior de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Cardiología (UCI) del HIGA Evita Lanús ingresados con diagnostico de SCACEST durante el periodo enero de 2019 al abril de 2022.

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos de la UCI del Htal Evita de Lanús incluyéndose los pacientes con diagnóstico de SCACEST ingresados desde el 1 de enero de 2019 al 1 de abril de 2022. Se incluyeron 83 pacientes, de los

cuales 36 pacientes (43.37%) recibieron terapia de reperfusión con SK y 47 pacientes (56.6%) no la recibieron, por considerarse infartos agudos de miocardio evolucionados.

Resultados: Del total de pacientes trombolizados (43,37%), 33 pacientes (83.3%) presentaron criterios de reperfusión positiva y 3 pacientes (16.6%) reperfusión negativa con necesidad de derivación de urgencia a centro con Hemodinamia. La distribución de los factores de riesgo fue uniforme, excepto en el caso de la Diabetes, que fue significativamente más baja (8 vs 28%) en el grupo que recibió SK, en el cual los pacientes eran discretamente más jóvenes. Los procedimientos de revascularización requeridos fueron 28.9% para ATC, 54% en pacientes que recibieron trombolíticos y 46% en los no trombolizados, la Cirugía de By Pass se realizó en 11 pacientes (13.2%), 36.3% en pacientes trombolizados y 63.63% en los no trombolizados. No observamos en esta serie efectos adversos relacionados al tratamiento trombolítico. Se registro 1 óbito (2.44%), en un paciente en espera de ATC (grupo no SK) .

Conclusiones: Analizando nuestro estudio observacional, podemos concluir, que los pacientes concurren tardíamente a la consulta, perdiendo el valioso tiempo para la trombolisis y la posibilidad de salvar miocardio viable, en nuestra experiencia, el tratamiento fibrinolitico tiene excelentes resultados con 83.3% de síndromes de reperfusión positiva, superior a lo reportado en la bibliografía (60-70%), con la consecuente preservación de la función sistólica ventricular. Los pacientes trombolizados requirieron mayor número de angioplastias y los no trombolizados, tuvieron mayor extensión de la enfermedad coronaria lo que trajo aparejada una mayor demanda de cirugía de By Pass. Los pacientes de alto riesgo deben esperar tiempos prolongados para los procedimientos de alta complejidad, como ATC y CRM, no disponibles en nuestra institución, lo que aumenta la mortalidad hospitalaria en nuestros pacientes, aún con Fey preservada.

0579 . RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS DESCENDIENTE DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA: UN ANÁLISIS DE LA ENNYS 2

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Catalina AWRUCH | Fernando Martin SOLARZ | Francisco Matias PEREZ BRIDOUX | Maria Florencia ZAMORA | Maria Emilia MATTIG | Cintia Valeria CRUZ | Nicolas TENTONI | Maria Teresa POLITI

Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA)

Introducción: Las poblaciones descendientes de pueblos originarios a nivel mundial se encuentran en una situación vulnerabilizada respecto a otros sectores de la sociedad en términos de su acceso a la Salud. La información acerca del riesgo cardiovascular de personas descendientes de pueblos originarios en Argentina es escasa.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y la asociación con infarto agudo de miocardio en adultos descendientes de pueblos originarios en Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal realizado a partir de la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de la Argentina. Dicha encuesta es representativa de individuos residentes en hogares particulares de localidades urbanas de 5.000 habitantes y más en Argentina. Se realizó una muestra probabilística estratificada por región y polietápica en 4 fases de selección aleatoria, con arreglo proporcional a la población. Los datos de dicha encuesta son de acceso público (www.datos.gob.ar). En nuestro análisis se incluyeron a adultos mayores de 18 años de edad que hubieran participado de la encuesta. Se excluyeron a las observaciones que presentaran datos faltantes para las variables principales predictoras y de desenlace. Se evaluó como variable predictora el hecho de identificarse como descendiente de los pueblos originarios y como principal variable de desenlace el antecedente de infarto agudo de miocardio. Al tratarse de una encuesta, ambas variables se definieron por autoreporte. En ambos casos, la respuesta "no sabe" se agrupó junto a las respuestas negativas. En todos los casos se realizaron tests de hipótesis a dos colas con un nivel de significancia del 5% utilizando el lenguaje abierto y gratuito R.

Resultados: Se encuestaron un total de 21.358 personas, de las cuales 7.367 (34,5%) eran adultos, que por consiguiente fueron incluidos en nuestro estudio. No fue excluida ninguna observación por presentar datos faltantes respecto a las variables principales. Del total de adultos, 218 (3%) se identificaron como descendientes de pueblos originarios. El sexo (55% vs 58% de mujeres) y la edad (43,5 [32,0 - 56,1] años vs 40,1 [28,1 - 57,0] años) fueron similares entre personas descendientes de pueblos originarios y personas que no lo eran. La prevalencia de hipertensión (21,1% vs 22,0%) y diabetes (9,1% vs 8,7%) fueron similares entre ambos grupos, mientras que la de dislipidemia (18,3% vs 15,8%), tabaquismo (25,7% vs 23,8%), obesidad (39,2% vs 34,4%) y agregado de sal a las comidas (9,1% vs 5,1%) fueron ligeramente superiores en personas descendientes de pueblos originarios. La prevalencia de eventos clínicos en ambos grupos fue similar para infarto agudo de miocardio (1,8% vs 1,6%) y ligeramente superior para cardiopatía (9,1% vs 6,2%) y para enfermedad renal (5,9% vs 3,9%). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ser descendiente de

pueblos originarios y el antecedente de infarto agudo de miocardio (OR = 1,06; IC95% 0,32 a 2,54; p = 0,911). De manera exploratoria, se evaluó la asociación entre ser descendiente de pueblos originarios y presentar cardiopatía (OR = 1,54; IC95% 0,92 a 2,40; p = 0,073) o enfermedad renal (OR = 1,56; IC95% 0,83 a 2,65; p = 0,131), encontrándose vinculaciones que no alcanzaban la significancia estadística.

Conclusiones: La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personas descendientes de pueblos originarios es similar o ligeramente superior a la de personas que no lo son. Ser descendiente de pueblos originarios posiblemente se asocie a un mayor riesgo de cardiopatía y enfermedad renal, pero no de infarto agudo de miocardio. Posiblemente restricciones al acceso de salud en este subgrupo estén relacionados con estos hallazgos.

0580. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y EDAD BIOLÓGICA A PARTIR DE UNA SELFIE

Salud Digital E Inteligencia Artificial / Hipertensión Arterial

Tomas RUFFO | Gustavo Javier DAQUARTI | Fernández Urquiza MACARENA | Gabriel OCAMPO | Farid MURZONE | Nicole BARTELLINI HUAPALLA | Javier SANKOWICZ | Martina BUNGE

UMA-Health

Introducción: Está demostrado que la edad biológica influye en el padecimiento de ciertas patologías. De aquí que conocer la edad biológica (e.b.) de una persona y compararla con su edad real podría darnos información valiosa acerca de su estado de salud general. Lamentablemente, estimar la e.b. no resulta una tarea sencilla, y es por esto que usualmente no es tenida en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico. Este estudio busca relacionar la edad biológica de una persona con su edad aparente (aquella percibida por otros), con el fin de evaluar si esta última permite estimar la primera y, en última instancia, inferir el estado de salud.

Objetivos: Desarrollar un algoritmo de inteligencia artificial que sea capaz de estimar la edad biológica de una persona utilizando como input una imagen facial y la edad del individuo para, posteriormente, evaluar si existe una relación entre la edad aparentada por una persona y el padecimiento de ciertas patologías (i.e. si a mayor edad aparente, mayor posibilidad de presentar ciertas condiciones patológicas).

Materiales y Métodos: Utilizando distintos dispositivos móviles, se tomaron más de 40000 mil imágenes frontales de la cara de distintas personas, con distintas distancias/ángulos focales y condiciones de luz variadas. Cada una de estas fotografías fue etiquetada con la edad de la persona retratada. Como preprocesamiento, se recortó el fondo de cada imagen y se dejó únicamente la sección que abarcaba desde el cabello hasta el cuello de la persona fotografiada. Con el 75% de estas imágenes se entrenó una red neuronal convolucional basada en una arquitectura Vgg-19, para que, a partir de una nueva foto, pudiese predecir la edad de la persona. Adicionalmente, se utilizó un segundo conjunto de fotografías que no solo estaban etiquetadas con la edad de la persona, sino también con sus antecedentes médicos de hipertensión y diabetes. A partir del modelo entrenado, se obtuvo la predicción de edad para cada una de las fotos de este segundo dataset y se calculó el error de predicción (diferencia entre la edad real de la persona y la predicha por el modelo). Tomando un umbral de 7 años, se dividieron los registros entre aquellos que mostraron un error mayor al umbral y aquellos que evidenciaron un error menor.

Resultados: Se obtuvo un error medio absoluto de 4.51 años entre la edad real y la edad predicha por el modelo. Del total de 2175 pacientes que conforman el dataset, 2055 mostraron un error de predicción menor a siete años. De estos registros, el 22.63% declararon padecer hipertensión y el 4,88% declaró padecer diabetes. Por otro lado, se registraron 120 predicciones con un error mayor a 7 años y, de éstas, el 30,83% declararon ser hipertensos y el 8,89%, personas con diabetes. Con estos datos se realizó un test de chi cuadrado utilizando un nivel de significancia de 0,05. En el caso de la hipertensión el test resultó significativo, por lo que podemos rechazar la hipótesis de que no haya relación entre ambas edades para la predicción de este antecedente. En el caso de la diabetes, ocurre lo mismo, rechazamos la hipótesis base de que no existe relación.

	Estadístico de prueba	P-Value	G° Libertad
Hipertension	3.850265583698602	0.04973811431877858	1
Diabetes	6.093449316290797	0.047514295366016764	2

Conclusiones: Con la evidencia presentada en este trabajo, creemos que obtuvimos un método accesible para aproximar la edad biológica de una persona. Esto nos permite obtener mayor información acerca del estado de salud de un paciente a partir de un input tan simple como una selfie y la edad real. En un futuro buscaremos expandir este trabajo mejorando la red con más datos y comparando resultados con nuevas patologías.

0581. FIBRILACIÓN AURICULAR EN CARDIOPATÍA AMILOIDÓTICA POR TRANSTIRETINA

Miocardiopatías / Arritmias y Electrofisiología

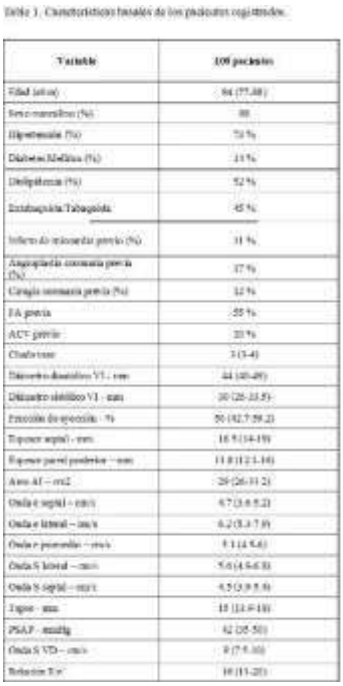
María Del Rosario RODRÍGUEZ | Juan Pablo COSTABEL | Ana SPACCAVENTO

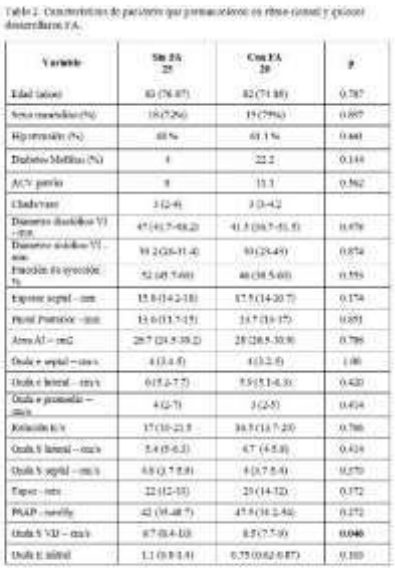
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La amiloidosis cardiaca (AC) es una patología que a través del depósito de proteínas mal plegadas genera una miocardiopatía restrictiva. Según el mecanismo en que se producen dichos depósitos se divide en de tipo AL o de tipo TTR. La misma se asocia a múltiples trastornos de la conducción y arritmias, entre ellas la fibrilación auricular (FA) es la más frecuente. La presencia de la misma varía ampliamente en las distintas etiologías, siendo la de tipo TTR la que presenta mayor prevalencia al momento del diagnóstico, habiéndose descrito en un 30 a 70%.

Objetivos: Evaluar la fibrilación auricular en pacientes con cardiopatía amiloidótica por transtiretina.

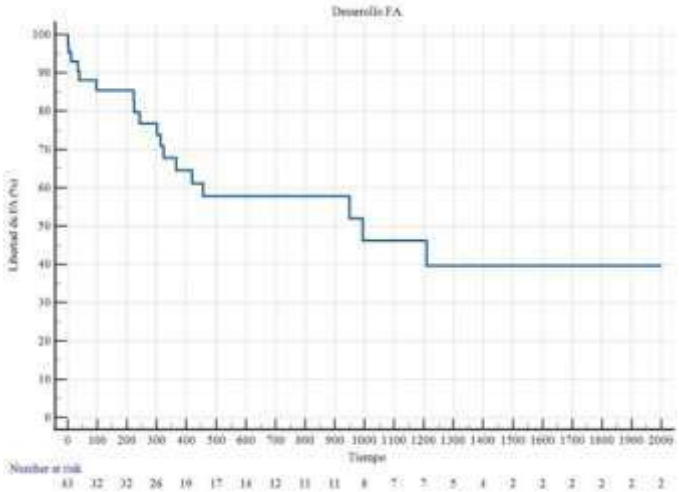
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, observacional, a partir de datos obtenidos de la historia clínica electrónica de pacientes del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico de cardiopatía amiloidótica por transtiretina de acuerdo a las guías de buena práctica clínica.





Resultados: Se identificaron 100 pacientes consecutivos con amiloidosis TTR, de los cuales 88 eran de sexo masculino, con una edad mediana de 84 años. Presentaron una mediana de fracción de eyección de 50%, espesor septal y de pared posterior de 16.5 mm y 13.8 mm respectivamente, relación E/é de 16, ondas S lateral y septal de 4.7 y 6.2 cm/s respectivamente, y PSAP de 42 mmHg. Al momento del diagnóstico de la miocardiopatía el 55% presentaban fibrilación auricular, y en el seguimiento el 60% desarrolló FA (la mayoría durante el primer año). Entre estos últimos, se observó una tendencia a presentar menor diámetro diastólico, menor FEVI, mayor espesor septal, y mayor PSAP, así como menores velocidades tisulares, hallándose significancia estadística en la onda S del ventrículo derecho: 9.7 cm/s (8.4-10) vs 8.5 cm/s (7.7-9) (p. 0.046).

Conclusiones: La fibrilación auricular es altamente prevalente e incidente en la AC TTR. Dado el alto riesgo trombótico y cardioembólico de estos pacientes, se debe buscar exhaustivamente en su evolución, para adecuar el tratamiento médico y prevenir complicaciones. La ecocardiografía Doppler, ayuda a identificar pacientes con signos de miocardiopatía restrictiva más avanzada, como la evidencia de menores velocidades tisulares, y que por lo tanto tienen mayor riesgo de desarrollar FA.



0582. EFICACIA DEL CIERRE PERCUTÁNEO DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE COMO TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA

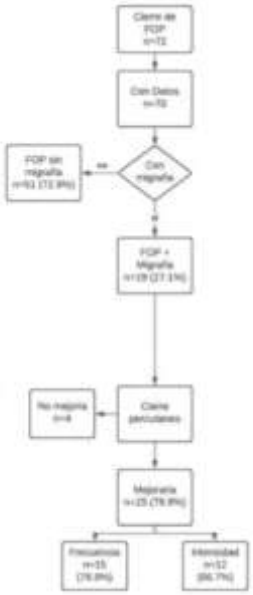
Cardiología Intervencionista y Estructural / Cerebro Vascular

Nicolás Martin EQUISITO | Eduardo MOREYRA (H)

Sanatorio Allende

Introducción: Introducción: La migraña es uno de los trastornos discapacitantes más frecuentes del mundo. Los tratamientos actuales son efectivos para un número limitado de pacientes, existiendo muchos que no responden o no los toleran. Múltiples estudios han mostrado una asociación entre migraña y la presencia de foramen oval permeable (FOP); la cual está presente en un 20% de la población. Presumiblemente el pasaje directo al cerebro de serotonina o sustancias vasoactivas liberadas por las plaquetas evitando ser metabolizados por el pulmón explicarían esta asociación. Estudios observacionales han sugerido que la eliminación del shunt de derecha a izquierda mediante el cierre de FOP, se asocian a una reducción de la frecuencia y gravedad de la migraña.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron establecer la prevalencia de migraña con cierre de FOP por ACV, o CIT criptogénicas. Determinar si el cierre disminuyó la frecuencia e intensidad de los mismos y evaluar si aquellos pacientes que quedaron con shunt residual luego del cierre, tuvieron una menor mejora de su migraña que aquellos que quedaron sin shunt



Materiales y Métodos: Materiales y métodos: El estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se incluyeron a pacientes que fueron sometidos a cierre percutáneo de FOP. Las características de los pacientes se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Los pacientes fueron contactados telefónicamente y se les realizó un cuestionario.

Resultados: Resultados: Entre enero del 2014 y octubre del 2020 se realizaron 72 cierres de FOP, entre las dos sedes. El 53% fueron de sexo masculino, con un promedio de edad de 43. Las indicaciones para cierre de FOP fueron ACV/CIT. La prevalencia de migraña fue del 27%, El 47% estaba bajo tratamiento preventivo de migraña y el 89% con tratamiento de rescate. El 22% describió sus migrañas como de intensidad moderada y el 78% como severas. El 58% tenía migrañas con aura y el aura visual (82%), fue el más frecuente. Luego del cierre del FOP el 79% de los pacientes notaron una disminución de la frecuencia de migrañas y el 67% describieron una menor intensidad de las mismas

Conclusiones: En conclusión, la prevalencia de migraña en pacientes sometidos a cierre de FOP por diversas razones. Las causas fueron del 22%. La mayoría de estos pacientes notó una mejoría en la intensidad y frecuencia de sus síntomas. La incidencia de shunt residual luego del cierre de FOP fue del 9% y ocurrió mayoritariamente en pacientes sin migrañas por lo que no pudimos determinar si se asocia a persistencia de síntomas.

0583. CORRELACIÓN ENTRE PUNTAJE DE RIESGO TIMI Y CRITERIO MÉDICO PARA TOMA DE DECISIÓN CLÍNICA EN SINDROME CORONARIO AGUDO.

Cardiopatía Isquémica / Sindrome Coronario Agudo

Maria Jose MARTINEZ | Luciana MEZA | Esteban ORDÓÑEZ | Juan Mariano STATTI | Gloria LUNA | Maximiliano DE ABREU | Laura ANTONIETTI | Carlos Daniel TAJER

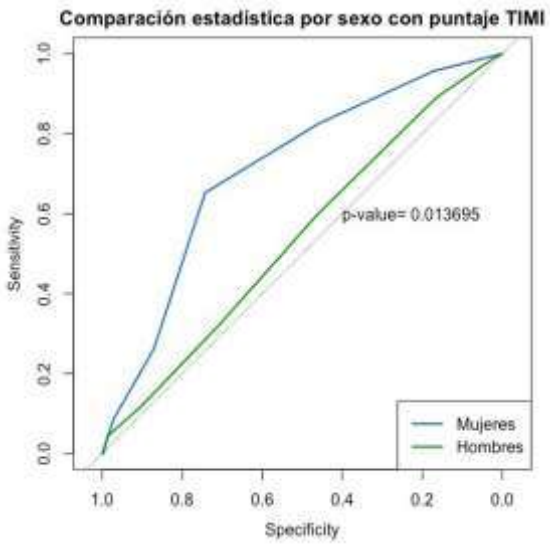
Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: Existen numerosas escalas para estratificar el riesgo de eventos en síndromes coronarios agudos (SCA) y definir la mejor opción terapéutica en base a esto. Sin embargo, son numerosos los reportes que muestran que en la práctica diaria no son utilizados y es la percepción del médico la que guía la elección del tratamiento.

Objetivos: Evaluar la correlación entre el criterio médico (CM) de estratificación de riesgo y compararlo con la escala TIMI.

Materiales y Métodos: Se utilizó un registro prospectivo de pacientes (p) que ingresaron por SCA a la unidad coronaria de

un hospital de alta complejidad. Para el análisis se incluyeron los p con SCA sin elevación del ST. El registro incluye una variable de evaluación del riesgo del paciente al ingreso según la percepción del médico, que lo categoriza en bajo, moderado o alto. Posteriormente se evaluó su correlación con eventos coronarios durante la internación, para lo cual se creó una variable combinada que incluyó muerte, complicaciones eléctricas, necesidad de asistencia respiratoria, balón de contrapulsación aórtica o marcapasos transitorio. Finalmente, se comparó el poder de predicción con la escala TIMI y se evaluaron diferencias según el sexo.



Resultados: Se incluyeron 575 p con SCA sin elevación del ST. La edad media fue de 57,2 años (+/- 9,4) y el 16,4% fueron de sexo femenino. Durante la internación se registraron 117 eventos (MACE). De ellos, 25 fueron óbitos. Los restantes fueron complicaciones eléctricas, re-infartos, anginas post-infartos, p con requerimientos de asistencia respiratoria, balón de contrapulsación aórtica o marcapasos transitorio. Según el CM, el 36,8% de los p fueron de alto riesgo, mientras que por el score de TIMI solo lo fue el 11,2%. Se estudió la anatomía coronaria en 495 p (86%). Se observó mayor indicación de cinecoronariografía en los p de bajo riesgo calculado por puntaje TIMI (87,5%) en comparación con los de alto riesgo (76,6%), p=0,02. Se registraron 28 complicaciones asociadas al procedimiento invasivo. 6 en el grupo de alto riesgo y 22 en el de bajo riesgo, p=0,07. No se observaron diferencias en la indicación de cinecoronariografía entre p de alto riesgo o bajo riesgo por CM (88,1% vs 85,3%, p=0,3) ni en las complicaciones asociadas al procedimiento (3,4% vs 5,7%, p=0,3). Al comparar ambas escalas, se comprobó que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la capacidad de discriminar p con mayor riesgo de padecer eventos. El área bajo la curva (ABC) fue de 59,9% (IC 54,4%-65,4%) para el CM y de 57,2% (IC 51,6%-62,9%) para el puntaje TIMI; p=0,3. En el análisis comparativo por sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. En mujeres, el ABC con el puntaje TIMI fue de 71,1% (IC 59,2%- 82,9%) y de 60,8% con CM (IC 49,2%- 72,4%), p= 0,12. En los varones, el ABC fue de 59,6% con CM (IC 53,3%- 65,8%) y de 54% con el puntaje TIMI (IC 47,7 – 60,3%); p=0,13. Al comparar la capacidad de predicción del puntaje CM en hombres y mujeres, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,8). Sin embargo, no ocurrió lo mismo con el puntaje TIMI, donde el poder de predicción en las mujeres fue significativamente mayor que en los hombres (p=0,01).

Conclusiones: La decisión de realizar el estudio invasivo de la anatomía coronaria no fue guiado por el puntaje TIMI o la impresión del riesgo del médico tratante. En esta población se encontró que la capacidad de discriminar p de alto riesgo, con ambos métodos, es pobre. Sin embargo, se halló que con el puntaje TIMI la facultad de discernir p de alto riesgo es mayor en mujeres que en varones.

0584. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON ECMO EN PACIENTES COVID-19.

Cirugía Cardiovascular / Covid-19

Emanuel Carlos GALLARDO | José Gaspar CHAS | Sonia VILLARROEL | Eduardo PEREIRA | Silvia VALERIO | Ricardo POSATINI | Marcelo HALAC | Vadim KOTOWICZ

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El COVID-19 constituye un síndrome de distrés respiratorio agudo provocado por el virus SARS-CoV2 y se manifiesta por un estado de procoagulabilidad e inflamación con daño endotelial; en este contexto, la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venoso puede ser beneficiosa.

Objetivos: Analizar los resultados de un centro de Argentina que implementa esta modalidad de Asistencia Circulatoria en pacientes (p) con distrés respiratorio en ventilación mecánica refractario a otras estrategias terapéuticas.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo. De un total de 171 p asistidos por ECMO desde mayo de 2013, se analizó un subgrupo consecutivo de 27 p que ingresaron por neumonitis causada por virus SARS-CoV 2 cuyo diagnóstico fue realizado con reacción en cadena de polimerasa (PCR), los cuales en la evolución de su enfermedad requirieron asistencia circulatoria con ECMO veno-venoso. Se incluyeron p de ambos sexos >18 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: sobrepeso 51,8% (14p), hipertensión arterial 22,2% (6p), tabaquismo 18,5% (5p). Solo 22,2% (6p) padecían 2 o más comorbilidades. Los parámetros utilizados para determinar la indicación de la misma fueron PaFiO2 <50 por 3 horas o <80 por 6 horas, pH <7.25 con PaCO2 >60 por 6 horas; a pesar de utilizar relajantes musculares, decúbito

prono >18 horas y parámetros de ventilación optimizados (Presión plateau <30 y volumen tidal 6-7ml/kg). La evaluación clínica y la totalidad de los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo de profesionales, el cual se encuentra entrenado para la utilización de ECMO como terapéutica en la falla respiratoria.

Complicaciones post colocación de ECMO			
	N	%	Total
Infecciosas	18		66,60%
> Neumonía	14	77,70%	
> Infección urinaria	1	5,50%	
> Neumonía+Infección urinaria	3	16,60%	
Hemorrágicas	8		29,60%
>Hemotorax	3	37,50%	
>Sangrado vía aérea	2	25%	
>Hemorragia intracerebral	1	12,50%	
>Sangrado digestivo	1	12,50%	
>Herida	1	12,50%	
Mecánicas	7		25,90%
Trombosis de la membrana	6	85,70%	
Trombosis canulas	1	14,30%	

Resultados: La media de edad fue de 47,4±11,0 años, el 77% (21p) fueron de sexo masculino. Luego de la colocación del ECMO, las intercurrencias más frecuentes fueron: infecciosas 66,6% (18 p), hemorrágicas 29,6% (8 p), mecánicas 25,9% (7 p), insuficiencia renal aguda con requerimiento de terapia de reemplazo renal 18,5% (5p), neumotórax 18,5% (5p). La mediana de permanencia de ECMO fue de 13 días (9, 29). Los días de ventilación mecánica hasta la colocación de la ECMO evidenciaron una mediana de 6 (3, 9); el tiempo de ventilación mecánica en posición prona hasta la colocación de la ECMO registró una mediana de 2 días (1, 4). La sobrevida observada fue del 55,6%; los 12 óbitos se registraron previo al weaning del ECMO. Salvo en 2 p en los que no se completó el seguimiento, en el resto de pacientes que fueron exitosamente externados no se encontró mortalidad a los 90 días. El subgrupo de p que fueron asistidos externamente y luego trasladados a nuestro centro tuvo una mortalidad del 50% (5p); por otro lado, para el subgrupo que cursó toda la evolución en nuestro centro la mortalidad fue del 41,1% (7/17) (p=0,656).

Conclusiones: En nuestra serie reportamos que la sobrevida global del p en ECMO veno-venoso es del 55,6%, alcanzando el 50% en los p que fueron asistidos por ECMO móvil y un 58,9% en los p que cursaron la totalidad de la enfermedad en el mismo centro que fueron asistidos. La mortalidad observada es ligeramente superior al 38,0% reportado por la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). Dichos procedimientos fueron realizados por un equipo especializado como las guías de la ELSO sugieren. Teniendo en cuenta que en los reportes iniciales de la pandemia la mortalidad de los p con indicación de ECMO veno-venoso alcanzaba el 90%, la utilización de Asistencia Circulatoria por un equipo entrenado resulta en una disminución significativa de la mortalidad a pesar de las complicaciones que puede presentar este subgrupo de enfermos.

0585. EVOLUCION CLINICA DE PACIENTES CON SINDROME DE CONGESTION PELVICA QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ENDOVASCULAR.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Enfermedad Vascular Periférica

Fernando CHIARINI | Christian FONTAINE | Rodrigo PELAEZ | Gerardo GALIMBERTTI | Gustavo PESSAH | Carlos Raúl LEONARDI | Jonathan Sebastian MIARA LOPEZ

Actividad Clinica Privada

Introducción: El síndrome de congestión pélvica es una entidad que genera un verdadero impacto en la salud por su implicancia clínica y alteración en la calidad de vida de los pacientes. El desconocimiento de su manejo lleva a diagnósticos y tratamientos erróneos, innecesarios o insuficientes. El síndrome de congestion pélvica consiste en un aumento de las estructuras venosas intrapelvicas tanto en numero como en calibre. Son venas de morfología varicosa, tortuosas, ectasicas y con alteraciones en el flujo.Se caracteriza por dolor pélvico crónico, dispareunia y várices genitales o atípicas. Pero puede tener una expresión en miembros inferiores a través de las denominadas fugas pélvicas con la presencia de várices de ubicación no convencional y síntomas como dolor, pesadez, característicos de la insuficiencia venosa.

Objetivos: Evalucion clinica, basandonos en escala de dolor de VAS, en paciente que recibieron tratamiento endovascular por sindrome de congestion pelvica

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, de paciente consecutivos, monocéntrico, realizado desde octubre del 2019 hasta octubre del 2020. Todas fueron mujeres con una edad promedio de 49 años. En cuanto a los síntomas prevalentes fueron, dolor pélvico crónico (85 %), varices genitales atípicas (63 %), inflamación de miembro inferior (37 %) y dispareunia (11 %). Recibieron tratamiento 39 pacientes, de las cuales 30 tenían congestion pélvica primaria, asociados a stenting primario por sindrome de May Thurner 5 pacientes y 4 pacientes a sindrome post trombótico. El algoritmo diagnostico se baso en ecodoppler color venoso abdominal, pélvico y transvaginal, flebografía. Se solicito tomografía computarizada en

caso de sindromes compresivos.Se realizo; embolizacion con tecnica de sandwich, foam con polidocanol- coils de liberacion controlada-foam. Practica con anestesia local ambulatoria, con externacion a la hora. Los tips fueron la embolizacion de distal a proximal, hasta 5 cm del origen del vaso, sobredimensionar el tamaño del coils un 30% con respecto a la vena, tecnica de sandwich, tratamiento de todas las fugas. En cuanto a los sindromes compresivos se realizo stenting primario con prevalencia de abordaje femoral izquierdo con externación a las 2 hs posteriores al procedimiento. Se embolizaron 39 venas, 21venas gonadales izquierdas, 9 embolización gonadal bilateral, y 9 pacientes recibieron stenting por sindrome compresivo. Referido al acceso 17 pacientes se prefirio el acceso braquial derecho, 17 pacientes se prefirio el acceso femoral, 3 acceso popliteos y 1 femoral superficial. El seguimiento clinico se realizo a los 3 meses, a los 6 y al año, basandose en la escala de dolor de VAS.

Resultados: Se logro la desaparición significativa de los sintomas en el 93% de los casos. Solamente dos casos (7 %) lograron resolución parcial de los sintomas. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. El 89 % de los pacientes no expresaron síntomas importantes post procedimiento, el 3 % expresaron episodio febril que duro menos de 24 hs y el 7% tuvieron dolor pélvico de intensidad moderada a severa por menos de 5 días.

Conclusiones: El tratamiento endovascuar del síndrome de congestion pélvica, ya sea por insuficiencia venosa primaria o síndrome compresivo, mostró una elevada eficacia clinica con mejoría significativa de los síntomas, aceptación por parte de los pacientes y minima morbilidad.

0586. CORRELACION ENTRE EVENTOS TROMBOEMBOLICOS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON COVID-19.

Cardiología Clínica / Covid-19

Guillermina SORASIO (1) | Mariano MAYDANA(2) | Stella PEREIRO GONZALEZ(3) | Gonzalo ZAPATA(2) | Alfredo HIRSCHSON PRADO(1) | Enrique DOMINE(1) | Adrian LESCANO(3) | Lucía Raquel KAZELIAN(3)

Hospital General de Agudos B. Rivadavia (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2); Áreas SAC: Área de Investigación (3)

Introducción: La infección por el virus SARSCov2 corresponde a una de las mayores pandemias conocidas actualmente. Los pacientes con COVID 19 graves tienen mayor predisposición a eventos tromboembólicos a pesar de la tromboprofilaxis a dosis standard, y esto se ha correlacionado con mayor mortalidad

Objetivos: Determinar la asociación de complicaciones tromboembólicas con mortalidad intrahospitalaria en la población de pacientes internados por enfermedad por COVID-19 en Argentina

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, observacional, multicéntrico que incluyó 2750 pacientes de 50 centros y 11 provincias del país con diagnóstico de enfermedad por COVID-19, desde el 18 de mayo hasta el 31 de octubre de 2020. En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. El análisis multivariado se realizó con regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. La significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$

Resultados: Se incluyeron 2750 pacientes, la edad promedio fue de 57±18.1 años y sexo masculino de 60,2%. Se describen las características basales en la tabla 1. El estado clínico de COVID-19 fue asintomático/leve en el 53%; moderado/grave 34.6% y crítico 12,3%. La mediana de internación fue de 10 días (IR 25-75% 5-15) y 32.2% se internó en área de cuidados intensivos (UCI). El 15.9% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) e inotrópicos en el 14.3%. La tasa de complicaciones cardiovasculares fue del 15,3%, de las cuales la más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (43,5%) y las complicaciones tromboembólicas se presentaron en el 11.1% (tromboembolismo de pulmón (TEP) 6.4%, tromboembolismo arterial 3% y venoso (TVP) 3%) Con respecto al tratamiento del TEP, el 66.7% recibió anticoagulación, el 14.8% trombolisis y ninguno en el 18.5%. La mortalidad intrahospitalaria fue de 19.3%. En el análisis univariado tanto la presencia de TVP (OR 2.99, IC 95% 0.74-11, p 0.04) como TEP (OR 8.10, IC 95% 3.39-20.7, p 0.0001) se asociaron a mayor mortalidad intrahospitalaria.

Caracteristicas basales

Variable	Valor
Edad(años)	57 ± 18
Sexo masculino (%)	60,2
Factores riesgo CV(%)	57,4
HTA(%)	46,6
Diabetes(%)	16,4
Dislipemia(%)	21,6
Obesidad (%)	30,7
Tabaquismo (%)	15,1
Antecedentes patológicos(%)	41,6
EPOC/Asma (%)	9,6
Insuficiencia renal crónica(%)	3,3
Oncohematológicos (%)	4,6
Inmunosupresor (%)	4,0
VIH (%)	1,7%
Tuberculosis(%)	1,2
Chagas(%)	1,2
Colagenopatia (%)	1,3
Antecedentes CV	44,2%
Cardiopatia isquémica(%)	7,6
Arritmias(%)	4
Insuficiencia cardiaca(%)	6,3
HTP(%)	2,1
Congenitas (%)	0,6

Conclusiones: Esta cohorte presentó una mortalidad intrahospitalaria de 19.3%. A pesar del bajo número de complicaciones tromboembólicas, la TVP y en mayor medida el TEP, fueron predictores de mortalidad intrahospitalaria.

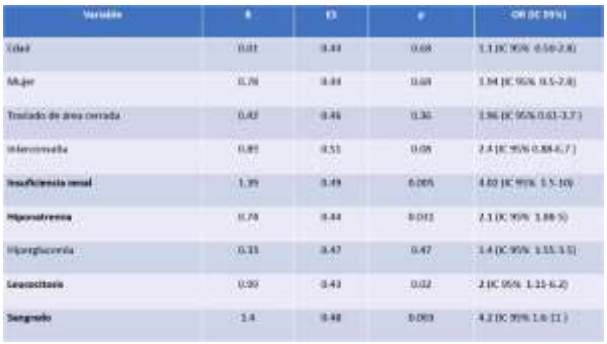
0587. PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEGUIMIENTO CARDIOLÓGICO INTERNADOS EN SALA GENERAL.

Cardiología Clínica

Graciana Maria CIAMBRONE | Ornella CORIGLIANO | Octavio DEFELITTO | Maria Sol DONATO | Claudio HIGA | Ana PASTORINO | Mariangel SANCHEZ | Alejandro Gabriel SERRA LYNCH

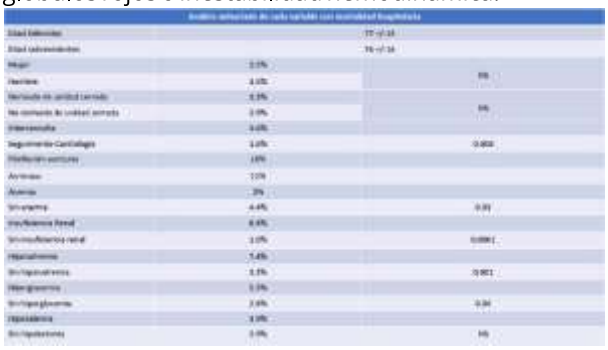
Hospital Alemán

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las primeras causas de muerte en el mundo. Además de ser un desenlace de importancia para el paciente, la mortalidad intrahospitalaria (MI) es considerada un indicador de calidad de atención utilizado en la planificación y gestión sanitaria.



Objetivos: Evaluar predictores de MI de pacientes internados en sala general con seguimiento por un Servicio de Cardiología de un Hospital de Comunidad.

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes incluidos consecutivamente en una base de datos que fueron internados y seguidos en sala por Cardiología, pertenecientes a un Hospital de Comunidad. Las variables incluidas fueron: edad, género, presencia o no de insuficiencia renal (IR), anemia, arritmias, sodio y potasio plasmático, glucemia, sangrado, seguimiento como interconsultores, motivo de internación y seguimiento luego de internación de Unidad coronaria u otra área cerrada y diagnóstico de egreso hospitalario. Definiciones: Hiponatremia: sodio sérico menor a 135 mEq/L. Hiperglucemia: glucemia igual o mayor a 110 mg/dl. Insuficienica renal: creatinina sérica mayor 1.2 mg/dl en hombres y mayor a 1.1 mg/dl en mujeres. Sangrado: requerimiento de transfusion de glóbulos rojos o inestabilidad hemodinámica.



Resultados: Se analizaron 1206 pacientes ingresados desde junio del 2017 hasta febrero del 2022. La edad fue de 73 ± 15 años, 42 % fueron mujeres, 43% fueron trasladados de áreas cerradas y un 39% seguidos por interconsulta, 43% presentaron anemia, 37% insuficiencia renal, 11% hiponatremia, 17% hiperglucemia, 15% hipokalemia, 32% leucocitosis, 4% sangrado. La MI fue del 3.1%. En la Tabla 1 se muestra el análisis univariado de las variables y su asociación con mortalidad. En la Tabla 2 se detalla el resultado del análisis de regresión multivariado, siendo las variables asociadas independientemente a mortalidad hospitalaria: insuficiencia renal OR 4.02(IC 95%1.5-10), hiponatremia OR 2.1 (IC 95% 1.88- 5), leucocitosis OR 2 (IC 95% 1.1-6.2), y el sangrado OR 4.2 (IC 95% 1.6-11).

Conclusiones: En pacientes internados en sala con seguimiento cardiológico, la insuficiencia renal, la hiponatremia, la leucocitos y las complicaciones hemorrágicas fueron predictores independientes de mortalidad hospitalaria.

0588. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN MUJERES ADULTAS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN - ARGENTINA

ModaCorazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Damian HOLOWNIA (1) | Ricardo Sebastián GALDEANO(2) | Silvina RIVAS JORDAN(1) | Rodrigo Oscar MARAÑON(1) | Claudio JOO TURONI(1)

Universidad Nacional de Tucumán (1); Sanatorio Racedo (Monteros - Tucumán) (2)

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de morbimortalidad tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, en la población femenina, aún existe una dicotomía entre el riesgo cardiovascular real y el percibido tanto por la paciente como por el profesional de salud. En general, hay una percepción que la prevalencia

de ECV es menor en zonas rurales que en zonas urbanas y periurbanas. Sin embargo, actualmente algunos trabajos indican un incremento de ECV en diversas comunidades rurales.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) en mujeres adultas de 3 zonas (rural, urbana y periurbana) de la provincia de Tucumán - Argentina.

Materiales y Métodos: Se estudiaron mujeres que participaron en el estudio Sonqo Calchaquí 2018 (Rural; n=125); de San Miguel de Tucumán (Urbana; n=112) y de Villa Muñecas que participaron en el Día de la Mujer - SAC 2021 (Periurbana; n= 50). En todos los casos se registró edad, nivel educativo y antecedentes de tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial (HTA) y diabetes. Se midió peso, talla, circunferencia de cuello y circunferencia de cintura. Se midió presión arterial (PA) sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y frecuencia cardíaca. Se calculó índice de masa corporal (IMC) como peso/ (talla2). Análisis Estadístico: Los resultados se expresaron como promedio ± error estándar. Se utilizó Prueba t; ANOVA con Post Test de Newman Keuls, correlación de Pearson (rp) o X2 según fue necesario. Los resultados fueron considerados significativos con una p<0,05.

Tabla 1: Valores antropométricos de la población estudiada:

		Rural (n=125)	Urbana (n=112)	Periurbana (n=50)
Peso (Kg)		68±1	78±2***	73±2+
Talla (cm)		154±1	160±1***	160±1***
IMC		28,5±0,5	30,3±0,6	28,5±0,8
Circunferencia de cuello (cm)		36,9±0,8	34,3±0,4**	36,1±0,4
Circunferencia de cintura (cm)		95,6±1,3	95,0±1,8	97,9±2,0
PA (mmHg)	Sistólica	120.4±1.9	131.2±1.8***	131.5±2.4**
	Diastólica	75.6±0.9	80.7±1.0**	82.8±1.9**
Frecuencia cardíaca (lat/min)		76.4±1.2	79.0±1.1*	78.4±1.1

PA: Presión arterial;
*: p<0,05 vs. zona Rural
**: p<0,01 vs. zona Rural
***: p<0,001 vs. zona Rural
+: p<0,05 vs. zona Urbana

Resultados: La edad promedio fue 48.9±0.9 años sin diferencias entre los 3 grupos (Rural: 50,2±1,7 años, n=125; Urbana: 48,1±1,0 años, n=112; Periurbana: 47,7±1,9 años, n=50; p: NS). Solo en el grupo Rural hubo pacientes con analfabetismo. En los grupos Urbana y Periurbana hubo mayor porcentaje de mujeres con estudios terciarios y/o universitarios (X2: 171,4; p < 0,00001). La Tabla 1 muestra los valores antropométricos y hemodinámicos de la población estudiada. En al análisis general 28% de las mujeres estudiadas presentaba normopeso; 30% sobrepeso y 42% obesidad. No hubo diferencias en esta distribución en los 3 grupos (X2: 2.6639; p: NS). La circunferencia de cuello estuvo aumentada en 62% de las mujeres del grupo Rural, 41% en el grupo Urbana y 79% en el grupo Periurbana (X2: 23.1774; p<0,001) y la circunferencia de cintura estuvo aumentada en 69% de las mujeres estudiadas, sin diferencias en los 3 grupos (X2: 2.6573; p: NS). El número de FRCV fue mayor en la zona Urbana. El tabaquismo se encontró en mayor porcentaje en la zona Urbana (X2: 14,6655; p < 0,001). Los otros FRCV se encontraron en similar porcentaje en las 3 zonas. Cuando se analizó cada FRCV por separado, independientemente de las zonas, 30% presentaba HTA, 25% dislipemia, 23% tabaquismo y 6% diabetes. Cabe aclarar que el porcentaje de mujeres que no presentaban ningún factor de riesgo fue mayor en la zona Rural (53%) que en la Urbana (33%) y Periurbana (44%) (X2: 9.3909; p < 0.001). Analizado en conjunto, la circunferencia de cuello y la circunferencia de cintura se correlacionaron positivamente con IMC, numero de FRCV, PAS y PAD.

Conclusiones: El menor peso y talla de las mujeres de la zona rural podría deberse a características raciales, hecho que es corroborado por el IMC que es similar en los 3 grupos. Sin embargo, independientemente de las características sociales (urbana, periurbana o rural) y educacionales se puede observar una población de mujeres que presenta un grado importante de sobrepeso y obesidad asociado a otros FRCV siendo el más común la HTA indicando una occidentalización de los estilos de vida en Tucumán. Este hecho debe ser enfocado en las futuras políticas de salud.

0589. VALOR PRONÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca

Carolina Barbara PUTARO | Elian F GIORDANINO | Maria Florencia RENEDO | Carolina NIÑO | Rosario DELLA CELLA FIGUEREDO | Maria Ines SOMOZA | Daniel Oscar ABSI | Alejandro BERTOLOTTI

Fundación Favaloro

Introducción: Los candidatos a trasplante cardiaco suelen presentar deterioro del estado nutricional que podría asociarse a un peor pronóstico, sin embargo, no existe consenso para la evaluación sistémica de estos pacientes (P).

Objetivos: Evaluar el estado nutricional de los trasplantados cardiacos, mediante el IMC y diferentes medidas antropométricas y evaluar su impacto en la morbilidad y mortalidad en el seguimiento a corto y largo plazo.

Materiales y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva, de 218 P trasplantados cardiacos en el periodo comprendido desde enero 2010 a diciembre del 2020. Se excluyeron aquellos P < de 18 años y con trasplante combinado y/o retrasplante. Se valoró el IMC de 218 P y fueron clasificados en bajo peso (<= 17), normopeso (18-24,9), sobrepeso (25-29,9) y obesidad (>= 30). Se consideraron la circunferencia braquial (CB), área muscular braquial (AMB) y pliegue tricipital

Tabla 1

IMC	DN (n=5)	Normal (n=101)	Sobrepeso (n=75)	Obesidad (n=37)	p
Infecciones POP	1 (20%)	26 (26%)	22 (29%)	5 (14%)	NS
Int. Prolongada	3 (60%)	39 (39%)	23 (31%)	12 (32%)	NS
MIH	1 (20%)	20 (20%)	11 (15%)	5 (14%)	NS
Rechazo grave o recurrente	3 (60%)	41 (41%)	31 (41%)	21 (57%)	NS
Reinternaciones	2 (40%)	28 (28%)	24 (32%)	6 (16%)	NS
Internacion por infección	2 (40%)	21 (21%)	16 (21%)	6 (16%)	NS
Mortalidad al año	1 (20%)	29 (29%)	16 (21%)	7 (19%)	NS

DN: desnutrición. IMC: índice de masa corporal. MIH: mortalidad intrahospitalaria. POP: postoperatorio.

Tabla 2

PB y AMB	Normal (n=17)	Depleción leve (n=10)	Depleción moderada (n=7)	Depleción severa (n=4)	p
Infecciones POP	6 (35%)	1 (10%)	2 (29%)	2 (50%)	NS
Internacion prolongada	3 (18%)	2 (20%)	2 (29%)	4 (100%)	0.01
MIH	10 (59%)	4 (40%)	3 (43%)	0	NS
Rechazo grave o recurrente	5 (29%)	2 (20%)	1 (14%)	2 (50%)	NS

AMB: área muscular braquial. PB: perímetro braquial. POP: postoperatorio. MIH: mortalidad intrahospitalaria

PT	Normal (n=17)	Depleción leve (n=11)	Depleción moderada (n=7)	Depleción severa (n=4)	p
Infecciones POP	6 (35%)	2 (18%)	1 (14%)	2 (50%)	NS
Internacion prolongada	4 (23%)	2 (18%)	2 (29%)	3 (75%)	NS
MIH	9 (52%)	6 (54%)	2 (29%)	1 (25%)	NS
Rechazo grave o recurrente	5 (29%)	3 (27%)	2 (29%)	1 (25%)	NS

PT: pliegue tricipital. MIH: mortalidad intrahospitalaria.

(PT) logrando diferenciar a los P en aquellos con depleción severa (percentilo < 5), moderada (percentilo 5 a 10), leve (percentilo 10 a 25) y normal (percentilo > 25). Se analizaron la mortalidad intrahospitalaria y al año, infecciones en el postoperatorio, internación prolongada post trasplante cardiaco (se consideró aquella con duración > 20 días), eventos de rechazo del injerto recurrentes o graves (rechazo mediado por anticuerpos o rechazo celular agudo), infecciones que requirieron internación (>2 episodios) e internaciones por cualquier causa (>3 episodios). Las variables categóricas fueron representadas como porcentaje y valores absolutos y las variables continuas como media con su correspondiente intervalo de confianza o bien su mediana y rango intercuartilo. Para la comparación entre los distintos grupos se utilizó la prueba de Chi cuadrado y se consideró significativa una p<= 0.05.

Resultados: La edad de los P analizados fue 49±14 años. El 69.7% (152 P) era de sexo masculino. La mediana de seguimiento fue de 4,2 años (1,21-11,65 RIQ). La etiología de la miocardiopatía fue isquémica en el 34.4% (152 P) de los casos. El trasplante cardiaco se realizó en situación electiva en el 14,6% (32 P), urgencia 38,9% (85 P) y emergencia en el 46,3% (101 P) sin diferencias entre los grupos. El 62,3% (p=0,001) presentaba al menos 2 factores de riesgo cardiovascular. El IMC no resultó ser un predictor de mortalidad intrahospitalaria y al año, internación prolongada, infecciones en el posoperatorio, rechazos recurrentes y/o graves, infecciones que requirieran internación o internaciones por todas las causas en el seguimiento a largo plazo. Ver Tabla 1. En 38 P (17,4%) se obtuvieron las medidas de CB y AMB. La presencia de depleción severa, se asoció de forma estadísticamente significativa a internaciones prolongadas. Al mismo tiempo, dicha variable no se relacionó con aumento de las infecciones en el posoperatorio, rechazos recurrentes y/o graves o mortalidad intrahospitalaria. En cuanto al PT se evaluó en 39 P (17,8%), no asociándose de forma significativa con un aumento de las infecciones en el posoperatorio, internaciones prolongadas, rechazos recurrentes y/o graves o mortalidad intrahospitalaria. Ver Tabla 2

Conclusiones: En nuestra población, al igual que en estudios previos, el IMC no se asoció con resultados a corto y largo plazo en pacientes trasplantados cardiacos. Al analizar una subpoblación de P, la depleción muscular severa evaluada por la CB y el AMB se asoció en forma estadísticamente significativa a internaciones prolongadas. De esta forma, el análisis de diferentes variables antropométricas en forma sistemática y en un mayor número de pacientes, podría permitir identificar aquellas que se asocien con peor pronóstico en el seguimiento a corto y largo plazo.

0593. PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ¿EXISTEN MAYORES DEMORAS A LA ANGIOPLASTIA EL FIN DE SEMANA?

Cardiología Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Alejandro KIM | Miguel Federico ALBORNOZ | Carolina GALVEZ GIL | Analia Mabel ALONSO | Federico Luis BLANCO | Vielka YURKO | Rodrigo Ignacio BLANCO | Gerardo Esteban GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST) es una urgencia médica, en la cual la angioplastia coronaria es la medida terapéutica de elección. El pronóstico del paciente depende no solo en lograr la reperfusión, sino también en el tiempo transcurrido en que se logra desde el inicio de los síntomas. A su vez esto dependerá del paciente, el tiempo que demora en consultar y por otro lado del sistema de salud en realizar un diagnóstico rápido y certero con la activación del servicio de Hemodinamia para su tratamiento.

Objetivos: Los pacientes (p.) con IAMST e indicación de angioplastia (ATC) de urgencia podrían ser una población vulnerable el fin de semana (sábado-domingo) a expensas de mayor demora a la reperfusión. El objetivo de este estudio es evaluar si existen diferencias en la demora en la consulta, demora diagnóstica y puerta-balón según fuese fin de semana.

Materiales y Métodos: Método: Estudio observacional prospectivo de p. con IAMST e indicación de ATC de urgencia ingresados a una sala de hemodinamia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con disponibilidad de intervencionismo 24 x 7. Se analizaron demografía, factores de riesgo cardiovasculares, la mortalidad y los siguientes tiempos en minutos (expresados en mediana e intervalo intercuartilo): desde inicio del dolor hasta el contacto médico (demora consulta), desde el contacto médico hasta la llamada al intervencionista de guardia (demora diagnóstica) y demora puerta balón (definidos según las guías de tratamiento actuales. Análisis estadístico: chi2 para variables discretas, t de student, ANOVA o Kruskall-Wallis para continuas, según correspondiera. Se consideró significativa una p < 0.05.

	Día de semana	Fin de semana	p
N	888 (72,8%)	331 (27,2%)	
Edad	60 (53 – 67)	59 (50-65)	0,03
HTA	512 (57,57%)	196 (59,2%)	0,4
Dislipemia	263 (29,6%)	117 (35,4%)	0,05
Diabetes	159 (17,9%)	54 (16,3%)	0,5
Tabaquismo	405 (45,6%)	155 (46,8%)	0,7
Sedentarismo	551 (62%)	201 (60,3)	0,6
D. Dolor-Consulta	90 (40-180)	112 (60-230)	0,0082
D. Consulta-Llamada	43 (20 – 96)	45 (20-100)	0,39
D. Puerta-Balón	48 (33-85)	46 (31-94)	0,81
Mortalidad	40 (4,5%)	16 (4,83%)	0,81

Resultados: Se registraron 1219 p. entre enero 2014 y diciembre 2021, de los cuales 888 (72,8%) consultaron en días de semana y 331 (27,2%) el fin de semana. Durante el fin de semana se observó mayor tiempo de demora en la consulta. No se evidenciaron diferencias significativas en la demora diagnóstica, puerta-balón ni mortalidad.

Conclusiones: Conclusión: En nuestra población de p. con IAMST, durante el fin de semana, observamos mayor demora en la consulta luego de iniciados los síntomas. Sin embargo, no existen diferencias en el tiempo médico (demora diagnóstica y puerta balón) al tratamiento de reperfusión, ni en la mortalidad.

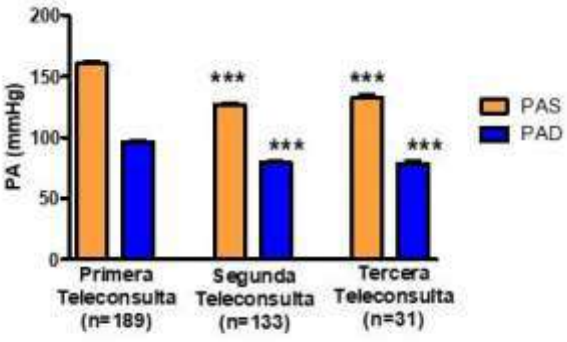
0597. TELEMEDICINA COMO HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Hipertensión Arterial

Alvaro Daniel CARRIZO | María Eugenia LOPEZ | Rodrigo Oscar MARAÑON | María PERAL DE BRUNO | Claudio JOO TURONI

Universidad Nacional de Tucumán

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19 se afectó el control de las enfermedades crónicas prevalentes como la hipertensión arterial (HTA). En este contexto, se potenció el Servicio de Telemedicina del Sistema Provincial de Salud de Tucumán (SIPROSA) creándose consultorios virtuales de especialidades, incluyendo Cardiología. Dadas las condiciones tecnológicas actuales, un médico entrenado en Telemedicina puede convertir esta práctica en una labor con un alto índice de calidad.



***: p<0,001 vs Primera Teleconsulta

Objetivos: Evaluar el seguimiento de pacientes con HTA a través del Consultorio de Cardiología del Servicio de Telemedicina del SIPROSA.

Materiales y Métodos: Se incluyeron los pacientes con diagnóstico previo de HTA que consultaron por primera vez, de manera voluntaria, al Consultorio de Cardiología del Servicio de Telemedicina del SIPROSA durante junio a septiembre de 2021 por presión arterial (PA) elevada. Se descartaron aquellos pacientes que, de acuerdo a criterio médico, necesitaban un control médico presencial de manera urgente o diferida. En la primera Teleconsulta se registró los valores de PA por los

que consultó, la medicación antihipertensiva actual. Se dieron pautas higienicodietéticas y, en caso de ser necesario, se realizaron ajustes de la medicación. A los 10 días se realizó el seguimiento por parte del médico (segunda Teleconsulta) volviéndose a registrar los parámetros anteriormente descritos. A aquellos pacientes que en la segunda Teleconsulta continuaban con valores de PA elevados, se les realizo un nuevo ajuste de medicación y se los cito a una tercera Teleconsulta. Análisis Estadístico: Los resultados se expresaron como promedio ± error estándar. Se utilizó ANOVA con Post Test de Newman Keuls o Chi cuadrado (X2) según fue necesario. Los resultados fueron considerados significativos con una $p<0,05$.

Resultados: Se incluyeron 189 pacientes (67 varones y 122 mujeres) de 52±1 años de edad. Los valores de PA fueron de 160±2/97±1 mmHg. Al momento de la consulta los pacientes recibían 1,2±0,1 medicamentos. No se encontraron diferencias en estas variables entre varones y mujeres. 133 pacientes (70% del total) respondieron la segunda Teleconsulta. 102 pacientes (77% de los que respondieron) presentaban controladas las cifras de PA. Los 31 pacientes restantes se les ajusto medicación y régimen higienicodietetico y se los cito a una tercera Teleconsulta. En esta oportunidad los 31 pacientes (100%) respondieron, y de estos, 20 pacientes (64%) estaban con cifras de PA controladas. La Figura 1 indica los valores de PA en las tres Teleconsultas. Tanto la PA sistólica como la PA diastólica disminuyeron en la segunda y tercera con respecto a la primera Teleconsulta. En la primera Teleconsulta 36% de los pacientes indicaron que realizaban dieta hiposodica. en la segunda y Tercera Teleconsulta la realizaban 86% (X2: 81,1; $p<0,001$) y 72% (X2: 4,6; $p<0,05$) respectivamente. La medicación antihipertensiva aumento a 1,6±0,1 en la segunda y a 2,4±0,2 medicamentos antihipertensivos en la tercera Teleconsulta ($p<0,001$)

Conclusiones: Los resultados indican que el control por Telemedicina es una herramienta válida para el seguimiento de los pacientes con HTA. Ya en la segunda Teleconsulta se logró controlar un 77% de los pacientes y el descenso de la PA se vio acompañada por un mayor número de medicamentos antihipertensivos y aumento de la compliance a la dieta hiposodica. Se hipotetiza que este seguimiento debe ser realizado por un profesional entrenado que pueda evaluar y corregir, en caso que sea necesario, la medicación administrada y que realice un abordaje higienicodietético integral.

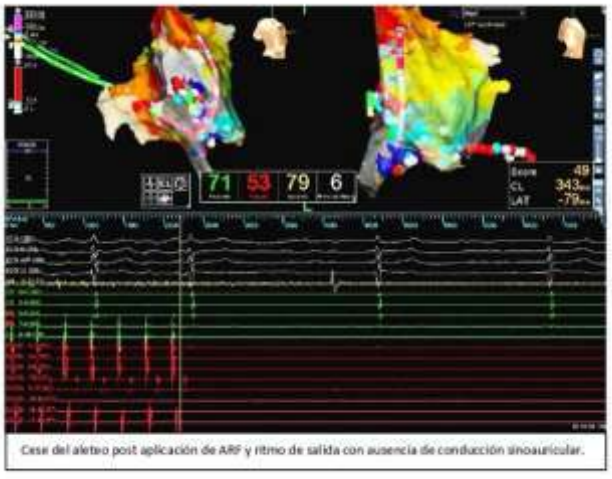
0599. ALTERACION EN EL SISTEMA DE CONDUCCION EN POST ABLACION DE ALETEO AURICULAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

Arritmias y Electrofisiología

Janina MOINO | Pablo AGÜERO | Fernando DI TOMMASO | Mario Daniel FITZ MAURICE

Hospital General de Agudos B. Rivadavia

Introducción: La ablación con catéter se considera la terapia de primera línea para el tratamiento de las taquicardias auriculares macroreentrantes (TAMR) ya sea aquellas istmo cavotricuspídeo (ICT) dependiente y aquellas en la que el istmo no participa en el circuito de la reentrada. La ablación de las TAMR es segura en general, y los riesgos son similares a los de las ablaciones más rutinarias. Sin embargo, las TAMR no ICT dependiente también llamados aleteos auriculares (AA) atípicos, presentan más dificultades, siendo necesarias múltiples técnicas de mapeo para la identificación de las zonas críticas de conducción, resultando en alta tasa de recurrencia y resultados inciertos que en la mayoría de los casos depende de la patología subyacente. Es muy frecuente la aparición de esta arritmia en pacientes sometidos a atriotomías en contexto de cirugía cardíaca así como también la aparición de alteraciones en el sistema de conducción en algún momento de su evolución post quirúrgica.

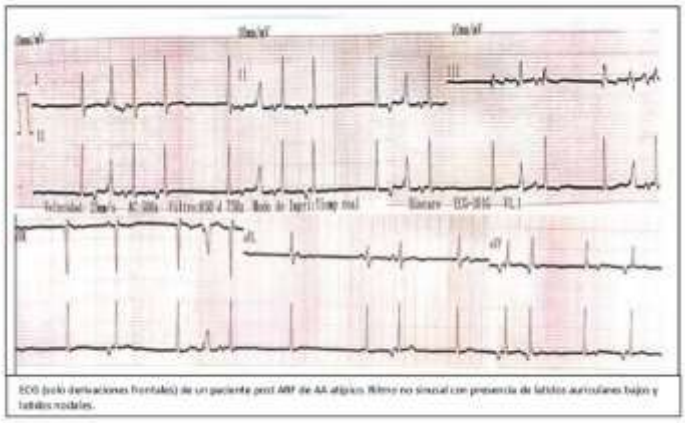


Cese del aleteo post aplicación de ARF y ritmo de salida con ausencia de conducción sinoauricular.

Objetivos: Describir los resultados de la ablación por radiofrecuencia en pacientes con aleteo auricular atípico y su relación con la presencia de enfermedades subyacentes.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo y corte transversal, por medio del cual se analizaron los resultados de los procedimientos de ablación por radiofrecuencia (ARF) en pacientes con

diagnostico electrofisiológico de AA atípico durante el periodo comprendido entre enero de 2020 hasta febrero de 2022. Los datos fueron recabados de una base de datos de un servicio de electrofisiología.



Resultados: Se incluyeron datos de 7 casos de ablación de AA atípico, el 71% de ellos eran hombres y la media de edad fue de 60 años. El 42,8% correspondió a casos de recidiva, uno de ellos con dos ARF previas. Todos los pacientes presentaron TA macrorreentrante de aurícula derecha. El total de los casos tuvo una tasa de éxito agudo del 100% para reversión de la arritmia post aplicación de radiofrecuencia. Tres de ellos presentaron complicaciones inmediatas post procedimiento relacionadas con alteraciones en la conducción sinusal, requiriendo uno de ellos la necesidad de colocación de un marcapasos transitorio. Este tipo de complicaciones solo se presentó en los tres pacientes con AA de tipo incisional debido al antecedente de comunicación interauricular (CIA) con corrección quirúrgica en la infancia.

Conclusiones: El antecedente de CIA corregida quirúrgicamente independientemente del tipo de sutura se relacionó con la aparición de complicaciones en la conducción eléctrica post ablación por radiofrecuencia en pacientes con aleteo auricular atípico de tipo incisional.

0602. 100 CASOS DE ABLACION CON SISTEMA DE MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL EN UN HOSPITAL PUBLICO

Arritmias y Electrofisiología / Políticas de Salud

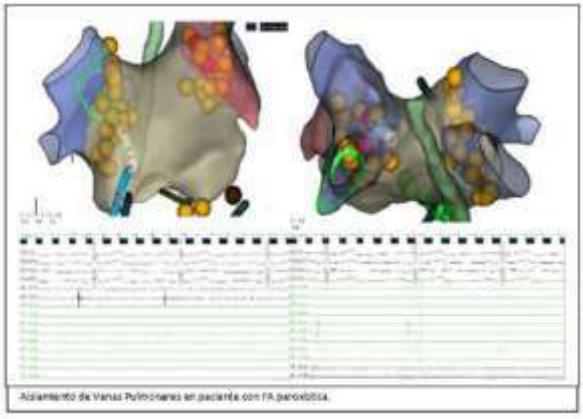
Janina MOINO | Pablo AGÜERO | Mario Daniel FITZ MAURICE | Fernando DI TOMMASO

Hospital General de Agudos B. Rivadavia

Introducción: Los sistemas de mapeo electroanatómico tridimensional se han convertido en la actualidad en herramientas indispensables para la ablación de las arritmias cardiacas especialmente complejas. Ofrecen ventajas significativas en el manejo de las arritmias permitiendo precisión, y facilitando la caracterización del sustrato arrítmico, así como también evitando largos tiempos de exposición a la fluoroscopía.

Objetivos: Describir 100 casos de ablación realizados con sistema de navegación electroanatómica tridimensional en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, con inclusión consecutiva de 100 pacientes. Se recabo información acerca de 100 casos de ablación por radiofrecuencia que se realizaron con sistema de navegación electroanatómica 3D (EnSite Classic y EnSite Precision) en el servicio de Electrofisiología de un hospital público de la Ciudad autónoma de Buenos Aires en el período comprendido entre enero del 2019 y febrero del 2022. El análisis de los datos se realizó en el Software SPSS 20.0.



Resultados: Del total de casos, el 53% de los pacientes fueron mujeres y la mediana de edad fue de 56 años. La arritmia más tratada fue la taquicardia por reentrada auriculoventricular (TRAV) mediada por vía accesoria, tanto en casos de primer procedimiento o recidiva, correspondiente a un 19% del total. El segundo sustrato más abordado fue la taquicardia auricular (TA) en un 18% y en tercer lugar la ablación de extrasístoles ventriculares (16%). El 14% de las ablaciones corresponden a casos de fibrilación auricular (FA), un 13% a aleteos no istmo dependiente, y en menor proporción taquicardia ventriculares (TV) y taquicardias por reentrada intranodal (TRIN) en un 7%, respectivamente. Por último, un 6% correspondiente a casos de aleteo auricular típico, la mayoría recidivas. La tasa de éxito fue

del 95% y las complicaciones del 3%, en su mayoría menores como hematoma del sitio de punción y dos complicaciones mayores, las cuales correspondieron a bloqueo auriculoventricular completo con requerimiento de marcapasos definitivo y taponamiento cardíaco que se resolvió sin necesidad de cirugía central. No presentamos muertes durante dichos procedimientos.

Conclusiones: Este registro demuestra que es posible el tratamiento invasivo de las arritmias cardiacas dentro del ámbito público hospitalario a través de la utilización de equipos de alta tecnología junto con la participación de especialistas altamente capacitados.

0603. TERAPÉUTICA CARDIOVASCULAR ¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES?

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

María Florencia PEREZ | Martín SCHITTER | Rodrigo ESPARZA IRAOLA | Martín MAIDANA | Lucas Iván MÜLLER | Gustavo GIUNTA | Alejandro Rubén HERSHSON

Fundación Favaloro

Introducción: La terapéutica cardiovascular en el contexto de la prevención primaria y secundaria ha demostrado disminuir la tasa de eventos mayores. Sin embargo, la falta de adherencia al tratamiento compromete su efectividad. Es discordante la información acerca del concepto de los pacientes (pac) sobre el uso de diferentes fármacos cardiovasculares.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue evaluar la percepción de los pac sobre el uso de la medicación cardiovascular y detectar posibles causas de baja adherencia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, realizado en el marco de los consultorios externos de Cardiología de una institución de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre enero y marzo del 2022. Se invitó a participar a pac mayores de 18 años que concurrieron a una consulta cardiológica. La encuesta consistió en un auto reporte de datos antropométricos y clínicos. Se utilizaron las escalas validadas “The Beliefs About Medicines Questionnaire” (BMQ) para evaluar los conocimientos de los pac sobre el uso de la medicación en general y específicamente del tratamiento con estatinas y aspirina.

Resultados: Un total de 268 pac completaron la encuesta. La edad promedio de esta población fue 64 ± 14, 122 (45,5%) de sexo femenino. Con respecto a los factores de riesgo presentaron hipertensión arterial 57,1%, colesterol elevado 29,2%, diabetes mellitus 20,5% y el 51,3% fumó al menos 100 cigarrillos en su vida. El 16% refirió antecedentes de infarto de miocardio y un 7,6% de accidente cerebrovascular. En el cuestionario BMQ general, el 33,8% consideró que los médicos utilizan demasiados medicamentos, 61,8% estuvo de acuerdo con que los médicos confían demasiado en los medicamentos, 42,6 % manifestó que si los médicos tuvieran más tiempo en la consulta recetarían menos medicación. Con respecto a la percepción de eventuales daños afirmaron 19,5% que los pac deberían abandonar su tratamiento durante un tiempo de vez en cuando, 19,2% que la mayoría de los medicamentos crean adicción y 12,7% que los remedios naturales son más seguros. En el BMQ específico del uso de estatinas el 35,8 % de los pac refirió que su salud depende de éstas y 64% que impiden que su enfermedad empeore, aunque al 30,4% le preocupó tener que tomarlas y el 39,2% reconoció estar preocupado por sus efectos a largo plazo. Cuando se interrogó sobre el uso de aspirina y estatinas en prevención primaria, 53% de los participantes consideraron que la aspirina sería beneficiosa en este contexto, mientras que sólo el 27% afirmó lo propio respecto a las estatinas ($p < 0,0001$). Ante la consulta sobre si los beneficios de estas drogas superan a los riesgos, 46,8% respondió afirmativamente para la aspirina y 26% para las estatinas ($p < 0,0001$)

Conclusiones: En esta población de pac que asistió a un servicio de cardiología ambulatoria, se detectaron percepciones negativas con respecto a la medicación cardiovascular y se objetivó que consideraron mayores beneficios con el uso de aspirina que con el de estatinas. Nuestros resultados ponen en evidencia la necesidad de optimizar la educación en prevención cardiovascular.

0606. BRADICARDIA EN COVID-19

Arritmias y Electrofisiología

Pablo AGÜERO | Fernando DI TOMMASO | Mario Daniel FITZ MAURICE | Janina MOINO | Mariano RIVET

Hospital General de Agudos B. Rivadavia

Introducción: Desde diciembre del 2019 la comunidad médica está enfrentado uno de los retos más difíciles de la historia moderna; la infección respiratoria aguda por el virus SARS-CoV-2, nombrada como COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud. Aunque sus manifestaciones clínicas son mayormente respiratorias, se ha reportado un creciente número de casos con arritmias cardiacas de diversa índole, que en no pocas ocasiones han estado asociadas a mal pronóstico sobre todo en pacientes admitidos en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Objetivos: Conocer la relación entre la infección por SARS-CoV-2 y la aparición de fenómenos de bradicardia, su asociación con otras complicaciones así como su impacto en el pronóstico de pacientes internados en un Unidad de Cuidados Intensivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, con inclusión consecutiva de 170 pacientes internados en la Unidad de Ciudados Intensivos del Hospital General de Agudos Bernadino Rivadavia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde julio del 2020 a junio del 2021. Definimos bradicardia a la presencia de una frecuencia cardíaca menor de 60 lpm en 2 o más ocasiones, y durante más de 4 horas. El análisis estadístico se realizó con el Software SPSS.

Resultados: De los 170 pacientes, 59% fueron hombres. La media de edad fue de 60.9 +/- 15.1 años. Entre los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes encontramos la hipertensión arterial (35.9%) y obesidad (23,6%). La media de tiempo desde la fecha de inicio de los síntomas a su ingreso a UCI fue de 4.02 +/- 3.1 días, y de 10.1 +/- 3.2 días al inicio de la bradicardia. Un 63.1% requirió asistencia ventilatoria mecánica. La mediana de los días de internación fue de 10 (5-20) días. Entre las complicaciones más frecuentes encontramos la neumonía asociada a los cuidados de la salud, la insuficiencia renal (39.5%) y la bradicardia (19%). 58.5% requirieron uso de vasopresores. La mortalidad total representó un 49.2% de la muestra. La frecuencia cardíaca media al ingreso fue de 85.6 +/- 22.9 latidos por minuto. De los pacientes que evidenciaron episodios de bradicardia no encontramos diferencias en lo que refiere a factores de riesgo ni antecedentes. Tampoco encontramos diferencias con la aparición de complicaciones durante la internación. Aquellos pacientes que requirieron asistencia ventilatora mecánica tuvieron mayores episodios de bradicardia de manera estísticamente significativa. Asociado a esto, se observó mayor incidencia de bradicardia asociado al uso de fentanilo, así como aumento de la misma con el cambio de analgesia. Los niveles los marcadores inflamatorios no mostraron asociación con los episodios de bradicardia. Tampoco encontramos asociación entre estos episodios y la duración de la internación ni de la mortalidad.

Conclusiones: En nuestra revisión no encontramos diferencias en lo que respecta a factores de riesgo ni antecedentes entre los pacientes que evolucionaron con episodios de bradicardia. Tampoco encontramos diferencias en las complicaciones durante la internación ni en la mortalidad total. Donde encontramos diferencias fue en la necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, asociado probablemente al uso de analgésicos (en este caso fentanilo) ya que su cambio por otro grupo de analgésicos se asoció a aumento de la frecuencia cardíaca. Podemos concluir que si bien sabemos que la infección por SARS-CoV-2 se encuentra asociada a la aparición de arritmias, en nuestro trabajo no hemos podido demostrar una relación directa con la aparición de bradicardia, ni tampoco que estos pacientes presenten una peor evolución.

0607. REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Cirugía Cardiovascular / Enfermedad Vascular Periférica

María Del Carmen NIEVAS ROMANO | Virginia Sofia NIEVAS ROMANO | José Juan DR. GARCÍA | Martín S. DR. GODOY

Fundación Cencor

Introducción: La enfermedad vascular periférica (EVP) de los miembros inferiores es una de las enfermedades vasculares con mayor número de consultas, debido, en parte, al dolor muscular que producen al momento de caminar, siendo los factores de riesgo el tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes; que también están asociados a la insuficiencia renal crónica (IRC), la cual incrementa el riesgo de amputaciones de miembros inferiores. Por otro lado, la revascularización trans-muscular de miocardio por láser (TMLR) permite la perfusión directa del músculo isquémico,

produciendo angiogénesis debido a la actividad muscular. En base a estas evidencias, nosotros realizamos un tratamiento de revascularización arterial basada en TMLR y rehabilitación cardiovascular intensiva en una paciente de 27 años de edad, hipertensa, con EVP asociada a IRC dialítica, y secuelas de ACV isquémico, que manifestó claudicación y dolor en reposo (Fontane tipo III).

Objetivos: Nuestro fue objetivo fue mejorar la circulación sanguínea de los miembros inferiores para disminuir su probabilidad amputación y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Materiales y Métodos: El procedimiento se realizó con consentimiento informado de la paciente y su familiar directo, en quirófano y bajo neurolepto analgesia. Los canales trans-musculares se realizaron en ambos miembros inferiores (MMII), comenzando en la arteria femoral común hasta el arco plantar; cada 2 cm, con un láser de diodo de 1472 nm, con potencia de 7 watts durante 4 segundos, usando una fibra óptica de 800 µm, previa profilaxis antibiótica. Al finalizar, la paciente, hemodinamicamente estable, fue trasladada a la sala de observación durante 8 hs. Luego comenzó el proceso de rehabilitación cardiovascular intensiva y supervisada a través de un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud durante 60 días. La evaluación de la rehabilitación se realizó a través de estudios semanales, de imágenes con ecografía Doppler color, estudios bioquímicos, control con cirugía cardiovascular, psicología, nutrición, test de la caminata de 6 minutos y entrenamiento a intervalos de alta intensidad (HIIT).

Resultados: Los análisis bioquímicos de sangre post-operatorios no mostraron diferencias con respecto a los pre-operatorios, sin embargo, la proteína C reactiva se encontró elevada luego del procedimiento quirúrgico. Luego de 60 días de rehabilitación, el eco-Doppler reveló cambios consistentes con aumentos en el flujo arterial y angiogénesis por la presencia de nuevas arterias colaterales. Además, una encuesta de calidad de vida, realizada luego de 15 meses de comenzado el tratamiento, evidenció un mejoramiento del estado de salud general de la paciente, recuperando la temperatura y movilidad de sus MMII y disminución de dolor, e incrementando su aptitud al ejercicio físico, que le permitió caminar entre 30 y 50 m diariamente con apoyo.

Conclusiones: De acuerdo con los estudios realizados en nuestra paciente con EAP asociada a IRC, en los que se observó un mejoramiento en el flujo sanguíneo arterial, y un aumento de vasos colaterales en uno de sus miembros inferiores, la aplicación de este procedimiento de revascularización arterial por láser trans-muscular seguido de rehabilitación cardiovascular intensiva, le permitió a la paciente mejorar su estado de salud de forma integral, es decir, desde el estado físico hasta el emocional, sin empeorar su actividad renal que se encuentra disminuida. Por lo tanto, consideramos que el procedimiento tiene la capacidad de favorecer la angiogénesis en los miembros inferiores y disminuir su probabilidad de amputación, e influir positivamente en la calidad de vida de la paciente.

0610. EVENTOS CLÍNICOS DE PACIENTES QUE CAMBIARON SU ANTIAGREGACIÓN LUEGO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA

Cardiología Clínica / Cardiopatía Isquémica

Andres RUHL | Magdalena SANTILLAN | Fernando ROSALES | Esteban FOIA | Sofía GARAY | Leticia Sabrina GONZALEZ MILLONE | Matias Roggero ROGGERO | Alejandro CONTRERAS

Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba

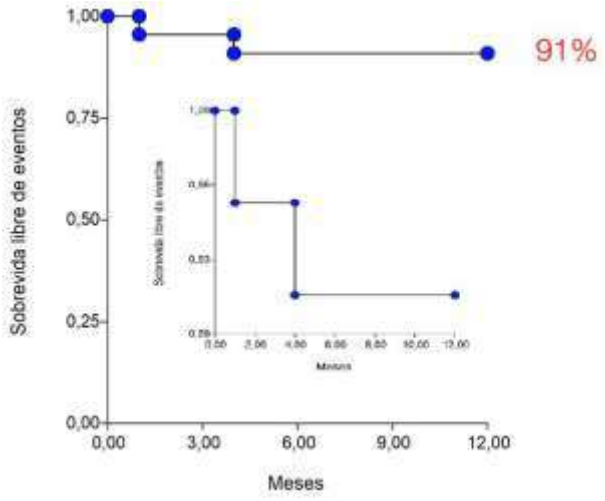
Introducción: Los pacientes sometidos a angioplastia coronaria con stent deben recibir doble antiagregación con aspirina más un inhibidor de P2Y12 para prevenir recurrencia de eventos trombóticos. Se favorece el uso de ticagrelor o prasugrel por sobre clopidogrel. Sin embargo, a menudo es necesario de-escalar el tratamiento hacia clopidogrel.

Objetivos: El objetivo fue describir la prevalencia de eventos clínicos en pacientes con de-escalacion de antiplaquetarios.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes revascularizados en dos centros médicos, por síndrome coronario agudo (SCA) o angina inestable (AI), con stent coronario, entre Enero de 2018 y Diciembre de 2019 y que presentaron de-escalación del antiplaquetario dentro de los 12 meses o 3 meses del SCA o AI respectivamente. Se excluyeron quienes cambiaron antiplaquetario por uso de anticoagulación o

Total del pacientes con cambios de antiagregación	22
Edad Media(años)	60 5
Sexo masculino(%)	91
Tabaquismo y ex tabaquistas(%)	63,63
Hipertensión arterial(%)	45.45
Dislipemia(%)	27
Diabetes(%)	27
Obesidad	22
Insuficiencia cardiaca(%)	4.54
Transplante cardiaco	4.54
Sindrome coronario agudo(%)	50
Ticagrelor(%)	86
Desconocida y/o costo	68
Disnea(%)	18
Cambio de antiagregante en sala de hemodinamia(%)	13
Revascularización(%)	4,5
Muerte(%)	4,5

por sangrado. Los eventos clínicos considerados en el seguimiento de 12 meses fueron muerte, infarto de miocardio tipo 1, accidente cerebrovascular, AI o revascularización y sangrados. Las variables categóricas se expresan en porcentaje, las continuas en media y DE o mediana y rango intercuartílico (según su distribución). Se uso Infostat/P.



Resultados: Hubo 706 pacientes analizados y 22 registraron de-escalación. La media de edad fue de 60,5 +/- 9 años, 91% hombres, 27% diabetes, 27% cardiopatía isquémica crónica y 9% asma. El motivo de angioplastia fue SCA en 50%. Se utilizó inicialmente ticagrelor en 86%. La mediana del tiempo de uso de antiagregantes potentes hasta la de-escalación fue 45 días (rango IC 30-90). Las causas principales de cambio fueron 68% desconocida y/o costos y 18% disnea. Hubo 2 eventos clínicos (9%) en el seguimiento (una revascularización y una muerte).

Conclusiones: La prevalencia de eventos clínicos luego de la de-escalacion de antiplaquetarios es baja. Es necesario mayor número de pacientes para determinar con seguridad los mejores candidatos a usar esta estrategia

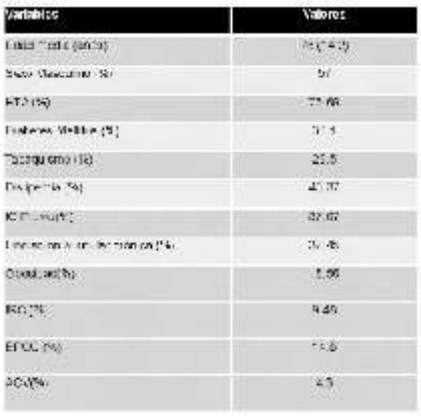
0611. HIPERGLUCEMIA, PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA, LO QUE NO MIRAMOS

Cardiología Clínica

Paula PÉREZ TERNS | Julieta SORICETTI | Adrian LESCANO | Alberto FERNANDEZ | Alfredo HIRSCHSON PRADO | Nicolas CARUSO | Guillermina SORASIO

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: Introducción: La diabetes (DM) y la prediabetes (pre DM) en pacientes con diversas patologías cardiovasculares son considerados factores de riesgo independientes para mayor mortalidad y hospitalización. Sin embargo, disponemos de escasa información en nuestra región y en los pacientes internados por insuficiencia cardiaca aguda (ICA) y el accionar médico sobre esta subpoblación



Objetivos: Objetivos: Determinar las características de los trastornos del metabolismo hidrocarbonado, la mortalidad intrahospitalaria y las medidas terapéuticas implementadas al alta en pacientes (p) admitidos por insuficiencia cardíaca aguda.

Materiales y Métodos: Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional y descriptivo que incluyó la información provista por 18 provincias entre el período de 2018-2021; se incorporaron en este análisis los p. con diagnóstico de ICA mayores de 18 años. Se definió como alteración del metabolismo hidrocarbonado a la presencia de una de las 3 variables: antecedentes de Diabetes Mellitus (DM)previo , DM diagnosticados durante la internación y el estado de prediabetes definido según los criterios de la ADA. Se evaluó las características de la población, el tratamiento previo y al alta, además de mortalidad global durante la fase nosocomial. Los datos fueron cargados en un CRF electrónico y con monitoreo de datos. El análisis estadístico se basó en la información descriptiva e inferencial. En relación con la distribución y la calidad de las variables, se utilizaron el Chi-cuadrado, la prueba T o Wilconxon. En el análisis multivariado se utilizo regresión logística cumpliendo con los supuestos del método.

Resultados: Resultados: De los 1773 p ,el 75%% tenían alteración del metabolismo hidrocarbonado (AMH): 33% DM, y 42% estado de Pre DM.Al egreso el valor promedio de glucemia fue de 118mg/dl DS 40.9 y un 25% de la población con un valor mayor de 135 mg/dl Respecto a las características basales, ver la tabla 1 y comorbilidades presentes estas últimas en el 46,2%.En cuanto al tratamiento: HGO 23% 19% metformina, 0,3 % inhibidores del cotransporte sodio glucosa (ISGLT2), y 9% insulino terapia. El tratamiento farmacológico dirigido al control metabólico al alta, los p con pre DM no recibieron fármacos específicos, aquellos con antecedentes de DM no realizaron modificaciones y sólo al 3% de las DM diagnosticados durante la internación recibieron una HGO. El valor de glucemia (148 vs 135 mg/dl, p=0.032) se asoció con incrementó de la mortalidad en forma significativa, en conjunto con la edad (p=0.0002) y el valor de creatinina (1.47 vs 1.86

mg/dl; p=0.009). El análisis multivariado demostró que la AMH (OR 1.49, IC 95% 1.00-2.20, p 0.04) ,y por cada año de incremento de la edad se observa un incremento del OR de 1.05, IC 95% 1.03-1.07, p 0.001,que se asocian con mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: Conclusión: En nuestra población observamos una alta prevalencia de AMH y valores elevados de glucemia al alta, la DM y estadíos intermedios se asocian con incremento de la mortalidad hospitalaria y una escasa optimización farmacológica al egreso. Estas asociaciones, tienen implicancia pronosticas adversas, es de vital importancia implementar las estrategias adecuadas disponibles con el objetivo de cambiar la evolución de la enfermedad y la realidad de nuestra región

0615. LA BAJA ADHERENCIA A MEDICACIONES CARDIOVASCULARES ES FRECUENTE EN UN SERVICIO AMBULATORIO DE CARDIOLOGÍA

Cardiología Clínica / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

María Florencia PEREZ | Martín SCHITTER | Martín MAIDANA | Rodrigo ESPARZA IRAOLA | Lucas Iván MÜLLER | Gustavo GIUNTA | Alejandro Rubén HERSHSON

Fundación Favaloro

Introducción: El tratamiento farmacológico de los pacientes (pac) con enfermedad cardiovascular ha demostrado mejorar el pronóstico considerablemente. La falta de adherencia es una de las principales limitantes para la implementación del tratamiento farmacológico en prevención cardiovascular. Existe limitada evidencia sobre la adherencia terapéutica y sus determinantes en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue establecer el nivel de adherencia de los pac que reciben medicación cardiovascular y describir las características de la población no adherente

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, realizado en el marco de los consultorios externos de Cardiología de una institución de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre enero y marzo del 2022. Se invitó a participar a pac mayores de 18 años que concurrieron a una consulta cardiológica. Se excluyeron los pac que no recibían medicación cardiovascular. La encuesta consistió en un auto reporte de datos antropométricos y clínicos. Se utilizó el Test de Morisky-Green de ocho preguntas como escala validada para evaluar adherencia. Se consideraron no adherentes los pac que obtuvieron resultados con menos de seis puntos.

	Adherentes (n=170)	No adherentes (n=44)	p
Edad (años)	65,1 ± 12,9	64,8 ± 13,6	ns
Sexo femenino (%)	38,2	61,4	<0,01
BMI	27,8 ± 4,5	27 ± 4,6	ns
Cantidad medicamentos que toma (n)	4 ± 2,2	3,4 ± 2	ns
HTA (%)	63,6	62,4	ns
DLP (%)	27,6	27,3	ns
TBQ (%)	13,5	6,8	ns
DBT (%)	20,6	25	ns
Prevención secundaria (%)	31,8	20,5	ns
Jubilado (%)	59,1	55,3	ns
Vive solo (%)	20,5	22,2	ns

Resultados: Un total de 214 pac completaron la encuesta. La edad promedio de esta población fue 65 ± 13, 108 (50,4%) de sexo femenino. Con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares presentaron hipertensión arterial 62%, colesterol elevado 27%, el 53% manifestó haber fumado, de los cuales 12,1% refirieron ser tabaquistas activos. El 15% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. Ante la pregunta "¿Olvida tomar su medicina algunas veces?" 31,3% contentaron que sí. El 12,6% respondieron que alguna vez ha tomado menos pastillas o ha dejado de tomarlas sin decírselo al médico. Reconocieron no recordar sus medicamentos un 15% del total, y no haber tomado su medicación completa el día anterior el 7,5%. Se observó baja adherencia en 44 pac (20,7%). En la tabla 1, se comparan las características de los pac adherentes y no adherentes. Se observó una asociación entre el sexo femenino y la no adherencia. No se evidenciaron otras diferencias clínicas significativas en las variables medidas.

Conclusiones: En nuestro estudio, 1 de cada 5 pac mostraron baja adherencia. Los parámetros clínicos habituales no parecen identificar claramente a los no adherentes, resaltando la importancia de utilizar herramientas validadas con este fin. Estos resultados constituyen una alarma para el médico cardiólogo, que posiblemente, tenga una idea equivocada de cómo se siguen sus instrucciones.

0616. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA.

Salud Digital E Inteligencia Artificial / Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud

Mario FERNANDEZ(1) | Alberto CACCAVO(1) | Diego SABATE(1) | Jose Francisco ALBISU(1) | Sergio MONTENEGRO (2) | Adrian CHARASK(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Heraldo D' IMPERIO(1)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); Integrando Salud (2)

Introducción: la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) ofrece a sus socios una Historia Clínica Electrónica (HCE) en forma gratuita desde hace 8 años. Esta herramienta permite que el médico pueda realizar su gestión del consultorio de manera digital y mantener un vínculo con la SAC en tareas de docencia, investigación y Educación Medica Continua.

	n total, (%)	% mujeres	% hombres	p
Hipertensión Arterial	38496, (30)	30	30	0,98
Dislipemia	16875, (13,2)	12,5	14	0,18
Diabetes	9020, (7)	6,6	7,7	0,97
Tabaquismo	5600, (4,4)	4	5	0,11

Objetivos: 1) evaluar el número de médicos que utilizan la HCE en forma permanente, 2) Conocer la prevalencia de distintos factores de riesgo coronario por género en la población asistida.

Materiales y Métodos: la HCE se ha sido desarrollada por la empresa Integrando Salud en conjunto y asesoramiento del área de Investigación SAC y su acceso es online, gratuito, con un código propio que es único y restringido para cada cardiólogo miembro de SAC. Reúne todos los requisitos legales como HCE de acuerdo con lo dispuesto en las Leyes "N°25.326 – Ley de Protección de Datos Personales" y "N°26.529 – Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado", demás leyes y decretos accesorios. La HCE tiene un formato semiestructurado (fichas específicas de primera vez y de diferentes patologías -SI o No- y sectores de libre escritura) y posee un set de herramientas que le permiten a un cardiólogo gestionar su consultorio de manera integral y desde cualquier lugar (turnos, facturación, telemedicina, etc).

Resultados: actualmente hay 432 usuarios registrados en el sistema de HCE de la SAC y la utilizan diariamente en forma activa185 cardiólogos. Se han incluido desde su inicio y hasta el 5/5/2022: 127.690 pacientes. La edad promedio de los pacientes analizados es de 53 años y un 55% son mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) 30% distribuidos 30% en las mujeres y 30% en los hombres (p= 0,98) , dislipemia 13,2% con 12,5% en género femenino y 14% en género masculino (p= 0,18), diabetes 7% total con 6,6% en mujeres y 7,7% en hombres (p= 0,97) y de tabaquistas 4,4% de la población total con 4% en la población femenina y 5% en la masculina (p= 0,11).

Conclusiones: en la actualidad alrededor de 200 cardiólogos utilizan la HCE incorporada a su práctica cotidiana. El factor de riesgo más prevalentes fue la HTA. No se encontraron diferencias de género en los principales factores de riesgo coronario analizados. La HCE es una herramienta que puede aumentar la productividad, reducir los costos y mejorar la calidad de atención de cualquier consultorio cardiológico, siendo accesible en forma gratuita para los socios SAC y permitiendo un monitoreo continúo anonimizado de la epidemiología cardiovascular vinculada a la consulta ambulatoria.

0620. ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALON EN HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA "RESULTADOS A 4 AÑOS DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL HOSPITAL EL CRUCE"

Cardiología Intervencionista y Estructural

Josè Marìa MILANESI (1) | Agustin Ignacio HAUQUI(1) | Raúl SOLERNO(1) | Noelia SAABY(2) | Martin OSCOS(1) | Daniel Eduardo AIMONE(1) | Pablo PEDRONI(1) | Ricardo Aquiles SARMIENTO(1)

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela (1); Hospital Italiano regional del sur (2)

	PACIENTE 1 (9 sesiones)		PACIENTE 2 (11 sesiones)		PACIENTE 2 NUEVO TTO (4 sesiones)		PACIENTE 3 (9 sesiones)		PACIENTE 4 (2 sesiones)		PACIENTE 5 (4 sesiones)		PACIENTE 6 (2 sesiones)	
Sesión	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA	PRIMERA	ULTIMA
mPAP (mmHg)	42	30	45	30	52	36	60	30	29	35	35	29	56	52
RVP (uW)	7.6	5.2	6.5	4.8	10	8	13	8	3.8	3.3	7.5	5	14	7
VM (l/min)	3.9	5.33	4	6.17	3	4,7	3.3	5.3	6	5.77	3.2	4,1	3,25	5,6

Introducción: La Hipertensión Pulmonar Tromboembolica Crónica (HPTC) tiene como "gold estándar" terapéutico a la Tromboendarterectomia Quirúrgica. El 36% de los pacientes no son pasibles de cirugía. La Angioplastia Pulmonar con Balón (APB) ha surgido como una alternativa terapéutica en pacientes inoperables.

Objetivos: Evaluar resultados hemodinámicos y el impacto en la clase funcional de la APB en pacientes con HPTC rechazados para TEQ.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes a los que se le realizo APB por HTPC desde 2018 a la actualidad.

Resultados: Hemos tratado 6 pacientes con APB (edad media 54,6 +/- 13,27 años), de los cuales, dos completaron tratamiento, uno óbito, uno continua en tratamiento y un paciente que ya había completado tratamiento reingreso en 2022 en el programa de APB por un nuevo episodio de tromboembolismo pulmonar en contexto de infección por COVID-19. El 66,6% (n: 4) se encontraban en CF IV al momento de iniciar el tratamiento. Hasta el momento hubo 37 sesiones con 2,56 +/- 0,37 segmentos tratados por sesión. En total se trataron 100 lesiones, de las cuales el 91% (n=91) correspondían a los tipos A y B de Kawakami, y el resto, 9% (n=9) tipo C. Se obtuvo una mejoría de la CF a CF I-II en el 80% de los pacientes. Con respecto a los parámetros hemodinámicos, se comparó la mPAP, el VM y las RVP iniciales con los valores obtenidos en la última sesión. En la mPAP hubo una reducción del 28,57% en el paciente 1, 34,78% en el paciente 2 en su primer tratamiento y 30,77% con las nuevas sesiones, 50 % en el paciente 3, un empeoramiento del 20,68% en el paciente 4 (realizó 2 sesiones y discontinuó su tratamiento), mejoría del 17,14% en el paciente 5 y un valor neutro en el paciente 6, ya que se encuentra iniciando su tratamiento. Con respecto al VM se objetivo mejoría del 36,6% en el paciente 1; 59,25% y 56,67% en el paciente 2, 60,60% en paciente 3, empeoramiento del 3,83% en paciente, mejoría del 28,3% y del 72,31% en los pacientes 5 y 6, respectivamente. Finalmente, en las RVP se evidenció una reducción del 31,57% en el paciente 1; 26,15% y 20% en el paciente 2; 38,46% en el paciente 3, empeoramiento del 17,85% en el paciente 4, mejoría del 28,57% del paciente 5 y 50% en el 6. Con respecto a las complicaciones se observó en el 13,51% del total de sesiones (5 sesiones) edema de reperfusión, de los cuales tres requirieron oxigeno con mascara reservorio (Inami II), uno ventilación no invasiva (Inami III) y uno asistencia respiratoria mecánica (Inami V). Se observaron 5,40% de hemoptisis (2 casos), ambas cedieron durante el procedimiento con insuflación prolongada con balón. No se evidenciaron complicaciones mayores en los accesos vasculares. La mortalidad relacionada con el procedimiento fue del 2,7% (un paciente).

Conclusiones: La APB ha demostrado en pacientes con HPTC inoperables, mejorar la CF y los parámetros hemodinámicos. La experiencia de los primeros 4 años del equipo multidisciplinario del Hospital El Cruce muestra que la APB mejora la CF y los parámetros hemodinámicos de pacientes con HPTC inoperables, pero, es un procedimiento que no está exento de complicaciones.

0627. PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA CORONARIA AMBULATORIA EN HOSPITAL PÚBLICO DE REGION PATAGONICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19.

Cardiología Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

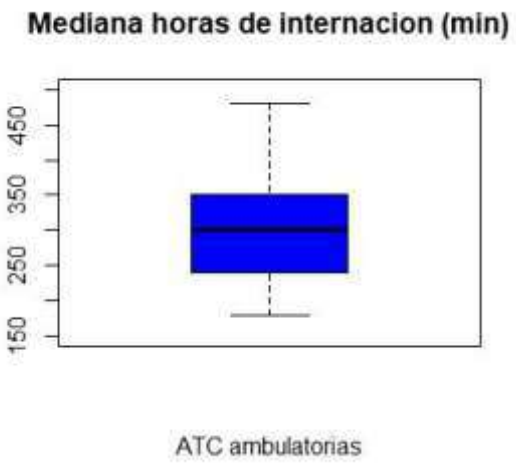
Pablo Oscar MEHEUECH | Pablo Oscar MEHEUECH

Consultorio Particular

Introducción: Tradicionalmente los pacientes sometidos a u angioplastia coronaria (ATC) electiva y no complicada son internad en una unidad de cuidados intensivos y observados durante uno o m días para control clínico y manejo de eventuales complicacion relacionadas con el procedimiento. Durante la pandemia por COVID se produjo una situación propicia y necesaria para la implementaci de un programa de ATC ambulatoria (AA) con alta del paciente el misr día del procedimiento.

Objetivos: Evaluar la implementación de un programa AA durante pandemia de COVID 19 en la provincia de Santa Cruz.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacion único centro, prospectivo, que incluyo una población de pacient tratados mediante ATC indicada de forma electiva por angor cróni estable (ACE) o síndrome coronario agudo (SCA) de bajo ries ingresados en el programa de AA, desde julio del 2020 hasta marzo d 2022.



Resultados: De un total de 185 ATC electivas ingresaron al programa de AA 71 pacientes (38 %). De los pacientes que ingresaron para AA el 98.6 %, intervalo de confianza (IC) 95% de 92-99%, se fue de alta el mismo día y un 1.4 %, IC 95% de 0.04-7%, tuvo que pasar la noche para observación por criterios clínicos. No hubo muertes ni complicaciones mayores clínicas o relacionadas con el acceso. La vía radial se utilizó en un 86 % y el acceso femoral en un 14 %. No hubo rehospitalizaciones. La mediana del tiempo de internación fue de 300 min, rango intercuartil de 240-360 min).

Conclusiones: La implementación de nuestro programa de AA durante la pandemia por COVID 19 impactó positivamente en la eficiencia operativa del servicio ya que pudimos tratar en forma continua, oportuna y segura a nuestros pacientes, sin evidencia de complicaciones mayores en la población tratada.

0628. IMPACTO DE LA CREATININA SÉRICA Y LA ESTRATEGIA DIURÉTICA EN NUESTRA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA.

Insuficiencia Cardíaca

Lilia Gabriela PRINCICH (1) | Leonel BENAIM(1) | Fausto GARZON(2) | Julieta SORICETTI(1) | Analia BENAVIDEZ(1) | Hernan COHEN ARAZI(3) | Alberto FERNANDEZ(1) | Adrian LESCANO(1)

Consejos: Insuficiencia Cardiaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" (1); GRUPO ARGEN IC (2); Áreas SAC: Área de Investigación (3)

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad sistémica que representa un problema creciente en la salud, tanto por su prevalencia como por el costo que implica su tratamiento. La evolución de la enfermedad y las internaciones se asocian a afectación de otros órganos, como el empeoramiento de la función renal ya sea transitorio o permanente.

Objetivos: Evaluar el cambio en el valor de la creatinina sérica (Cr), la estrategia diurética y el impacto de los mismas en el pronóstico de los pacientes internados por IC aguda incluidos en el registro ARGEN-IC.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes internados por IC aguda en Argentina entre agosto 2018 y noviembre de 2021. Se evaluaron parámetros de función renal, se definió enfermedad renal crónica (ERC) como índice de filtrado glomerular <60 ml/min/1.73 m2, se definió el empeoramiento de la función renal por la duplicación del valor de creatinina o el descenso del índice de filtrado glomerular (iFG) >50% del basal. Las variables cualitativas se describen en porcentajes y Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartilo, según su distribución. Los test de hipótesis fueron T, chi cuadrado o Wilcoxon. El análisis multivariado se realizó con regresión logística. La significancia estadística se definió con una p <0.05.

Variable	Frecuencia
Sexo masculino	57.2%
Diabetes	33%
Dislipemia	45%
Hipertensión arterial	76%
IC previa	37%
ERC	9.4%
ACV isquemico	4.2%
Obesidad	18.5%
EPOC	14%

Resultados: Se incluyeron 1773 pacientes con IC aguda. La edad media fue 73±14.2 años y el 57.2% de sexo masculino. Las características basales se expresan en la Tabla 1, el 9.48% refirió ERC previa. La forma de presentación predominante fue la congestión mixta (52.12%) y la congestión pulmonar (24.11%). La fracción de eyección (FEy) promedio fue 42.44±15.21%, y el 64.4% tenía FEy <50%. La Cr de ingreso fue 1.49±1.13 mg/dl y la del egreso 1.43±1.08mg/dl. El 41% de la cohorte presentaba Cr >1.5 mg/dl a su ingreso y el 28% al alta, y 11.6% desarrolló empeoramiento de la función renal durante la internación. El iFG al ingreso fue 56.10 ml/min/1.73 m2 (DS 29.11 ml/min/1.73 m2) y al alta 60.26 ml/min/1.73 m2 (DS 29.11 ml/min/1.73 m2). El tratamiento diurético en la urgencia incluyó furosemida en el 90%. Durante la internación la estrategia diurética en el 81.25% fue bolos de furosemida, y el 18.75% infusión; la dosis promedio fue de 184 mg y el 3.15% de los pacientes requirió ultrafiltración. La mortalidad nosocomial fue 7,95%, los parámetros asociados a mortalidad durante la internación fueron: el valor de creatinina mayor a 1.47 mg/dl (IC 1.41-1.52 p=0.0066), dosis de furosemida mayor a 80 mg/dia, el requerimiento de infusión de furosemida (7.15% vs 11.35% respectivamente, p=0.011), sin embargo no se encontraron diferencias con el antecedente de ERC (7.85% vs 8.93% p=0.62).

Conclusiones: En nuestra población con IC aguda, el valor elevado de creatinina al ingreso y la necesidad de cambio de estrategia diurética a infusión continua, se asociaron a mayor mortalidad intrahospitalaria. Estos hallazgos revalidan el valor pronóstico del monitoreo de la función renal y el uso de diuréticos en los pacientes internados por ICA.

0629. CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: EXPERIENCIA INICIAL EN EL INTERIOR DEL PAIS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Cardiología Intervencionista y Estructural

Valentin PARDO | Antonio GUEVARA | Alejandro ALLUB | Lucrecia Maria DE ANQUIN | Marcelo Sebastián CABRERA | Irma AZAR | Ignacio JUANEDA | Alejandro Román PEIRONE

Hospital de Niños de Córdoba

Introducción: La comunicación interventricular (CIV) aislada o asociada a una lesión más compleja constituye la cardiopatía congénita más frecuente y se observa en el 20% de los pacientes pediátricos. Con el desarrollo de dispositivos diseñados específicamente para las diferentes anatomías de estos defectos, el cierre percutáneo ha evolucionado durante los últimos años logrando ser una alternativa segura y eficaz a la cirugía.

Objetivos: Evaluar criterios de indicación, éxito del procedimiento, complicaciones y resultados inmediatos y a mediano plazo del cierre percutáneo de CIV en pacientes pediátricos ingresados en el Departamento de Cardiología en el período 01/01/2019 al 30/04/2022.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las continuas en valor absoluto, desviación estándar y rango. Las variables continuas se compararon con Test T para variables apareadas. Valor de p menor a 0.05 se consideró significativo. Se usó paquete estadístico InfoStat/p (versión 2019, UNC). Todos los dispositivos fueron oclusores para cierre de CIV LepuMemopart® (Lepu Medical Technology, China) en sus diferentes versiones: simétrico, asimétrico, excéntrico y muscular, con la excepción de 3 coils NitOcclud Lê VSD (pfm Medical, Alemania). La selección del tipo de dispositivo a implantar y la vía de abordaje se decidió de acuerdo a la anatomía y localización del defecto observados mediante ecocardiografía transtorácica, transesofágica y angiografía. Todos los defectos subaórticos fueron intervenidos con dispositivos excéntricos.

Resultados: Desde enero de 2019 hasta abril de 2022, 26 pacientes con diagnóstico de CIV recibieron cierre percutáneo del defecto. La edad y peso medios fueron 10,7 años (7 meses – 28 años) y 32,6 kg (6 kg - 50 kg) respectivamente. Hubo 13 mujeres (50%) y la vía de acceso fue femoral en 23 pacientes (88%), yugular en 2 (7%) e híbrida perventricular en 1 (7%). Los diferentes tipos de CIV intervenidas incluyeron 15 pacientes con defecto perimembranoso como lesión aislada, 5 pacientes tipo subaórtica, 3 tipo muscular alta, 2 tipo muscular apical y 1 paciente tipo muscular posterior postquirúrgica. El tamaño medio del defecto interventricular fue de 6,09 mm (4,5 – 7,7) y el tamaño medio del dispositivo utilizado fue de 8,17 mm (5-12). Los procedimientos fueron finalizados con éxito en todos los pacientes observándose shunt residual inmediato mediante ecografía transesofágica y angiografía en 66% de los pacientes. En el ecocardiograma Doppler color transtorácica pre alta sólo el 11% de los pacientes mostraron shunt residual y durante el control a los 30 días sólo 2 pacientes persistían con pérdidas residuales leves (menores a 2 mm). Un paciente desarrolló hemólisis a las 12 hs del implante que desapareció con tratamiento médico durante las 72 hs posteriores. No se detectaron alteraciones del ritmo cardíaco en ECG pre alta a las 24 hs de la intervención, ni en ECG a los 30 días como así también en monitoreo Holter de 24 hs (realizado a los tres meses de la intervención en 16 pts). No se observó empeoramiento de la incompetencia valvular aórtica en ninguno de los 5 pacientes que recibieron dispositivo excéntrico por presentar defectos subaórticos. El tiempo medio de internación fue de 30 hs (24 – 72) y el tiempo medio de seguimiento fue de 15,6 meses (1 mes – 28 meses).

Conclusiones: El cierre percutáneo de defectos interventriculares en pacientes de edad pediátrica y adolescentes es una alternativa segura y eficaz con resultados adecuados durante el seguimiento a corto y mediano plazo. La selección de pacientes y de diferentes tipos de dispositivos y vías de abordaje son cruciales para lograr el éxito del procedimiento.

0636. FACTORES ASOCIADOS A RESULTADOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA NATIVA.

Cardiología Crítica / Valvulopatías

Mercedes PEREZ PONSA | Rodrigo P. BAGNATI | Santiago DECOTTO | Emiliano ROSSI | Corina NEMIROVSKY | Alberto DOMENECH | Florencia PARCERISA | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) en nuestro país se estima en 3-10 casos cada 100.000 personas/año. Si bien en los últimos años han surgido avances en términos de diagnóstico y tratamiento, su mortalidad continúa siendo elevada (15-35%). Según los estudios EIRA, la mortalidad intrahospitalaria en nuestro país ronda el 24%.

Tabla 1. Variables clínicas, de laboratorio e imágenes y su asociación a mortalidad intrahospitalaria

		global n=129	vivos n=100	muertos n=29	p
Edad, media (DE)		66.4 (17.3)	65.3 (17.5)	69.6 (15.2)	0.22
Sexo masculino, n (%)		69 (5)	57 (57.0)	12 (41.4)	0.14
Hipertensión, n (%)		87 (67.4)	64 (64)	23 (79.3)	0.12
Dislipemia, n (%)		52 (40.3)	39 (39)	13 (44.8)	0.57
Tabaquismo, n (%)	ex	39 (30.2)	32 (32)	7 (24.1)	0.24
	actual	13 (10.1)	12 (12)	1 (3.4)	
Diabetes, n (%)	IR	9 (7)	3 (3)	6 (20.7)	0.002
	no IR	20 (15.5)	19 (19)	1 (3.4)	
IRC	ClCr 30-60	9 (7)	8 (8)	1 (3.4)	0.003
	ClCr <30	10 (7.8)	4 (4)	6 (20.7)	
	Diálisis	17 (13.2)	10 (10)	7 (24.1)	
FEY previa <55%, n (%)		6 (4.7)	2 (2)	4 (13.7)	0.004
IAM previo, n (%)		5 (3.9)	2 (2)	3 (10.3)	0.040
ICC previa, n (%)		16 (12.4)	11 (11)	5 (17.2)	0.37
Enfermedad vascular periférica,n (%)		15 (11.6)	11 (11)	4 (13.8)	0.68
ACV - AIT, n (%)		14 (10.9)	11 (11)	3 (10.3)	0.92
Índice de comorbilidad de Charlson, mediana (RIC)		4 (3-6)	4 (2-6)	5 (4-7)	0.006
Eritrosedimentación, mediana (RIC)		58 (39, 84)	54 (37-82)	88.5 (57-112)	0.15
Proteína c reactiva, mediana (RIC)		94 (45, 159)	90.1 (39-137.5)	179.3 (94-286)	0.008
Clase funcional NYHA III-IV ingreso, n (%)		55 (42.6)	37 (37)	18 (62.1)	0.023
Shock cardiogénico al ingreso, n (%)		8 (6.2)	3 (3)	5 (17.2)	0.005
Shock séptico al ingreso, n (%)		22 (17.1)	7 (7)	15 (51.7)	<0.001
Requerimiento de ARM, n (%)		29 (22.5)	13 (13)	16 (55.2)	<0.001
Desarrollo de insuficiencia renal, n (%)		52 (40.3)	30 (30)	22 (75.9)	<0.001
Válvula comprometida, n (%)	Mitral	56 (43.4)	41 (41)	15 (51.7)	0.6
	Aórtica	53 (41.1)	44 (44)	9 (31.0)	
	Aórtica y mitral	16 (12.4)	12 (12)	4 (13.8)	
	tricúspide	4 (3.1)	3 (3)	1 (3.4)	
Vegetación mayor a 10 mm, n (%)		64 (51)	46 (57)	18 (72)	0.19
Compromiso anular, n (%)		27 (20.9)	19 (19)	8 (27.6)	0.32
Regurgitación valvular significativa, n(%)		85 (65.9)	68 (68)	17 (58.6)	0.24
Estafilococo aureus, n (%)		50 (38.8)	33 (33)	17 (58.6)	0.013
Presencia de indicación quirúrgica, n(%)		82 (63.6)	59 (59)	23 (79.3)	0.045

IR insulino requirente, IRC insuficiencia renal crónica, ClCr Clearance de creatinina, ICC insuficiencia cardiaca congestiva.

Tabla 2. Variables clínicas, de laboratorio e imágenes y su asociación a mortalidad al final del seguimiento.

		vivos n=69	muertos n=54	p
Edad, media (DE)		60.55 (17.1)	74.3 (14.9)	<0.001
Sexo masculino, n (%)		43 (62)	25 (46)	0.076
Hipertensión, n (%)		37 (54)	46 (85)	<0.001
Dislipemia, n (%)		24 (35)	28 (52)	0.057
Tabaquismo, n (%)	Ex- TBQ	18 (26)	19 (35)	0.21
	Actual	10 (14)	3 (6)	
Diabetes, n (%)	IR	1 (1)	7 (13)	0.035
	No IR	13 (19)	7 (13)	
IRC, n (%)	ClCr 30-60	4 (6)	5 (9)	0.089
	ClCr <30	4 (6)	6 (11)	
	Diálisis	5 (7)	10 (19)	
FEY previa <55%, n (%)		0 (0)	6 (11.1)	0.005
IAM previo, n (%)		2 (3)	3 (6)	0.46
ICC previa, n (%)		4 (6)	11 (20)	0.014
Enfermedad vascular periférica, n (%)		7 (10)	7 (13)	0.63
ACV - AIT, n (%)		6 (9)	7 (13)	0.44
Índice de comorbilidad de Charlson, mediana(RIC)		3 (1-5)	5 (4-7)	<0.001
Eritrosedimentación, mediana (RIC)		50 (36, 83)	67 (45, 82)	0.19
Proteína C reactiva, mediana (RIC)		96.2 (43.3, 150.2)	118.55 (61.5, 179.36)	0.47
Clase funcional NYHA III-IV al egreso, n (%)		24 (35)	30 (56)	0.021
Shock cardiogénico al ingreso, n (%)		2 (3)	6 (11)	0.067
Shock séptico al ingreso, n (%)		6 (9)	15 (28)	0.005
Requerimiento de ARM, n (%)		9 (13)	19 (35)	0.004
Desarrollo de IR, n (%)		21 (30)	30 (56)	0.005
Válvula comprometida, n (%)	Mitral	26 (38)	26 (48)	0.53
	Aórtica	33 (48)	20 (37)	
	Aórtica y mitral	9 (13)	6 (11)	
	Tricúspide	1 (1)	2 (4)	
Vegetación mayor a 10 mm, n (%)		30 (55)	30 (68)	0.17
Compromiso anular, n (%)		15 (22)	11 (20)	0.85
Regurgitación valvular significativa, n (%)		47 (68)	32 (59)	0.31
Estafilococo aureus, n (%)		26 (38)	24 (44)	0.45

IR insulino requirente, IRC insuficiencia renal crónica, ClCr Clearance de creatinina, ICC insuficiencia cardiaca congestiva.

Objetivos: Describir las características clínicas e identificar factores asociados a mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo en pacientes con EI de válvula nativa.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva a partir de una base de datos secundaria (historia clínica electrónica). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico-imagenológico de EI de válvula nativa entre los años 2011 y 2021. Se analizó la asociación de variables clínicas, de laboratorio e imágenes con el desarrollo de mortalidad durante la internación y el seguimiento ambulatorio.

Resultados: Se incluyeron un total de 129 pacientes con un promedio de edad de 66 ± 17 años. Las características clínicas de los mismos se muestran en la Tabla 1. La válvula más frecuentemente comprometida fue la mitral (43.4%), seguida por la aórtica (41.1%). El organismo responsable en el 38.8% de los casos fue el estafilococo aureus (SA), siguiéndole en frecuencia el estreptococo viridans (17%) y el enterococo faecalis (11.3%). El 63,6% presentaron indicación de cirugía. La mortalidad en la internación fue del 22.5%. Las variables asociadas en forma estadísticamente significativa con la mortalidad durante la internación fueron la diabetes, la insuficiencia renal crónica, la disfunción ventricular previa, el antecedente de infarto de miocardio, el índice de comorbilidad de Charlson (ICCh), el valor de proteína c reactiva (PCR), la clase funcional y la inestabilidad hemodinámica al ingreso, el requerimiento de ARM, el desarrollo de insuficiencia renal durante la internación y la infección por estafilococo aureus. Luego de realizar un análisis multivariado que incluyó: el ICCh como variable representativa del grado de comorbilidad, la presencia de indicación quirúrgica como variable representativa del grado de compromiso clínico y la infección por estafilococo aureus, se observó que las tres variables

presentaron asociación independiente (OR [IC95%] 1.32 [1.10-1.57], 4.14 [1.34-12] y 2.75 [1.11-6.8] respectivamente). En cuanto al seguimiento post-alta, la mediana fue de 487 días (RIC 55-1287) y la mortalidad acumulada del 44.9%. En este período, sostuvieron su asociación estadísticamente significativa a mortalidad todas las variables identificadas en la internación, salvo por la infección por SA y el valor de PCR, ganando además significancia la edad, la hipertensión arterial, el antecedente de insuficiencia cardíaca y la presencia de enfermedad oncológica (Tabla 2). Cuando se incluyó en un modelo multivariado al ICCh, la infección por SA, la presencia de indicación quirúrgica y el momento de realización de la misma, se observó que tanto el ICCh como la indicación de cirugía sostuvieron su asociación (OR [IC95%] 1.53 [1.23-1.9] y 14.7 [2.7-80.5] respectivamente). No así la infección por SA (OR 0.77 IC95% 0.3-1.93). La cirugía durante la internación se comportó como factor protector (OR 0.09 IC95% 0.01-1.44). El área bajo la curva para este modelo fue 0.81

Conclusiones: La mortalidad de la EI se asoció tanto al grado de comorbilidad previa, como a la forma de presentación y al tratamiento recibido. Es de destacar el valor del ICCh como una herramienta útil para resumir múltiples comorbilidades. Por otro lado, la necesidad de intervención quirúrgica como marcador de las formas más agresivas de presentación, constituye un factor pronóstico de relevancia.

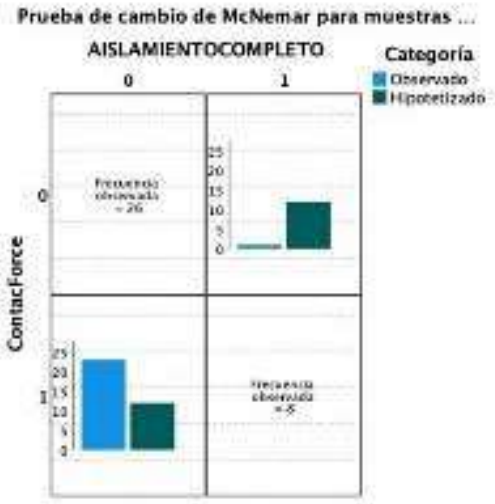
0638. ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR UTILIZANDO MAPEOS DE ALTA DENSIDAD DE PUNTOS Y FUERZA DE CONTACTO

Arritmias y Electrofisiología / Cardiología Clínica

Agustin OROSCO | Juan VERGARA | Leandro TOMAS | Roberto Gabriel RODRIGUEZ ARGUDO

Sanatorio San Lucas

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia màs frecuente en la práctica clínica con una prevalencia superior al 1 % en la población general, siendo una importante causa de morbimortalidad e incrementando el riesgo de muerte, insuficiencia cardiaca y eventos embólicos. En las últimas décadas, la ablación de esta arritmia se posiciono como el tratamiento más eficaz para el tratamiento de la FA mediante el aislamiento de venas pulmonares (AVP) entre las técnicas mas utilizadas. Las mejoras tecnológicas empleadas en los distintos sistemas de mapeos tridimensionales, como la fuerza de contacto para lograr una mejor lesión transmural y los mapas de alta densidad de puntos para hacer más fidedigno el voltaje endocardico, han contribuido a la seguridad de esta técnica así como a la reducción en la recurrencias de FA.



Objetivos: EL objetivo primario de este estudio fue analizar la tasa de éxito agudo asociado a mapas de alta densidad de puntos sumados al empleo de fuerza de contacto.

Materiales y Métodos: Se realizo un estudio prospectivo, observacional, multicentrico, entre Octubre del 2018 y Agosto del 2021, de 58 casos consecutivos de ablación de fibrilación auricular paroxística y persistente de reciente comienzo con radiofrecuencia guiados con mapeo tridimensional (carto3, ensite, columbus) y crioablación por balón. Se realizó un seguimiento a 1, 3, 6, 9, 12, 24, 36, 48 meses de la ablación, mediante electrocardiograma y holter de 24 horas. Se excluyeron del análisis los pacientes con reablación, y los que no acudieron a seguimiento. Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el sistema SPSS. Las variables discretas se expresaron como porcentajes y las continuas como media y desvió estándar.

Resultados: De los 58 pacientes que se realizaron la ablación de Fibrilación auricular con posterior seguimiento completo, el 66,1 % de la población fueron hombres, 73,9 % hipertensos, 19% tabaquistas, 18,2 % portador de Enfermedad coronaria, 13,6% diabéticos, Accidente cerebrovascular previo 9,1%. La edad promedio fue 61,3 años, la función sistólica de ventrículo izquierdo fue 58,27% ± 11,1%, el área de la aurícula izquierda 22,05cm2 ± 3,76, CHA2DS2VASC 2 ± 1,68. Del total de los casos en estudio 71,9% tuvieron fa paroxística y 28,1% fa persistente de reciente comienzo. El 4% presento Tronco común, siendo un Tronco común izquierdo y un tronco común derecho. Los sistemas de navegación utilizados fueron: CARTO en el 58,6%, ENSITE 24,2%, COLUMBUS 15,5%, CRIOBALON 1,7%. EL tiempo promedio de procedimiento fue 177,3 min, tiempo de fluoroscopia 32,1min ± 10,1 y tiempo de navegación en auricular izquierda 88,47min, se usó fuerza de contacto 46% y mapeo de alta densidad 56%. El éxito agudo representado por el aislamiento de todas las venas

pulmonares fue del 86%. La recurrencia temprana (blanking period) fue de 13% Y la recurrencia tardía fue de 28%. Se observo que el uso de fuerza de contacto se relaciono con una mayor tasa de éxito agudo (96,3% vs 74% (p 0.001) pero no hubo diferencias significativas en la libertad de fibrilación auricular a 2 años de seguimiento 22,2% vs 32,2 % (p = 0,072). Las complicaciones totales fueron del 3,4% (derrame pericardico 1,7% y hematoma inguinal 1,7%). No se presentaron complicaciones mayores a largo plazo como estenosis de vena pulmonar, fistula atrio esofágica, parálisis frénica, AIT, ACV.

Conclusiones: La ablación de Fibrilación auricular con mapeo de alta densidad de puntos y utilizando fuerza de contacto aumenta la tasa de éxito agudo en el aislamiento de venas pulmonares mostrando una tendencia a la disminución de la recurrencia de FA a 2 años de seguimiento en esta serie de pacientes.

0640. PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST TRASLADADOS DESDE CENTROS SIN INTERVENCIONISMO DE GUARDIA: ¿EXISTEN MAYORES DEMORAS A LA ANGIOPLASTIA EL FIN DE SEMANA?

Cardiología Intervencionista y Estructural / Sindrome Coronario Agudo

Carolina GALVEZ GIL | Miguel Federico ALBORNOZ | Alejandro KIM | Vielka YURKO | Rodrigo Ignacio BLANCO | Federico BLANCO | Jorge SZARFER | Gerardo Esteban GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Existe poca información sobre la demora en la implementación de una angioplastia coronaria (ATC) de urgencia en pacientes (p.) con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST) según el momento de la semana.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar si los p. con IAMST trasladados durante el fin de semana desde centros sin intervencionismo de guardia son una población más vulnerable según la demora en la consulta, demora diagnóstica y puerta-balón.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de p. con diagnóstico de IAMST e indicación de ATC de urgencia que ingresaron a la sala de hemodinamia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con disponibilidad de intervencionista 24 x 7, que fueron trasladados desde otros centros entre enero 2014 y diciembre 2021. Se dividió a la población en dos grupos según hayan ingresado el fin de semana (sábado-domingo) o en día de semana (lunes-viernes). Se analizó: demografía, factores de riesgo, mortalidad y demoras en minutos (expresadas en mediana e intervalo intercuartilo): desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico (demora consulta), desde la consulta hasta la llamada al servicio de hemodinamia (demora diagnóstica) y puerta-balón (definido según las guías de tratamiento actuales). Análisis estadístico: chi2 para variables discretas, t de student, ANOVA o Kruskall-Wallis para continuas, según correspondiera. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

	FIN DE SEMANA	SEMANA	p
N	207 (29%)	502 (71%)	
EDAD	60 (51-66)	61 (53-67)	0.1
HOMBRES	165 (80%)	412 (82%)	0.4
HTA	122 (59%)	293 (58.3%)	0.8
DLP	70 (34%)	151 (30%)	0.3
DBT	31 (15%)	90 (18%)	0.3
TBQ	99 (48%)	227 (45%)	0.5
SEDENTARISMO	131 (63%)	320 (64%)	0.9
DEMORA CONSULTA	130 (60-255)	90 (40-180)	< 0.01
DEMORA DIAGNÓSTICA	55 (28-115)	60 (30-126)	0.3
PUERTA-BALÓN	35 (28-46)	36 (29- 45)	0.9
MORTALIDAD	6 (2.9%)	17 (3.4)	0.7

Resultados: Se incluyeron 709 p. con IAMST e indicación de ATC de urgencia; 207 (29%) durante el fin de semana. No se observaron diferencias significativas en el sexo, edad, ni prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares. Se observó mayor demora en la consulta durante el fin de semana, sin diferencias en el resto de los tiempos. Tampoco hubo diferencias significativas en términos de mortalidad. Los resultados se resumen en la tabla.

Conclusiones: En nuestra población de p. con IAMST e indicación de ATC de urgencia, durante el fin de semana, los p. consultan con más tiempo de iniciado el síntoma, sin embargo, no existen diferencias en el tiempo médico (demora diagnóstica y puerta-balón), ni en la mortalidad.

0641. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA CRIOABLACION EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SUSTRATOS ARRITMOGENICOS CERCANOS AL SISTEMA DE CONDUCCION

Arritmias y Electrofisiología / Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto

Melina Rosario CANTELI | Guadalupe ALBACA | Sebastian MALDONADO | Mónica DRA. BENJAMÍN | Diego TECN. LONGARINI | Alberto M. SCIEGATA

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La ablación por catéter es el tratamiento de primera línea para la mayoría de las arritmias. Existen sustratos arritmogénicos cuya localización es muy cercana al nodo AV o al haz de His, como las vías accesorias medioseptales anteroseptales, o las taquicardias ectópicas de la unión, cuyo tratamiento con ablación expone al paciente a un alto riesgo de bloqueo AV completo. Este riesgo es aún mayor en la población pediátrica debido al menor tamaño del corazón. La técnica de ablación por radiofrecuencia es una de la más utilizada por ser una fuente segura y altamente efectiva. Sin embargo, las propiedades biofísicas únicas de la ablación por crioterapia (lesión focal y regular, crioadherencia que evita el desplazamiento del catéter y sobretodo la posibilidad de supresión reversible de la aplicación) hacen que sea un método con un perfil de seguridad mayor y muy bajo riesgo de complicaciones.

Objetivos: Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento con crioablación de arritmias con sustratos arritmogénicos cercanos al sistema de conducción eléctrico del corazón en una población pediátrica.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 81 pacientes (p) a quienes se les realizó crioablación en el Hospital J. P. Garrahan entre los años 2008 y 2022 de un sustrato arritmogénico cercano al nodo AV compacto o al haz de His. Se evaluó tipo de arritmia, localización del sustrato, tasa de éxito y la presencia de complicaciones relacionadas al procedimiento.

Resultados: Se realizaron 99 crioablaciones (81 crioablaciones primarias y 18 crioablaciones por recurrencia). La edad media fue de 12.3 años. El 60.5 % de los pacientes eran de sexo masculino (49 p). 23 p (23,4 %) presentaban una ablación por radiofrecuencia frustro. El tipo de arritmias mas intervenidas fueron vías accesorias (WPW) en 63 p (77.7 %) y taquicardia ectópica de la unión (JET) en 14 p (17.3 %). Los 4 p restantes intervenidos (4.9 %) presentaban taquicardia por reentrada intranodal (TRIN). El seguimiento medio fue de 17.3 meses. En cuanto a la terapia con crioablación de p con WPW: la tasa de éxito del procedimiento primario fue del 90.5 % (57 p) con una recurrencia del 26.3% (15 p). De los 15 p con recurrencia pos ablación primaria exitosa, 10 p (66. %) recibieron un segundo procedimiento con una tasa de éxito del 100 % de los cuales, hasta la fecha 3 p (23%) volvieron a presentar recurrencia. De los 6 p en quienes la crioablación primaria fue frustra, 3 fueron sometidos a un segundo procedimiento con una tasa de éxito del 100 % sin evidenciarse recurrencia hasta la fecha. En cuanto a la terapia con crioablación de p con JET: la tasa de éxito primario fue del 85.7 % (12/14), de los cuales presentaron recurrencia un 33.3 % (4/12) siendo sometidos 3 p a un segundo procedimiento con un 100% de eficacia sin recurrencias hasta la fecha. De las 2 crioablaciones primarias que resultaron frustras, 1 fue sometida a un segundo procedimiento logrando eliminar el foco sin recurrencia. En cuanto a la terapia con crioablación de p con TRIN: la tasa de éxito de la crioablación primaria fue del 100 %, con recurrencia de la arritmia en 1 p (25 %), el cual recibió un segundo procedimiento de crioablación que resultó exitoso pero con nueva recidiva de la TRIN. Incluyendo todas las crioablaciones realizadas, la tasa de éxito final del estudio fue de 90.9 %. La tasa de recurrencia total del estudio fue del 24.2 %. La tasa de complicaciones fue del 3.03 % (2 p presentaron bloqueo AV completo transitorio luego del criomapeo y 1 p complicó con boqueo completo de rama derecha).

Conclusiones: La crioablación es la técnica más segura en pacientes pediátricos para eliminar sustratos arritmogénicos cercanos al sistema de conducción cardíaco, manteniendo una excelente eficacia, a pesar de una tasa significativa de recurrencia.

0643. POTENCIAL UTILIDAD DE LA VALORACIÓN SEMICUANTITATIVA SERIADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE AMILOIDOSIS A TRANSTIRETINA DERIVADOS A GAMMAGRAFÍA CARDÍACA CON TECNECIO PIROFOSFATO.

Cardiología Clínica

Soledad MURGUÍA SALGADO | Alejandra GARRETANO | Federico ACQUISTAPACE | Federico FERRANDO | Joaquín VÁZQUEZ GONZÁLEZ | Karina BAYARDO | Luis GUTIERREZ | Rodolfo FERRANDO

HOSPITAL CLINICAS

Introducción: La amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR) es la variante de amiloidosis más frecuente en individuos añosos. Su incidencia en pacientes con insuficiencia cardíaca y función del ventrículo izquierdo preservada es elevada. La gammagrafía cardíaca utilizando diversos compuestos tecneciados fosfatados ha demostrado un elevado rendimiento

diagnóstico en esta variante, comparable a la biopsia endomiocárdica. Sin embargo, la utilidad de la adquisición seriada de imágenes con distintos trazadores ha sido escasamente evaluada.

Objetivos: Comparar los índices semi-cuantitativos adquiridos a la hora y a las 3 horas en el centellograma con pirofosfato marcado con Tecnecio 99m-pirofosfato (99m-Tc-PYP) en pacientes con sospecha clínica de amiloidosis ATTR.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de cohortes, en pacientes que son derivados para realización de un centellograma 99m-Tc-PYP por sospecha de amiloidosis en dos centros de medicina nuclear. Se obtuvieron imágenes planares a la hora y a las 3 horas de la inyección de 99mTc-PYP. Se interpretaron las imágenes mediante métodos visual (Perugini) y semicuantitativo, índice de captación miocárdico (índice corazón (H) / hemitórax contralateral (CL)). Se correlacionaron las medidas a la hora (H/CL 1) y a las 3 horas (H/CL 2) en cada paciente, obteniendo el coeficiente Rho de Spearman en los subgrupos de pacientes con H/CL <= 1 1,9 y < 1,9. La captación del ventrículo derecho se evaluó mediante interpretación visual.

Resultados: Se incluyó una cohorte de 16 pacientes remitidos a centellograma con 99m-Tc-PYP, 14 hombres (88%), con edad promedio fue de 63,3 años (67-84). Diez pacientes presentaron score de Perugini de 3, 5 pacientes un score de 2 y 1 paciente un score de 1. El índice H/CL 1 fue de 1,18 + 1,05 y el índice H/CL 2 fue de 1,03 + 0,98. En toda la serie, el coeficiente r de Pearson fue de 0.93 (IC 0,81-0,98, p < 0,001). En los pacientes con H/CL 1 el coeficiente r fue de 0.85 (IC 0,39-0,97, p = 0,0065), mientras que en el subgrupo de pacientes con H/CL 2 < 1.9 el coeficiente r fue de 0,84 (IC 0,33-0,97, p = 0,0093). Se observó captación del trazador en el ventrículo derecho en 8 de 10 pacientes con score de Perugini 3 (80%) y en 2 de 6 pacientes (33%) con score de Perugini 2/1 (p = 0,011).

Conclusiones: Los índices de captación miocárdica obtenidos a la hora y a las tres horas guardan una estrecha correlación entre sí, tanto en pacientes con score de Perugini diagnóstico como en aquellos no concluyentes. Se requieren experiencias más extensas para validar estos resultados en amiloidosis ATTR.

0644. IMPLICANCIAS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y EL AISLAMIENTO SOCIAL SOBRE EL PERFIL CARDIOMETABÓLICO DE UNA COHORTE DE INDIVIDUOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Prevención Cardiovascular y Promoción De La Salud / Cardiología Clínica

Gustavo GIUNTA | Pablo CUTINE | Florencia AGUILO | Daniel ANTOKOLETZ | Daniel PIROLA | María Isabel RODRIGUEZ ACUÑA | Laura BRANDANI

Fundación Favaloro

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha conmocionado a la humanidad. Durante la misma, la necesidad de aislamiento social ha fomentado la baja adherencia a un estilo de vida saludable en muchos individuos. Sin embargo, existe poca evidencia del impacto metabólico que ha tenido la pandemia por COVID-19 en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar el impacto del aislamiento social producido por la pandemia COVID-19 sobre el peso corporal y los parámetros cardiometabólicos de una población de adultos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: En un diseño observacional, se analizaron los datos de pacientes (pac) que asistieron a un programa de prevención y promoción de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Se individualizaron datos de participantes que concurrieron a realizarse estudios en el año 2019, y repitieron los mismos en el año 2021. Los registros médicos se utilizaron como fuente para la recopilación de datos generales, medidas antropométricas y valores de laboratorio. Se utilizaron los criterios NCEP para definir la presencia de Síndrome Metabólico (SM).

Resultados: Se identificaron un total de 558 pac con evaluaciones disponibles en 2019 y 2021. La edad promedio de la población fue 52,2±12,8 años, con 41,2% de integrantes de sexo femenino. Se observó un incremento en el peso corporal (82,1 ± 17,7Kg vs. 83,1 ± 18,5Kg; p<0,0001) y del IMC (29,4 ± 5,4 vs. 29,8 ± 5,7; p<0,0001). También se observaron incrementos en presión arterial sistólica (123,1 ± 15,1mmHg vs. 126,6 ± 16,3mmHg; p<0,0001) y diastólica (77,7 ± 9,3 vs. 79,6 ± 9.4; p<0,0001). Dentro de los parámetros de laboratorio, se evidenció un incremento en los valores de glucemia plasmática (95 RIC 89-103 mg/dL vs. 99 RIC 92-107 mg/dL; p< 0,00001) y descenso de colesterol HDL (51,8 ± 12,7 vs. 49,3 ± 12,8; p<0,00001). No se observaron cambios en colesterol de LDL (116,4 ± 32,6 vs. 116,1 ± 34; p=ns), colesterol total (194,9 ± 37,4 vs. 193 ± 39,6; p=ns) o la concentración de triglicéridos (114,5 RIC 83,2-162,7 mg/dL vs. 118 RIC 88-169 mg/dL; p=ns). Esto se acompañó de un aumento de la prevalencia de SM (21,5% vs. 34%; p<0,0001). También se incrementó la proporción de pacientes con placas a nivel carotideo, sin llegar a significancia estadística (36,4% vs. 40,7%; p=ns). Se observó, además, que 18,8% de los pac incrementaron su peso corporal más del 5%. Esta población estuvo representada por pac más jóvenes (47,6 ± 14 años vs. 53,3 ± 12 años; p< 0,0001), observándose una correlación inversa entre edad y magnitud del incremento del peso (R=0,1; p<0,02).

Conclusiones: El aislamiento social, durante la pandemia COVID-19, mostró tener importantes consecuencias en los factores de riesgo de la población estudiada. Las implicancias prospectivas de estos hallazgos podrían verse en los próximos años, si estas alteraciones metabólicas no se revierten.

0645. IMPACTO DE LA ANEMIA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA ANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN IC

Insuficiencia Cardíaca

Nicolas CARUSO (1) | Diego ARAKAKI(2) | Liliana Noemí NICOLOSI(2) | Cristhian Emmanuel SCATULARO(1) | Hernán COHEN ARAZI(3) | Alfredo HIRSCHSON PRADO(2) | Alberto FERNANDEZ(2) | Adrian LESCANO(1)

Consejos: Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar "Dr. Raúl Oliveri" (1); GRUPO ARGEN IC (2); Áreas SAC: Área de Investigación (3)

Introducción: Las enfermedades crónicas y, dentro de ellas, la insuficiencia cardiaca (IC), están asociadas a una elevada prevalencia de anemia. Múltiples estudios han demostrado que, independientemente de la presencia de este cuadro, y la ocurrencia de ferropenia asociada o no, constituye un factor pronóstico negativo en la evolución de los pacientes con IC. Sin embargo, no contamos con esta información en nuestra población en Argentina.

Objetivos: Conocer la prevalencia de anemia, las características y evolución clínica, en pacientes internados por IC aguda en la República Argentina.

Materiales y Métodos: Análisis del registro Argen IC, multicéntrico, prospectivo, entre 2018 y 2021, de pacientes internados por IC aguda en la República Argentina. Se evaluaron los aspectos demográficos, clínicos, de laboratorio, estudios complementarios y terapéuticos en esta población. Se definió al paciente como portador de anemia al que ingresaba con una concentración de hemoglobina < 12 mg/dl. Se consideraron eventos adversos durante la internación a la utilización de inotrópicos, requerimientos de ventilación mecánica o disfunción renal (consistente en elevación de la creatinina x 2 o caída del filtrado glomerular a menos del 50% del basal). Las variables continuas con distribución normal se expresan como media ± desvío estándar (SD) y aquellas con distribución no normal como mediana e intervalos intercuartilos (IIC). Para el análisis estadístico se utilizó test de t, de Mann Whitney o Chi cuadrado en función del tipo de variable analizada.

Resultados: Se incluyeron 1734 pacientes (98% de la población total), incorporados en las 2 etapas del Registro Argen IC. 57.2% fueron varones y la edad media fue 73 ± 14.2 años. La tabla 1 muestra las características de la población. El hematocrito al ingreso fue 37.7% (±6.8) y al egreso 38.1 (±6.7), mientras que la hemoglobina de ingreso fue 12.3 mg/dL (±2.3) y al alta 12.3 (±2.2) mg/dL. Este grupo presentó una prevalencia de anemia al ingreso de 40.3%, con un 6.6% de pacientes con hematocrito < 30%. Se observó mayor edad y prevalencia de mujeres con anemia (OR para anemia en mujeres 2.06). Adicionalmente, los pacientes presentaron similares valores de creatinina al ingreso con y sin anemia, aunque la prevalencia de insuficiencia renal crónica (IRC) (definida como VFG menor de 60 ml/min) fue mayor en los pacientes con anemia. (12.8% vs 7.4; p < 0.001.) Los días de internación fueron similares, así como los niveles de NTProBNP tanto al ingreso como al alta. Sin embargo, observamos mayor prevalencia de eventos adversos (OR 1.47) y muerte (OR 1.76) durante la internación entre quienes presentaron anemia al ingreso hospitalario.

Tabla 1. Características basales y eventos durante la internación

	Total (n=1773)	Anemia (n=700)	No anemia (n=1034)	P
Edad (años)	73 (± 14.2)	76.8 (± 12.6)	70.6 (±14.6)	**< 0.001**
Mujeres / varones (%)	42.8 / 57.2	53.1 / 46.8	35.5 / 64.5	**< 0.001**
Hematocrito (%)	37.7 (± 6.7)	31.5 (± 4.1)	41.8 (± 4.7)	**< 0.001**
Hemoglobina (mg/dl)	12.3 (± 2.1)	10.1 (± 1.1)	13.6 (± 1.4)	**< 0.001**
IRC (%)	9.4	12.8	7.4	**< 0.001**
proBNP ingreso	5322 (2624-9733)	5953 (2982-10000)	4930 (2458-9000)	0.457
proBNP alta	2146 (940-4861)	2251 (938-5560)	2067 (949-4691)	0.352
Días internación	8 (5-13)	8 (5-13)	8 (5-13)	0.817
Muerte (%)	7.9	10.5	6.2	**0.001**
Eventos (%)	20.1	24.1	17.7	**0.02**

IRC: insuficiencia renal crónica

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes, se observó una elevada prevalencia de anemia al momento de la internación por IC aguda, asociada ésta a un peor pronóstico intrahospitalario, siendo más significativa en las mujeres. Si bien es una información ya conocida, cabe resaltar que éstos son los primeros datos nacionales, obtenidos en una población con IC aguda.

0650. RESOLUCIÓN ENDOVASCULAR DE PATOLOGIA AÓRTICA TORÁCICA

Cardiología Intervencionista y Estructural / Medicina Vascular

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

Hospital Italiano de La Plata

Introducción: La patología aórtica torácica puede presentarse en forma aguda o crónica. Dentro de ellos se encuentran el aneurisma, la disección, el hematoma intramural y la úlcera penetrante. De acuerdo al cuadro clínico y la anatomía está indicado el tratamiento médico, endovascular, quirúrgico o híbrido.

Objetivos: Reportar nuestra experiencia en el tratamiento endovascular para la resolución de la patología de aórtica torácica. Evaluando la morbi-mortalidad intrahospitalaria y en el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes tratados en forma endovascular por patología de aorta torácica desde julio de 2014 a febrero de 2022. Se evaluaron características demográficas, clínicas, tomográficas y angiográficas analizándose resultados del procedimiento, complicaciones intrahospitalarias, alejadas y reintervenciones, con un seguimiento clínico y telefónico promedio de 24 meses.

Resultados: Se trataron 37 pacientes (24 hombres, 65%), con una edad media de 67 ± 15 años, con múltiples factores de riesgo, identificando la hipertensión arterial (85%) y el tabaquismo (66%) como los más relevantes. 4 (12%) pacientes presentaron compromiso de aorta ascendente, 3 con disección de aorta tipo A que requirieron tratamiento híbrido, 1 presentó un aneurisma micótico que se resolvió por vía endovascular con la colocación de un stent forrado, 16 (43%) presentaron disección de aorta tipo B, 8 (22%) aneurismas, 4 (11%) hematoma intramural y 5 (13%) úlcera penetrante. 72% de los pacientes (22) fueron sintomáticos por dolor, 5 de ellos con ruptura de aorta y 2 con signos de isquemia arterial aguda. En todos los casos se colocaron endoprótesis aórticas, efectuando by pass carótido subclavio izquierdo en un paciente (3%), técnica de chimenea con la colocación de stent forrado en la arteria subclavia izquierda en 7 pacientes (19%) y fue necesario embolizar dicha arteria con colocación de Plug en 3 pacientes (8%). El promedio de días de internación fue 8 con una mortalidad intrahospitalaria del 13% (1 por shock hipovolémico, 2 por shock séptico, 1 shock cardiogénico y 2 por taponamiento cardíaco) En el seguimiento 5 (13%) pacientes requirieron reintervención, 4 por leak y 1 por claudicación intermitente secundaria a la disección de aorta. 2 pacientes (5%) fallecieron, siendo la causa de muerte relacionada con el aneurisma en sólo 1 pacientes (3%).

Técnica utilizada	
Endoprótesis aórtica	37 (100%)
Tratamiento híbrido	3 (8%)
By pass carótido-subclavio	1 (3%)
Chimenea a subclavia	7 (19%)
Embolización subclavia	3 (8%)

Evolución posterior al tratamiento	
Mortalidad intrahospitalaria	5 (13%)
Reintervención	5 (13%)
Mortalidad relacionada	1 (3%)
Mortalidad no relacionada	1 (3%)

Conclusiones: El tratamiento endovascular de la patología de la aorta torácica es segura y efectiva, mediante un abordaje mínimamente invasivo. Existen gran variedad de alternativas terapéuticas, con resultados alentadores, sin embargo, persisten algunas limitaciones, necesarias de resolver para disminuir posibles complicaciones o reintervenciones.

0651. ALTERACIONES DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN RECIENTE POR SARS-COV-2.

Covid-19

Alejandra GARRETANO | Federico FERRANDO | Soledad MURGUÍA SALGADO | Federico ACQUISTAPACE | Pablo MARICHAL | Karina BAYARDO | Rodolfo FERRANDO | Joaquín VÁZQUEZ GONZÁLEZ

Hospital de Clínicas de la Cuidad de Montevideo, Uruguay

Introducción: La enfermedad por el SARS-CoV-2 (COVID-19) puede generar diversas alteraciones del sistema cardiovascular (CV), tanto en su fase aguda como a largo plazo (daño CV post-COVID). Sin embargo, el impacto a corto plazo de la infección sobre la perfusión miocárdica han sido escasamete reportados.

Objetivos: Analizar las alteraciones de la perfusión miocárdica inducida por estrés vasodilatador en pacientes que cursaron COVID-19 reciente.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de casos-controles, en pacientes que cursaron COVID-19 en las 12 semanas previas remitidos para la realización de una gammagrafía de perfusión miocárdica (GPM) gatillada sensibilizada con dipiridamol desde noviembre de 2021 a mayo de 2022. La presencia de defectos de perfusión y los índices funcionales y estructurales se compararon entre sujetos con y sin COVID-19 previo. La cohorte de pacientes con COVID-19 se comparó con una cohorte histórica 2015-2018 de similar edad (n=84), calculando el OR [IC 95%] en toda la población y en distintas subpoblaciones. El diagnóstico de infección se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real, de acuerdo a los lineamientos sanitarios locales.

Resultados: Para el análisis se incluyó una cohorte de 66 pacientes con infección reciente por COVID-19 remitidos a GPM, 35 eran mujeres (53%), con una edad promedio de 64,0 + 8,9 años. El 38% eran diabéticos, 21% tenían enfermedad coronaria previa, y 41% presentaban angina de pecho. La infección reciente no se asoció significativamente con la presencia de defectos de perfusión compatibles con isquemia miocárdica de cualquier intensidad (OR: 1,08 [0,55-2,11], p=0,94), o de intensidad severa (OR: 0,72 [0,31-1,80], p=0,63), ni con defectos fijos compatibles con cicatriz de infarto (OR: 2,20 [0,78-5,76], p=0,13). La gravedad de la infección aguda tampoco se asoció con un riesgo mayor de defectos reversibles, p>0,99. La única variable que mostró una tendencia a la significancia estadística asociada al riesgo de defectos fijos fue el género femenino (OR:4.83[0.92-24.99], p=0.096).

Conclusiones: La frecuencia e intensidad de las alteraciones de la perfusión miocárdica observadas en las primeras semanas tras la infección por COVID-19 no difieren con respecto a lo observado en pacientes que no cursaron la infección. Se requieren estudios longitudinales más extensos para detectar subpoblaciones de pacientes predispuestos a desarrollar alteraciones de la perfusión miocárdica como daño post-COVID temprano.

0652. ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS DEMORAS AL TRATAMIENTO EN OCTOGENARIOS SEGÚN EL GÉNERO?

Cardiología Intervencionista y Estructural / Sindrome Coronario Agudo

Carolina GALVEZ GIL | Miguel Federico ALBORNOZ | Alejandro KIM | Vielka YURKO | Rodrigo Ignacio BLANCO | Federico BLANCO | Jorge SZARFER | Gerardo GIGENA

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Se han publicado muchos registros en los cuales se observaron diferencias en distintos aspectos del diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMST) según el género del paciente (p.), siendo las mujeres la población más vulnerable, excepto en grupos de edad avanzada.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la demora en la consulta, demora diagnóstica y puerta-balón en p. octogenarios según fuesen varones o mujeres.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional, de pacientes que ingresaron a la sala de hemodinamia de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires con disponibilidad de hemodinamia 24 x 7 e indicación de angioplastia coronaria (ATC) de urgencia entre enero 2014 y diciembre 2021. Se definió como octogenarios a p. con edad > a 79 años y se los dividió en dos grupos según el género. Se analizó en ambos grupos: características clínicas y las demoras en minutos expresadas en mediana e intervalo intercuartilo desde el inicio de los síntomas hasta la consulta (demora consulta), desde la consulta hasta la llamada al servicio de hemodinamia (demora diagnóstica) y la puerta-balón (definido según las guías de tratamiento actuales). Se utilizo el test de chi2 para analizar variables discretas, y t de student, ANOVA o Kruskall-Wallis para continuas, según correspondiera. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

	MUJERES	VARONES	p
N	28 (42%)	42 (60%)	
EDAD	83 (82-87)	83 (80-87)	0.1
HIPERTENSION	21 (75%)	35 (83%)	0.3
DISLIPEMIA	7 (25%)	12 (28.5%)	0.7
DIABETES	84 (19%)	89 (18%)	0.3
TABAQUISMO	188 (42%)	233 (48%)	0.8
OBESIDAD	96 (21%)	116 (24%)	0.6
DEMORA CONSULTA	130 (45-230)	70 (40-165)	0.3
DEMORA DIAGNÓSTICA	52 (29-150)	60 (18-175)	0.7
PUERTA-BALÓN	55 (33-95)	55 (34-88)	0.7

Resultados: De un total de 70 p. octogenarios: 28 (40%) eran mujeres y 42 (60%) varones. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de factores de riesgo. Tampoco se observaron diferencias significativas en los tiempos dolor-consulta, consulta-llamada y puerta-balón. Los resultados se resumen en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes octogenarios con IAMST e indicación de ATC de urgencia presentan un perfil clínico y demoras al tratamiento de reperfusión similares, independientemente del género.

0654. FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE TELEMONITOREO DOMICILIARIO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Cardiología Clínica / Insuficiencia Cardíaca

Gabriela RODRIGUEZ(1) | Enrique FAIRMAN(2) | María Soledad PALACIO (3) | Flavio Andres DELFINO(3) | José CARRANZA(1) | Veronica SORBARA(1) | Juan Manuel FILIPUZZI(1) | Carlos Manuel BARRERO(3)

OMINT Emergencias (1); Clínica Bazterrica (2); CLINICA SANTA ISABEL (3)

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) presenta una elevada tasa de hospitalización y muerte por lo que requiere un control cercano para prevenir eventos. El telemonitoreo domiciliario (TMD) es una alternativa para optimizar el seguimiento de esta y otras patologías ya que ofrece contención al paciente (pt) al permitir un control clínico continuo y la toma precoz de conductas médicas evitando la descompensación.

Objetivos: Evaluar la factibilidad de la implementación de TMD a través de una aplicación móvil y determinar la tasa de adherencia de los pt.

Materiales y Métodos: Se implementó una estrategia de TMD basado en una aplicación móvil monitorizada por un equipo de salud integrado por médicos y personal de emergencias que realizan el seguimiento de parámetros clínicos y del tratamiento en tiempo real. Se configuraron rangos de valores de parámetros clínicos individualizados para cada pt por fuera de los cuales se generan alertas para implementar una intervención temprana. Se consideró como paciente adherente al que haya tenido el 80% o más de los contactos periódicos preestablecidos.

Resultados: De diciembre/2020 a abril/2022 se invitaron a participar a 61 pt de los cuales 52 (85,2%) aceptaron ingresar al protocolo. Edad mediana 77 años (RIC25-75: 66-84), hombres 56%, hipertensos 77%, diabéticos 50%, fracción de eyección del VI <45% un 68%, antecedentes de internación por IC 50%, insuficiencia renal 31,3%. En el 57,7% de los casos la carga de los parámetros estuvo a cargo de un acompañante. El seguimiento medio fue de 8 meses (RIC25-75: 6-10). 2 pt discontinuaron el seguimiento (1 por cuestiones administrativas y el otro por falta de cumplimiento del protocolo). El 88% de los pt tuvieron alertas amarillas, mientras que el 35% tuvieron al menos una roja. Se realizaron intervenciones a partir del TMD derivado de las alertas en 47 pt (82,7%) con una tasa de 0,92 intervenciones/paciente/mes. La adherencia (80% o más de las cargas preestablecidas) fue del 54% de los pt para la variable peso, 77% para saturación y 90,4% para presión arterial y frecuencia cardiaca. El 27% tuvo reinternación por cualquier causa, mientras que la tasa de reinternación por IC fue del 5,8%. 8 pt (15,4%) fallecieron en el seguimiento, 2 de ellos por IC.

Conclusiones: En una población muy vulnerable de pt como lo es la IC, el TMD fue factible de implementar con una buena tasa de adherencia. Pese a ser un programa sencillo en más de la mitad de los casos fue instrumentado por un acompañante y no por el pt. La buena adherencia de los pts y la alta tasa de intervenciones derivadas del TMD sugieren que se trata de una herramienta de aplicación factible y potencialmente de suma utilidad para prevenir descompensaciones con su consecuente beneficio para los pacientes y el sistema de salud.

0656. SECUENCIACIÓN MASIVA DEL TRANSCRIPTOMA DE SANGRE ENTERA EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CORONARIA: RESULTADOS PRELIMINARES

Enfermedad Coronaria

Nelba PEREZ(1) | Claudia SOLARI(1) | María OLIVERA(1) | Bibiana RUBILAR(2) | Gaston Alfredo RODRIGUEZ GRANILLO(2) | Carlos LUZZANI(1) | Santiago MIRIUKA(1) | Alejandro LA GRECA (1)

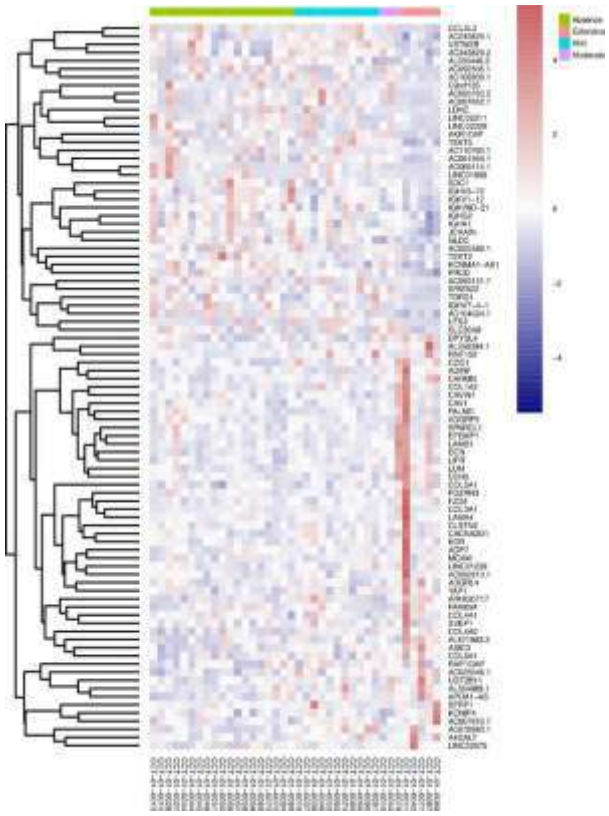
FLENI (1); Instituto Medico ENERI, Clinica La Sagrada Familia (2)

Introducción: El screeening no invasivo y temprano de la enfermedad coronaria puede resultar en una significativa mejora en la detección y predicción de aquellos pacientes con riesgo elevado de sufrir eventos cardiovasculares a edad temprana. El uso de scores de riesgo ha demostrado ser útil en la generalidad de la práctica clínica, pero registra un limitado poder predictivo. Por otro lado, tecnologías basadas en imágenes mejoran esta capacidad de detección y predicción, pero están sujetas a la accesibilidad de los equipos y a la interpretación del resultado. El surgimiento de novedosas estrategias moleculares que permiten la detección y evaluación simultánea de miles de biomarcadores, acopladas con técnicas no invasivas de muestreo, pueden mejorar este panorama.

Objetivos: El objetivo del trabajo radica en la evaluación diagnóstica de biomarcadores moleculares obtenidos por secuenciación masiva de sangre entera como indicadores de calcificación coronaria.

Materiales y Métodos: La etapa basal del estudio clínico de carácter observacional llevado adelante en el Instituto Medico ENERI (Clínica La Sagrada Familia) consiste de una etapa basal dónde se recolectaron muestras de sangre de pacientes bajo consentimiento informado para el análisis del transcriptoma, se determinó el grado de calcificación coronaria mediante tomografía computada de tórax de baja dosis sin contraste y se recolectaron otras variables clínicas de relevancia. Fueron consideradas incluidas en el estudio las personas masculinas y femeninas que no presentaran al momento del estudio enfermedad pulmonar o cardiovascular activa o avanzada, insuficiencia renal, suprarrenal o hepática, embarazo, enfermedad oncológica y/o COVID. A partir de las muestras de sangre recolectadas, se procede al aislamiento y purificación del ARN total y posteriormente su secuenciación. Las lecturas producidas por el secuenciador son procesadas bioinformáticamente para la medición de la abundancia relativa de las moléculas aisladas, permitiendo la comparación de las categorías clínicas de interés.

Resultados: El análisis estratificado de 38 muestras (transcriptomas) de hombres entre 50 y 69 años, clasificadas según el grado de calcificación coronaria en "ausente", "leve", "moderado" y "extensivo" reveló la existencia de 90 marcadores moleculares (genes) expresados diferencialmente con un valor superior a 2 veces de cambio y un p-valor ajustado inferior a 0,1 (Figura 1). Los marcadores identificados permitieron agrupar las muestras según su clasificación dentro un análisis de componentes principales, demostrando la confiabilidad de dichos marcadores como indicadores del grado de calcificación (Figura 2). Entre los procesos biológicos y vías asociadas a estos marcadores se encuentan "filtración glomerular" (ADGRF5, IGHA1, MCAM) , "morfogénesis y desarrollo de vasculatura y vasos sanguíneos" (SVEP1, KDR, CDH5), "reorganización de la matriz extracelular" (CAV1, COL5A1, COL4A1), "regulación de proteoglicanos en la matriz extracelular" (LAMB1, DCN, LUM), los cuales han sido previamente descriptos en pacientes con calcificación arterial coronaria.



Conclusiones: El protocolo no invasivo de purificación y secuenciación del transcriptoma de sangre entera demostró ser eficaz en la detección de biomarcadores moleculares capaces de identificar pacientes portadores de calcificaciones coronarias. La implementación del presente protocolo en estudios prospectivos permitirá la caracterización de marcadores tempranos de riesgo cardiovascular con alto valor predictivo.

0657. CAMBIOS ELECTRO-VECTOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON INFECCION PREVIA POR SAR2-CO-V-2 DERIVADOS A GAMMAGRAFIA DE PERFUSION MIOCARDICA.

Covid-19 / Arritmias y Electrofisiología

Federico ACQUISTAPACE | Federico FERRANDO | Soledad MURGUÍA SALGADO | Alejandra GARRETANO | Pablo MARICHAL | Alison NUÑEZ | Karina BAYARDO | Rodolfo FERRANDO

Hospital de Clínicas de la Cuidad de Montevideo, Uruguay

Introducción: Las complicaciones cardiovasculares asociadas a la infección SARS-CoV-2 han sido reconocidas en el curso de la enfermedad aguda y en forma alejada. Aunque se han reportado diversos cambios persistentes a nivel vascular y autonómico, su correlato electro-vectocardiográfico basal y en respuesta a diferentes estímulos ha sido escasamente descripto.

Objetivos: Evaluar las alteraciones electro-vectocardiográficas basales y los cambios asociados al estrés vasodilatador en sujetos con antecedentes de COVID-19 derivados a gammagrafía de perfusión miocárdica (GPM).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, unicéntrico, en pacientes que cursaron COVID-19 en al menos 2 semanas previas derivados a GPM. Para la sensibilización se utilizó un protocolo de estrés-reposo en dos días separados con dipiridamol (0,56 mg/kg en 4 minutos). Las imágenes se adquirieron en un equipo híbrido SPECT-CT (General Electric Infinia Hawkeye). Se excluyeron los pacientes en ritmo no sinusal, con marcapasos o BCRI. Los ECG de

superficie basales se registraron con un equipo digital en 6-9 latidos promediados. Se obtuvieron también parámetros del vectocardiograma offline (transformada de Dower) en el plano frontal. Las medidas basales se contrastaron con las observadas en una cohorte histórica prepandemia (2015-2018) comparables por sexo, edad, diabetes e intervencionismo coronario previo, en pacientes con y sin defectos de perfusión sugestivos de isquemia por imágenes. La aparición de síntomas y las alteraciones ST sugestivas de isquemia en respuesta al dipiridamol se compararon entre ambos grupos.

Resultados: Los electro-vectocardiogramas basales y el comportamiento clínico-ECG al estrés se compararon entre 52 pacientes con COVID-19 previo y 62 pacientes de la cohorte histórica. Entre la infección por SARS CoV-2 y la GPM transcurrieron 2-64 semanas. La mayoría de las infecciones fueron asintomáticas/leves (89%). Los pacientes con COVID-19 previo presentaron PAS y PAD basales más elevadas (mediana[RIQ25-75] de 152.5[140.0-165.0] vs. 130.0[120-130] mmHg, 85[76.3-95.0] vs. 70[60.0-80.0] mmHg, p<0.0001) y FC basal similar (76.3+14.00 vs. 73.9+11.9 lpm, p=0.33). Se detectaron diferencias en la amplitud de la onda P y el ángulo P frontal (p=0.008 y p=0.004, respectivamente), la duración del QRS (0.086[0.080-0.099] vs. 0.096[0.089-0.106]ms, p=0.0017), el nivel-ST (p=0.0002) y la duración de la onda T (p<0.0001). La única variable que mostró diferencias entre los grupos en toda la muestra y en los subgrupos de pacientes con isquemia de cualquier intensidad e isquemia moderada/severa fue la duración del QRS. Dicha variable fue similar en pacientes con COVID reciente vs. alejado (>10 semanas). En los pacientes con defectos de perfusión compatibles con isquemia por imágenes se observó una tendencia a menor intervalo QTc basal en quienes cursaron COVID (p=0,07). Los signos de isquemia clínico-ECG en respuesta al insulto vasodilatador y la tasa de defectos sugestivos de isquemia no difirieron entre los grupos.

Conclusiones: Los pacientes derivados a GPM que cursaron COVID-19 exhiben una tendencia a la hipertensión arterial y diversas alteraciones electro-vectocardiográficos basales a nivel de la conducción auricular, el ventriculograma, la repolarización ventricular y el QTc. Estos hallazgos podrían sugerir un estado de descarga adrenérgica mantenida tras la convalecencia. Se requieren más estudios para evaluar los mecanismos que subyacen a estos cambios y sus impactos diagnósticos y pronósticos.

0660. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR DIAGNOSTICADA EN LA EDAD ADULTA

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto / Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Marcelo Sebastián CABRERA (1) | Héctor Ricardo MAISULS(1) | Marisa Fabiana QUINTEROS(1) | Alejandro CONTRERAS(2) | Alejandro Román PEIRONE(1)

Hospital de Niños de Córdoba (1); Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba (2)

Introducción: La comunicación interauricular (CIA) representa la cardiopatía congénita más frecuentemente diagnosticada en la edad adulta, luego de la válvula aórtica bicúspide con una incidencia de 25-30% de todos los diagnósticos de cardiopatías congénitas en la edad adulta. La presencia de síntomas y/o la dilatación del ventrículo derecho representan la principal indicación para su cierre. La corrección del defecto está contraindicada en presencia de enfermedad vascular pulmonar severa. El cierre percutáneo a través del implante de dispositivos constituye el método terapéutico de elección, relegando a la cirugía correctiva para casos no aptos para método percutáneo.

Objetivos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional del Programa de Atención de Pacientes Adultos con Cardiopatías Congénitas, entre abril del 2013 y febrero del 2022, a quienes se les realizó diagnóstico de novo de comunicación interauricular.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de en el Programa de Atención de Pacientes Adultos con Cardiopatías Congénitas, entre abril del 2013 y febrero del 2022, a quienes se les realizó diagnóstico de novo de comunicación interauricular. Entre los criterios de exclusión se encontraban pacientes menores de 18 años, pacientes con cardiopatía congénita compleja (en los cuales la CIA no representaba el diagnóstico primario) y pacientes con defectos diagnosticados en la edad pediátrica y que alcanzaron la edad adulta sin recibir una conducta terapéutica.

Resultados: Entre abril del año 2013 y febrero del año 2022 se diagnosticaron de novo un total de 70 pacientes adultos con CIA de los cuales, 66 pacientes fueron tipo ostium secundum (94%), 3 pacientes tipo seno venoso (4%) y en 1 paciente fue tipo ostium primum (2%). La edad media fue de 38 años (18 – 69) y el diagnóstico se realizó antes de los 40 años en 42 pacientes (60%) y luego de esa edad en 28 pacientes (40%). En 52 pacientes el sexo fue femenino (74%) y en los 18 pacientes restantes masculino (26%). La incidencia de hipertensión arterial pulmonar fue de 10 pacientes (14%), de arritmias auriculares 10 pacientes (14%) , de fibrilación auricular 1 paciente (1%), de aleteo auricular 4 pacientes (5%), de taquicardia auricular 2 pacientes (3%) y de taquicardia paroxística supra ventricular 4 pacientes (5%). En cuanto a la conducta terapéutica, 30 pacientes recibieron cierre percutáneo (43%), 29 pacientes cierre quirúrgico (41%) y en 11 pacientes no se

corrigió el defecto debido a hipertensión arterial pulmonar severa(16%). En 2 pacientes se intentó el cierre percutáneo, pero no fue exitoso, por lo cual se les indicó tratamiento quirúrgico (integran grupo de pacientes operados). Se registró un fallecimiento entre los pacientes no corregidos debido a insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: La CIA representa una cardiopatía congénita cuyo diagnóstico es frecuente en la edad adulta. La mayoría de los pacientes pueden ser corregidos mediante cierre percutáneo o quirúrgico, pero existe un grupo pequeño de pacientes con hipertensión arterial pulmonar severa, en los cuales el cierre está contraindicado. Las arritmias representan una complicación frecuente en los pacientes adultos y su incidencia aumenta con la edad.

0663. SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Sindrome Coronario Agudo / Cardiología Crítica

Santiago TORROBA | Federico Ignacio LISTORTI MENA | Nicolás Jesús AULICINO | Maria Jose MARTINEZ | Heraldo D' IMPERIO | Mauro ROSSI PRAT | Maximiliano DE ABREU | Carlos Daniel TAJER

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La enfermedad coronaria (EC) es la primera causa de morbimortalidad en Argentina y el mundo. Es conocida la asociación entre el consumo de cocaína y el desarrollo de EC y síndromes coronarios agudos (SCA). En América latina y la Argentina, la prevalencia de consumo de cocaína ha aumentado significativamente en los últimos años. Sin embargo es escasa la información local sobre pacientes con SCA asociado al consumo de cocaína. Un conocimiento de las particularidades de esta población permitirá establecer estrategias diagnósticas y terapéuticas más apropiadas.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de pacientes internados por SCA asociados con consumo agudo o crónico de cocaína y compararlas con la población internada por SCA sin antecedente de consumo.

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes ingresados prospectivamente a un registro de SCA de un hospital público de alta complejidad entre enero del año 2019 y marzo del año 2022. Para el análisis estadístico se utilizó el programa RStudio versión 1.4.1717 Se utilizaron técnicas estadísticas habituales.

Resultados: Sobre un total de 607 pacientes ingresados por SCA durante el período analizado, 38 pacientes (6,2%) refirieron consumo de cocaína previo. En la tabla 1 se observan las características más relevantes de ambas poblaciones. De los 38 pacientes consumidores, 11 (28,9%) presentaron consumo las 24 hs previas a su ingreso. Entre estos pacientes se observó que el 90% (N=10) presentaron SCACEST vs 70% (N=19) en aquellos que no declararon haber consumido las últimas 24hs. El porcentaje de SCACEST fue similar entre los consumidores previos (sin consumo en las últimas 24 hs) y aquellos que nunca consumieron cocaína.

Conclusiones: Los pacientes con SCA asociado a consumo de cocaína fueron más jóvenes, presentaron mayor prevalencia de tabaquismo y menor de diabetes que la población general. No hubo diferencias significativas en la forma de presentación clínica, utilización de CCG, reperfusión y mortalidad. El reducido número de pacientes con antecedente de consumo no permite sacar conclusiones definitivas. Estudios de mayor magnitud o colaboraciones multicéntricas son necesarias para definir con mayor precisión las características de esta población y las diferencias con la población general de SCA.

0664. REGISTRO ARGENTINO DE SHOCK CARDIOGÉNICO EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS (ARGEN-SHOCK). RESULTADOS PARCIALES

Cardiología Crítica / Cardiopatía Isquémica

Flavio Andres DELFINO (1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | Mauro GARCIA AURELIO(1) | Heraldo D' IMPERIO(1) | Victor MAURO(2) | Stella Maris MACIN(2) | Ricardo VILLARREAL(2) | Juan Manuel SOUTO(2)

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

Introducción: El Shock Cardiogénico (Shock) es una complicación grave del infarto de miocardio (IAM) y constituye una de las principales causas de muerte. Dada su baja prevalencia, la única forma de conocer sus características clínicas es mediante la realización de registros multicéntricos.

Objetivos: Conocer las características clínicas, de manejo y evolución intrahospitalaria del Shock en Argentina.

Materiales y Métodos: El ARGEN-Shock es un registro multicéntrico, prospectivo y consecutivo de Shock Cardiogénico en pacientes (p) con Síndromes Coronarios Agudos (SCA) organizado por el Área de Investigación de la SAC, que se encuentra actualmente en curso y con 59 centros de todo el país incorporando pacientes. La fecha de finalización del mismo está estipulada para Agosto 2023. Se presentan aquí los datos parciales, obtenidos desde su inicio en Agosto 2021 hasta Abril 2022.

Resultados: Se incluyeron hasta abril 2022 66 p. Edad mediana: 64 años (60-76), hombres 74%, Hipertensión arterial 68%, Diabetes 26%, Hipercolesterolemia 33%, tabaquistas 36%, infarto previo 17%, ACV 3%, Insuficiencia renal crónica 1,5%. En cuanto a la causa del shock, el 69,7% (46p) proviene de un SCA con elevación del ST o BCRI, el 16,7% (11p) de un SCA sin elevación del ST, un 7,6% (5p) es shock por ventrículo derecho y un 6% (4p) obedece a una complicación mecánica (1p comunicación interventricular, 1p rotura cardíaca externa y 2p insuficiencia mitral). El 87% de los pacientes con shock fueron revascularizados al ingreso. El 75,8% de los shock fueron de ingreso mientras que los restantes ingresaron en KK A: 7,6%, B: 10,6% y C: 6%. El 75% de los que no ingresaron con shock, lo desarrolló en las primeras 24 horas. Requirieron inotrópicos un 97% y ARM 58%. Se utilizó catéter de Swan Ganz en el 40% y Balón de Contrapulsación Intraaórtico en el 27% de los p. De los 46p con SCA con elevación ST, un 67% fue de localización anterior, el 13% (6p) no fueron reperfundidos, en un 15,2% (7p) se utilizaron trombolíticos y en el 71,8% restante (33p) se realizó ATC primaria. El tiempo puerta balón fue de 87 min (60-180) y la mediana de tiempo de evolución al ingreso fue de 360 minutos (105-1128). Evolución intrahospitalaria: APIAM 3%, arritmias 38% (1/3 fibrilación auricular), marcapasos transitorio 4,5%, cardioversión eléctrica 13,6%, fiebre 25%, diálisis 9%. 4p recibieron ECMO como soporte ventricular. Ningún paciente fue trasplantado. La mortalidad hospitalaria fue de 60,6%, la mitad en las primeras 48hs. La causa más frecuente de muerte fue la falla ventricular (70%). El ritmo en el ECG al momento de la muerte más frecuentemente registrado fue asistolia (46%), seguido de actividad eléctrica sin pulso (27%) y FV/TV (21,6%).

Conclusiones: El shock cardiogénico como complicación de los síndromes coronarios agudos continúa siendo un cuadro con elevada mortalidad, especialmente durante las primeras 48 hs. El empleo de métodos de reperfusión en los SCA con elevación del ST fue elevada (9/10p) con un tiempo puerta-balón adecuado, sin embargo el tiempo de evolución al ingreso fue prolongado. Trabajar para reducir este tiempo podría contribuir a reducir la mortalidad al mejorar la eficacia de los procedimientos utilizados.

SOCIEDAD ARGENTINA
DE CARDIOLOGÍA